

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSTGRADO



TESIS

“Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

“ÁREA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO”

INVESTIGADORA:

Lic. Enf. Gastelo Custodio Eliana

ASESORA:

Dra. Santa Cruz Revilla Efigenia Rosalía

LAMBAYEQUE, 2020

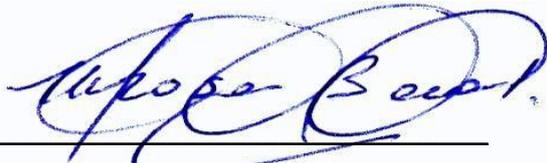
APROBADA POR:



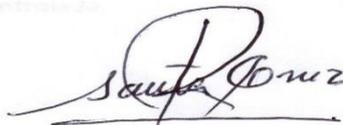
Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
PRESIDENTE



Dra. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
SECRETARIA



Mg. María Rosa Baca Pupuche
VOCAL



Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesora



ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 006 -2021-UI-FE

Siendo las 9am. del día 06 de abril del 2021, se reunieron vía plataforma virtual, <https://meet.google.com/hcg-qazr-qua?authuser=0>, los miembros de jurado evaluador de la tesis titulada: “Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020” designados por RESOLUCIÓN N°039-2020-UI-FE de fecha 28 de enero 2020 con la finalidad de Evaluar y Calificar la sustentación de la tesis antes mencionada, conformados por los siguientes docentes:

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco	Presidente
Dra. Rosa Candelaria Alcalde Montoya	Secretario
Mg. María Rosa Baca Pupuche	Vocal
Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla	Asesora

El acto de sustentación fue autorizado por RESOLUCIÓN N°126-V-2021-D-FE--de fecha 05 de abril de 2021.

La tesis fue presentada y sustentada por **Lic. Enf. Eliana Gastelo Custodio** y tuvo una duración de 120 minutos. Después de la sustentación, y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros del jurado; procedió a la calificación respectiva, otorgándole el calificativo de (17) **diecisiete, mención, BUENO.**

Por lo quedan APTA (s) para obtener el Título de Segunda Especialidad: Área del Cuidado de Enfermería-Especialista en Cuidados Intensivos Adulto 2015 de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Enfermería y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 11.00 am, se dio por concluido el presente acto académico, con la firma de los miembros del jurado.

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Presidente

Dra. Rosa Candelaria Alcalde Montoya.
Secretaria

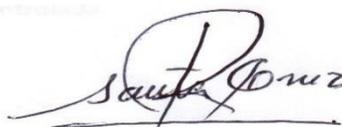
Mg. María Rosa Baca Pupuche
Vocal

Dra. Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla
Asesor

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla, docente Asesor de la Lic. Enf, Gastelo Custodio Eliana, y de la tesis TITULADA: “Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”, misma que tiene un índice de similitud de 15% verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin. La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada uno de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, 20 de diciembre 2020



Efigenia Rosalía Santa Cruz Revilla

DNI:16433580

ASESORA

Se adjunta:

Resumen del Reporte (Con porcentaje y parámetros de configuración)

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por su gran amor y fidelidad que me brindó en todo tiempo, porque sin él no hubiera culminado esta especialidad.

Quiero gratificar a mis Padres por su apoyo incondicional y sus oraciones que siempre me acompañan.

Por último, dedicar este fruto de mi esfuerzo a mis hijos Donatto Sebastián y Danna Lucía, quienes me inspiran en todo momento a ser mejor persona día a día.

ELIANA

AGRADECIMIENTO

A Dios, pues por medio de la oración hacia él, puedo fortalecer mi Fe, y llenarme de fuerzas para culminar con este trabajo de investigación.

Al gran equipo de trabajo de enfermeras del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque, por su tiempo y colaboración en el desarrollo y culminación del presente estudio.

A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional “Pedro Ruíz Gallo”, por forjarme como persona triunfadora, abrirme las puertas a un futuro exitoso, permitiéndome contribuir con mi trabajo especializado al desarrollo del país.

A mi asesora la Dra. Rosalía Santa Cruz Revilla, por su dedicación y orientación durante este trabajo de investigación.

ELIANA

ÍNDICE

	Pág.
Acta de Sustentación	iii
Constancia de Aprobación de Originalidad de Tesis	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	10
Capítulo I: Métodos y Materiales	15
1.1. Trayectoria Metodológica	16
1.2. Población y Muestra	18
1.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	19
1.4. Procedimientos de recolección de los datos	19
1.5. Método de Procesamiento de la Información	20
1.6. Principios Éticos	21
Capítulo II: Resultados y Discusión	22
Consideraciones Finales	44
Recomendaciones	45
Referencias Bibliográficas	46
Anexos	51

RESUMEN

La muerte supone para el profesional de enfermería un suceso que genera diversos sentimientos como tristeza, culpa, miedo y que en algunas circunstancias propicia el distanciamiento del profesional de enfermería hacia el paciente para evitar tales sentimientos, es por ello que la investigación tuvo por objetivo analizar y comprender las vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020. Investigación cualitativa con enfoque de estudio de caso, con una población conformada por 49 enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia, la muestra fue delimitada mediante la técnica de saturación y redundancia, en donde finalmente participaron 11 enfermeras. La información fue obtenida a través de una entrevista semiestructurada abierta a profundidad validada mediante prueba piloto. Tras la organización de los relatos se conformaron 7 subcategorías que dieron origen a 2 grandes categorías. Consideraciones finales: dentro de las principales vivencias del profesional de enfermería en la última etapa de vida se encuentra la expresión de diversos sentimientos como la culpa y la frustración, además el personal siente y se identifica con el dolor de la persona a su cuidado, así mismo el distanciamiento es una de las principales medidas de autoprotección emocional experimentadas por el personal de Enfermería. También experimentaron diversos cuidados brindados a la persona como el fomento de una muerte digna, el cuidado a la familia y el apoyo espiritual mediante la religiosidad.

Palabras Claves: Experiencia, enfermería, paciente crítico, muerte.

ABSTRACT

Death is an event for the nursing professional that generates various feelings such as sadness, guilt, fear and that in some circumstances fosters the distancing of the nursing professional from the patient to avoid such feelings, which is why the research aimed to analyze and understand the experiences of the Nursing professional in the care of the critical patient at the end of life at the Lambayeque Regional Hospital - Chiclayo, 2020. Qualitative research with a case study approach, with a population made up of 49 nurses who work in the service In the Emergency Department, the sample was delimited using the saturation and redundancy technique, in which 11 nurses finally participated. The information was obtained through an in-depth open semi-structured interview validated by a pilot test. After organizing the stories, 7 subcategories were formed that gave rise to 2 large categories. Final considerations: among the main experiences of the nursing professional in the last stage of life is the expression of various feelings such as guilt and frustration, in addition the staff feels and identifies with the pain of the person in their care, thus Even distancing is one of the main measures of emotional self-protection experienced by the Nursing staff, they also experienced various care provided to the person such as the promotion of a dignified death, care for the family and spiritual support through religiosity.

Key Words: experience, nursing, critical patient, death.

INTRODUCCIÓN

Es común evidenciar que las unidades de emergencias se encuentran saturadas de pacientes en situación crítica, cuya probabilidad o tasa de muerte es muy elevada¹. Esta realidad no escapa del contexto internacional, en donde el personal de enfermería debe lidiar con el cuidado de un gran número de personas en situación crítica y de aquellos que están por fallecer, experimentando diversas reacciones como angustia, estrés o dolor ante la muerte¹.

Pese a que la tasa de mortalidad a nivel europeo cada vez es más alta, y por ende, existe una mayor exposición del personal de Enfermería a este tipo de vivencias, es poco común evidenciar profesionales capaces de lidiar con el hecho que representa la muerte y por lo contrario², demuestra que el enfermero se encuentra poco preparado a nivel emocional y actitudinal para abordar el proceso de morir como una nueva etapa de cuidados especializados³. Por otra parte, una revisión demostró que enfermeras balinesas se apoyan mucho en sus creencias religiosas para sobrellevar su trabajo diario y que sus situaciones culturales, las afectan a la hora de lidiar con la muerte de los pacientes⁴.

En el Perú, el aumento de la población adulta mayor y enfermedades crónicas degenerativas, así como la práctica de estilos de vida poco saludable, han desencadenado también un aumento progresivo de pacientes con enfermedades severas que provocan el colapso de las unidades de emergencias. Es el personal de Enfermería, el personal responsable del cuidado de la persona en cada una de las etapas de la vida, así como al final de esta, la misma que participará absolviendo dudas y temores, fomentando intervenciones que contribuyan a una muerte digna⁴.

Como se ha descrito, el personal de salud y sobre todo el de Enfermería, está constantemente en contacto con situaciones en las que la probabilidad de muerte se encuentra siempre latentes y de la cual, surge una infinidad de problemas como la aparición de dilemas bioéticos, pensamientos sobre la futilidad de los tratamientos y la irreversibilidad del diagnóstico médico⁵.

Pese a que en el servicio de emergencia se proporcionan diversos cuidados de soporte vital al paciente en situación crítica, como el uso de tecnologías y tratamientos agresivos (sedación, intubación, ventilación mecánica y monitorización invasiva) cuyo objetivo principal es la preservación de la vida, existen situaciones en que estas medidas de soporte no resultan suficiente y en otros casos solo tiende a prolongar la agonía del paciente, provocando en el personal de Enfermería sentimientos de dudas y culpa frente al cuidado realizado, llegando inclusive a afectarlos en el ámbito laboral y personal^{6,7}.

En estos casos aparecen además dilemas éticos tales como la decisión de conciliar con la limitación del esfuerzo terapéutico, definido por Lorda S, et al. ⁸, como la retirada o no inicio de una medida de cuidado terapéutico en el paciente en situación crítica, que no contribuirá a su mejoría o que prolongará su agonía.

El desarrollo de la investigación se contextualiza en el Hospital Regional Lambayeque (HRL), establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA), de nivel de complejidad III-1, es decir atiende pacientes de diversas especialidades y con patología severa. Así mismo es responsable de la atención de pacientes de diversos problemas de salud de todo el norte del país, lo cual predispone que usualmente los servicios, y sobre todo el de emergencia, se encuentre continuamente colapsado. Esta problemática propicia a que por más intentos que se realicen por brindar una atención holística y humana en Enfermería, ésta se ve afectada continuamente por la gran demanda y carga de funciones de Enfermería.

Estas situaciones provocan que el profesional de Enfermería no brinde el cuidado de calidad que este desease, y se presenten obstáculos para otorgar a los pacientes críticos un cuidado humanizado, holístico y centrado en la persona, pero cuando los factores externos superan a los esfuerzos por mantener un cuidado óptimo, es donde aparecen diversos síndromes de estrés y fatiga emocional en el personal de salud⁹. Es así que, ante la proximidad de la muerte, se pudo evidenciar diversas manifestaciones de estrés en el personal de enfermería como enojo, conflictos con el resto del equipo de salud y en algunas situaciones discusiones con la familia. Además

de algunas expresiones como *“el paciente está muy mal y no tenemos ni una cama para darle”* ... *“saben que su paciente está muy grave y encima nos quieren gritar”*.

El servicio de emergencia es el lugar donde continuamente acuden pacientes en estado crítico, donde el riesgo de mortalidad es muy alto y la interacción con el paciente y la familia es muy corta, lo que limita la labor de relación terapéutica y apoyo emocional a la familia. Se ha evidenciado situaciones en donde el paciente fallece e inmediatamente debe ser trasladado a otra unidad pues es necesario la atención del resto de pacientes, lo que afecta en gran medida el proceso de duelo de la familia, además la sobre carga emocional del enfermero se ve extralimitada, lo cual es expresado con algunos argumentos como: *“que feo que haya muerto así, ni siquiera pudimos darle una camilla”*, *“me destrozó ver como lloraba su mamá, el paciente era muy joven”*, *“era un paciente que estaba muy mal, lamentablemente estuvo sufriendo muchos días”*.

Tal y como lo demuestran estos discursos, el dolor que se vivencia por el proceso de morir, no solo es algo que atañe a la familia, sino que también hace partícipe al profesional que participaba de los cuidados, quienes demuestran diversos sentimientos, que van desde la impotencia por no poder ofrecer algo más, hasta sentimientos de tristeza y dolor por experimentar una situación de muerte. En ese sentido, el personal de enfermería expresaba algunos relatos como *“...me daba mucha pena como lloraba su familia...”*, *“...mejor me alejé porque también me iba dar ganas de llorar...”*, *“...era desgarradora esa escena y no sabía qué hacer...”*

Bajo estas situaciones, es necesario profesionales de Enfermería con un óptimo soporte emocional, que demuestren a los pacientes y a los suyos que comparten sus sentimientos, además es necesario dentro del equipo de salud, profesionales que sirvan de soporte para manifestar las emociones de tristeza, preocupación e impotencia pero que la vez permita demostrar su capacidad profesional y humana.

Frente a la problemática anteriormente descrita, se formularon las siguientes interrogantes ¿Cuáles son los sentimientos expresados por el personal de enfermería

en el proceso de morir? ¿Cuáles son las experiencias del profesional de Enfermería en el proceso de duelo? ¿Cómo son las vivencias del personal de Enfermería en el proceso de buen morir del paciente crítico? Finalmente se decidió formular el problema de investigación: ¿Cómo son las vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020?

El objetivo de la investigación fue analizar y comprender las vivencias del profesional de Enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida en el Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, 2020.

El trabajo se justificó dado al gran impacto que tiene el proceso de muerte no solo en la familia, sino además en el personal de salud y sobre todo en los profesionales de Enfermería quienes continuamente acompañan al paciente en estado crítico durante el periodo de internamiento y quienes comparten diversas vivencias que van desde los cuidados especializados, las carencias hospitalarias y sentimientos de impotencia en las que se ven involucradas durante la atención.

Por ello el presente trabajo fue importante, pues permitió saber qué vivencias tienen las enfermeras, cómo demuestran su cuidado humano y cómo se podría mejorar para brindar un cuidado digno de Enfermería al paciente en la etapa final de la vida, tanto en el aspecto de apoyo espiritual, humano y atención profesional, lo que permitió explorar sus sentimientos para que estas situaciones no se conviertan en acciones rutinarias o negativas.

Del mismo modo, el estudio es de importancia para que la Coordinación de Enfermería del servicio de Emergencia asuma estrategias de capacitación y fortalecimiento emocional para el cuidado del paciente crítico al final de la vida, de modo que se favorezcan entornos cómodos y confortables para el paciente; así como para su familia y el personal de salud. Finalmente, esta investigación sirvió como referencia bibliográfica para muchas otras investigaciones que aborden la misma temática.

El informe de investigación se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Introducción, que comprende la explicación de la realidad problemática, evidencias, causas y consecuencias de la problemática en el escenario de estudio. Formulación del problema de investigación, objetivos e importancia del estudio.

Capítulo I: Métodos y Materiales, capítulo en el que se detalla el recorrido metodológico que se siguió para el desarrollo de la investigación, selección de muestra, recolección y análisis de datos, así como la descripción de los principios bioéticos en los que se ampara el estudio.

Capítulo II: Resultados y Discusión, apartado en el que se presentan cada una de las categorías y subcategorías, analizando cada uno de los argumentos presentados por las unidades de análisis con la bibliografía actualizada y antecedentes.

Consideraciones Finales y Recomendaciones.

Referencias Bibliográficas.

CAPÍTULO I
MÉTODOS Y MATERIALES

CAPÍTULO I: MÉTODOS Y MATERIALES

1.1. Trayectoria Metodológica:

Para analizar y comprender las vivencias de los profesionales de Enfermería del servicio de emergencia destinadas al cuidado del paciente crítico al final de la vida, se empleó un tipo de investigación de enfoque cualitativo, ya que se recopilaron datos de manera sistemática, analizando materiales narrativos de carácter subjetivo de las personas en estudio. Tal y como lo refiere Hernández¹⁰, el tipo de investigación cualitativa, le permite al investigador interpretar y comprender la realidad, de la cual, podrá construir el conocimiento a partir de ella, además este tipo de investigación aborda temas relacionados a la parte subjetiva de la persona, tales como sentimientos, experiencias, emociones y vivencias, empleando instrumentos de investigación poco rígidos como la observación o entrevistas semiestructuradas que permitan la apertura y libre expresión de la unidad de análisis.

La presente investigación utilizó el enfoque de estudio de caso, siendo una actividad que se dirige al descubrimiento de diferentes representaciones o puntos de vista en los conflictos presentes en nuestra situación social, buscando retratar la realidad en forma compleja y profunda, en un determinado campo seleccionado por la investigadora¹¹. Para su desarrollo se seguirán los 3 fases de este enfoque:

1° Fase: Abierta o Exploratoria

El estudio de caso se inició con un plan incipiente, que se fue delimitando más claramente en la medida que se desarrolló el estudio. Existieron inicialmente preguntas que fueron explicadas, reformuladas o eliminadas en la medida que se mostraron relevantes en la situación en estudio¹¹. En esta primera fase se describió un panorama general que abordaba el objeto de estudio, en donde se recabó información bibliográfica y testimonios versados por las personas involucradas. Esto permitió la formulación del problema de investigación que permitió alinear sistemáticamente el proceso de investigación.

2º Fase: Delimitación del estudio:

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, la investigadora procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando instrumentos estructurados y técnicas más o menos variadas, su elección fue determinada por las características propias del objeto en estudio¹¹. En esta fase además se elaboró el marco teórico, contando con la bibliografía actualizada y proveniente de fuentes confiables de investigación, así mismo se elaboró el marco metodológico que establecería el orden de desarrollo sistemático del estudio.

3º Fase: El análisis Sistemático y elaboración del Informe

En esta fase, la información recolectada fue organizada y estructurada en subcategorías que posteriormente dieron origen a cada una de las categorías, lo que permitió analizar cada uno de los argumentos con la bibliografía disponible. Todo ello posibilitó la formulación de consideraciones finales y recomendaciones.

También se tuvieron en cuenta las características fundamentales del estudio de caso, las mismas que se detallan a continuación¹²:

- Es particularista: Se caracteriza por un enfoque claramente idiográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de caso es la particularización no la generalización. Esta característica fue especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas del estudio.

- Es descriptivo: Como producto final de un estudio de caso se obtuvo una rica descripción de tipo cualitativo. La descripción final implicó la consideración del contexto y las variables que definen la situación. Esta característica dotó al estudio de casos de la capacidad que ofrece para aplicar los resultados.

- Es Heurística: porque pudieron descubrirse nuevos significados, ampliar la experiencia o bien confirmar lo que ya se sabe, es una estrategia encaminada a la toma de decisiones.
- Es Inductivo: ya que se basó en el razonamiento inductivo para generar hipótesis y descubrir relaciones y conceptos a partir del sistema minucioso donde tiene lugar el caso. Las observaciones detalladas permitieron estudiar múltiples y variados aspectos, examinarlos en relación con los otros y al tiempo verlos dentro de sus ambientes.

1.2. Población y muestra:

La población estuvo conformada por los 49 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del HRL (Anexo IV) y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Enfermeras especialistas en el área de Emergencia y Áreas Críticas que laboren en el Hospital Regional Lambayeque
- Enfermeras que se encontraban laborando en un tiempo mayor o igual a 2 años en el servicio.
- Enfermeras que desearon participar voluntariamente de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Personal que se encuentre de vacaciones durante el periodo de ejecución de la investigación.
- Personal que haya participado anteriormente en el desarrollo de la prueba piloto.

La muestra fue delimitada mediante la técnica de saturación y redundancia, lo que permitió determinar su entorno una vez que los discursos se tornaron repetitivos y redundantes y que no produjeron ninguna información nueva para la investigación.

Algunos autores plantean que esta saturación no debe estar enfocada a obtener la repetición de los discursos, si no está orientada al momento en que la información recolectada, ya no brinda nuevas ideas o aportes válidos al fenómeno de investigación¹³. Finalmente, la muestra estuvo conformada por 11 enfermeras.

1.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos:

Para la recolección de datos se usó como técnica a la encuesta y como instrumento la entrevista la cual fue tipo semiestructurada con carácter anónimo, abierto a profundidad la cual fue validada mediante aplicación de prueba piloto. La entrevista se define como la interacción y diálogo entre 2 personas en la que se busca recabar información respecto a un tema en concreto¹⁰.

La entrevista abierta se caracteriza esencialmente, por la libertad que se le brinda al entrevistado para permitir en todo lo posible, que configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, es decir, se configure las variables que dependen de la personalidad del entrevistado, en donde se utilizará las siguientes técnicas en su construcción: búsqueda de la información, clarificación, parafraseo, resumen y confrontación¹⁰.

1.4. Procedimientos de recolección de datos:

Para el desarrollo del estudio se efectuaron los siguientes pasos:

- Se notificó por escrito a las diferentes autoridades del HRL para la aprobación de la aplicación del proyecto de investigación.
- Previa firma del consentimiento informado se procedió a realizar la entrevista a diversas unidades de análisis en diferentes días de la semana.
- Culminó la recolección de datos cuando estos no ofrecieron nueva información y empezaron a volverse repetitivos.
- Posteriormente se transcribió cada uno de los diálogos y fueron revisados con los participantes comprobando la objetividad y veracidad de las transcripciones,

así mismo se establecieron los seudónimos que permitieron identificar a cada uno de los relatos.

1.5. Método de procesamiento de la información:

Se empleó el análisis de contenido, el cual es una técnica que permite reducir y sistematizar cualquier tipo de información cualitativa acumulada en datos, respuestas o valores correspondientes a variables que investigan en función de un problema¹⁴.

Después de recogidos los datos, se procedió al ordenamiento y análisis temático de los discursos, los cuales serán transcritos de modo seguro sin intervención de la subjetividad de los investigadores, este análisis en conjunto permitirá la identificación de unidades de significado, que se transformaron en subcategorías y categorías, discutiéndose con los antecedentes encontrados y la bibliografía.

El análisis de los discursos fue sistemático, y siguió una secuencia y un orden:

- a) **Obtención de la información:** a través de la realización de entrevistas y observaciones.
- b) **Captura, transcripción y orden la información:** la captura de la información se hizo a través de diversos medios. Específicamente, en el caso de entrevistas a través de un registro electrónico (grabación en audios en formato digital). Toda la información obtenida, fue registrada y transcrita en un formato legible.
- c) **Codificar la información:** se codificó a través de la agrupación de la información obtenida en categorías que concentraron las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por la investigadora. Llegando a crear unidades de significado a la información descriptiva.
- d) **Integración de la información:** momento en que se relacionaron las categorías obtenidas en el paso anterior entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación.
- e) Una vez que fueron encontrados esos conceptos y temas individuales, se relacionaron entre sí para poder elaborar una explicación integrada. Al pensar

en los datos se siguió un proceso en dos fases. Primero, el material se analizó, examinó y comparó dentro de cada categoría. Luego, el material se comparó entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que pudieron existir entre ellas.

1.6. Principios éticos:

La presente investigación se basó en la declaración del Informe Belmont, el cual tuvo sustento en 3 principios básicos¹⁵:

Respeto a las personas:

El respeto a las personas incluyó dos convicciones éticas: en primer lugar, se buscó la participación consciente y voluntaria de las enfermeras que laboraban en el servicio de Emergencia del HRL, para lo cual se informó adecuadamente sobre la investigación a realizar y se les hizo firmar un consentimiento voluntario antes de iniciar la recolección de los datos. Segundo, que todos los individuos que participaron de la investigación fueron tratados como seres autónomos, independientes, a los cuales se les respetó sus respuestas u opiniones consideradas en el instrumento de recolección de datos que se les aplicó

Beneficencia:

El principio de beneficencia se materializó en la presente investigación mediante la protección a cualquier daño al cual se hubiesen encontrado sujetas las personas en estudio. Así mismo, se evitó que la información obtenida sea empleada para fines que pudieran afectar o dañar la integridad de los participantes.

Justicia:

Bajo este principio, no se negó ningún beneficio a las personas participantes de la investigación, así mismo todos los sujetos de investigación tuvieron la misma oportunidad de participar de la investigación y no se excluyó a nadie que no cumpliera con todos los criterio de inclusión. Se buscó, además, el trato igualitario a cada uno de los participantes.

CAPÍTULO II
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO II: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se describió en abordaje problemático, la muerte es un proceso de hecho en toda persona, sin embargo, las diferentes culturas abordan este suceso de diversas perspectivas, algunas como el descanso después de una gran etapa de vida, otros como el fin de un sufrimiento de alguna enfermedad y otros como algo doloroso pues se trata de la partida de alguien amado y que no se quiere ver partir. Es en los centros hospitalarios y sobre todo en las áreas de emergencia en donde dadas las características de la patología de la persona enferma, los vuelve más susceptibles a que empeoren y fallezcan.

Es en ese escenario en donde se experimentan diversas vivencias tanto por la familia, como por el personal de Enfermería quién es el profesional que pasa la mayor parte de tiempo en compañía de la persona enferma y de la familia. Es entonces que la investigación buscó analizar y comprender las vivencias del profesional de Enfermería frente al proceso de muerte. Para ello se realizó la entrevista a 11 enfermeras, lo que permitió la estructuración de sus relatos en 7 subcategorías, lo que a su vez dio origen a 2 grandes categorías, las mismas que se presentan a continuación:

I. ASPECTOS EMOCIONALES VIVENCIADOS FRENTE A LA MUERTE.

- 1.1 Manifestando sentimientos de culpa frente a las situaciones de muerte.
- 1.2 Identificándose con el dolor tras la pérdida.
- 1.3 Exteriorizando sentimientos de dolor.
- 1.4 El distanciamiento como medida de autoprotección emocional

II. VIVENCIAS SOBRE LOS CUIDADOS BRINDADOS AL FINAL DE LA VIDA.

- 2.1 Fomentando una muerte digna.
- 2.2 El cuidado de la familia en el proceso de muerte.
- 2.3 Cuidados espirituales centrados en la religiosidad.

I. ASPECTOS EMOCIONALES VIVENCIADOS FRENTE A LA MUERTE.

El profesional de Enfermería es la principal responsable de brindar diversos cuidados a la persona durante cada una de las etapas de vida, siendo las unidades hospitalarias el escenario en donde el trabajo asistencial, está dirigido a recuperar la salud y lograr mediante todos los medios necesarios el bienestar de la persona enferma. Sin embargo, existen situaciones en las que éstas medidas resultan insuficientes y muchas veces innecesarias, siendo la muerte una realidad palpable y de la que muchos profesionales esperan no vivenciar.

Es en unidades críticas como el área de emergencia, el lugar en donde el índice y probabilidad de fallecimiento se acentúa, dada la gran incidencia de pacientes en situación crítica y este es el escenario en donde confluyen diversas emociones tanto para la familia, como para el personal de salud. La muerte, es abordada de diversas formas, para algunos representan un proceso natural al final de la vida, mientras que para la gran mayoría resulta ser un “fenómeno asustador”, el cual es en gran parte temido e incómodo, lo que provoca en el personal de salud y sobre todo en el profesional de enfermería diversas emociones como dolor, sentimientos de culpa, rechazo ante la muerte, miedo, angustia, ansiedad¹⁶.

Tras la aplicación de la entrevista a las unidades de análisis, se logró recolectar relatos que expresaban diversas emociones frente al proceso de muerte y al fenómeno en sí mismo, emociones como percepciones de culpa por ver morir a la persona a su cargo, así dudas por la efectividad de los cuidados brindados, se encontró también expresiones de empatía frente al dolor y la pérdida, exteriorización de los sentimientos. Esta primera gran categoría fue formada por 3 subcategorías, las mismas que se describen y analizan a continuación:

1.1 Manifestando sentimientos de culpa frente a las situaciones de muerte.

La muerte presenta diversos significados para las personas, para algunos y para el propio paciente, resulta ser una etapa esperada de descanso y de término del sufrimiento, sin embargo, para la mayoría, la muerte termina siendo un tabú, el cual está rodeado de dolor y sufrimiento¹⁷.

Para el profesional de enfermería, la muerte es un proceso complejo y drástico en su vida, presentándose en la profesional distintos sentimientos como tristeza, impotencia o rabia entre otros. Por lo tanto, el proceso de morir no está aislado del contexto sociocultural del paciente ni del profesional de salud¹⁸.

El cuidado ofrecido por las enfermeras a las personas que mueren aún es un fardo pesado, compuesto de escenarios de sufrimiento, miedo, quedando un sentimiento de angustia, pues la muerte del otro nos deja a merced de conflictos íntimos, situaciones que generan vacío existencial y culpa. La culpa de no cuidar adecuadamente para la cura, del fracaso en la realización del trabajo¹⁶. Estos sentimientos de culpa son expresados por el personal entrevistado quienes manifestaron:

*“... definitivamente se siente frustración cuando muere un paciente, porque sabes que hiciste todo por salvarlo y aun así no se logró” **Magnolia.***

*“...tengo sentimientos encontrados, a veces siento cólera porque murió, pero hice todo por salvarlo”. **Amapola***

*“...me sentí muy mal, me quedé con la frustración de haber podido hacer aún más de repente, pero se hizo todo lo posible pero su enfermedad ya era muy avanzada” **Amapola***

*“... me he sentido muchas veces culpable del fallecimiento del paciente, más aún cuando la familia recibe la noticia...” **Rosa***

*“...a veces sientes que en algo fallaste como enfermera...” “... en algunos momentos me he puesto a pensar, si de verdad di todo por ese paciente, o debí hacer algo más por él...” **Clavel***

*“... me pasa que cuando fallece un paciente, pienso en que pude iniciar otros cuidados que quizá hubiesen salvado su vida...” **Amapola***

Tal y como lo expresan los relatos anteriormente citados, el personal de Enfermería refiere que, pese a todos los esfuerzos terapéuticos instaurados, existen situaciones en donde la gravedad de la enfermedad sobrepasará las medidas de tratamiento realizadas, conllevando a la muerte del paciente y desarrollando en el profesional de Enfermería, sentimientos de angustia, culpa y frustración.

En la sociedad y sobre todo en el ámbito de salud hay una inversión en lo que respecta a las características de la muerte, pasando ésta, exactamente por representar un fracaso, a no ser más considerada como un fenómeno natural de la vida¹⁶. Es por ello que, para las enfermeras entrevistadas, el proceso de muerte se constituye sobre todo en un fracaso de los cuidados brindados, razón por la cual lo perciben como un sentimiento de culpa. Estas son algunas de las circunstancias que hacen desarrollar desgaste emocional, desrealización personal, e, incluso, creencias de incompetencia profesional.

Las enfermeras consideran que presenciar el dolor durante el periodo de cuidados es una experiencia inolvidable, así como el sufrimiento vivido por los pacientes bajo sus cuidados, ante situaciones que involucran enfermedades y muerte¹⁶. El padecimiento y dolor del paciente que precede a la muerte es una de las vivencias del profesional de salud que se traducen en frustración por no poder hacer más de lo que se está en sus manos. Esto fue descrito en el siguiente relato:

*“... Sentí algo que realmente me dio mucha cólera ...vi morir a una madre con cáncer, una señora joven y agonizante que tuve que sedar porque sus dolores eran tan fuertes...” **Rosa***

Es parte de brindar un cuidado humanizado, establecer una conexión de empatía con la persona cuidada y aquellas que conforman su entorno, sin embargo, en esta etapa de vida, el personal de enfermería debe abordar el proceso de muerte con una postura profesional, capaz de identificar claramente las necesidades del paciente y su familia, participando activamente en el proceso de morir contribuyendo a proporcionar cuidados de calidad. Sin embargo, estos sentimientos de culpa y frustración no contribuyen acertadamente a brindar un cuidado oportuno e integral, lo que tiende a afectar en gran medida el desenvolvimiento laboral del enfermero y en algunos casos su vida personal.

Al respecto los antecedentes expresan que en gran parte de esta problemática parte de la percepción socio-cultural que el profesional de salud tenga sobre la muerte, así como la influencia de la poca preparación que se le brinda al estudiante en pregrado sobre el proceso de muerte y el fortalecimiento emocional que debe recibir para hacer frente a este tipo de situaciones estresantes.

1.2 Identificándose con el dolor tras la pérdida.

Usualmente el profesional de Enfermería es el personal que traslada muchas de las inquietudes, temores y miedos de la persona enferma, así como de la familia al resto del personal de salud, internalizando e identificándose en la mayoría de los casos con los problemas emocionales de la persona a su cargo¹⁹.

Se ha determinado que la enfermera, al ser la persona que comparte la mayor parte del tiempo y cuidados con el paciente, logrando formalizar un vínculo con éste y que en situaciones en la que se presenta la muerte, el enfermero lo internaliza y sufre en casi la misma medida que la familia, ello por el tiempo compartido o en otras situaciones por los sentimientos de fracaso por la atención brindada²⁰. Algunos de los relatos encontrados, demostraron que, en algunas situaciones, el personal de Enfermería sufre y comparte el dolor con la familia, lo cual incluso tiende a afectarlos y alterar su estado emocional. Al respecto manifestaron:

“... en un inicio el hecho de ver morir a un paciente me afecta mucho, soy muy susceptible e internalizo mucho el sufrimiento humano...” Azucena

“...duele mucho más cuando has interrelacionado con el paciente o te hace recordar a alguien” Clavel

Tal y como se evidencia, la enfermera sufre con la muerte de la persona que cuida, ella también percibe el sufrimiento del paciente y de la familia. Se aprehende que el involucramiento de las enfermeras en el proceso de muerte está asociado al tiempo de internación, a la intensidad del sufrimiento vivido ante la muerte de los pacientes que permanecen por más tiempo hospitalizados, con los cuales se establece un vínculo¹⁶.

De acuerdo a los relatos presentados, se establece que los profesionales de Enfermería son seres incapaces de separar sus sentimientos del trabajo y de su vida particular, en este sentido, los sentimientos derivados de su profesión son llevados a su vida privada, influyendo en ella de manera significativa.

Existen también situaciones, en las que un paciente evoca el recuerdo de algún familiar cercano y resulta imposible familiarizarse con el dolor ante la pérdida de determinada persona. Este tipo de empatía o identificación fue manifestada por los siguientes relatos:

“... me pedía que no la dejara morir, pues ella era madre soltera y tenía tres pequeños que cuidar, finalmente ella murió. Fueron sentimientos encontrados, porque como madre no dejas de ponerte en su lugar” Rosa

“...me hacía acordar a mi hermano...” Tulipán

Tal y como se vuelve exponer, le resulta muy difícil al personal de Enfermería separar el ámbito profesional de la parte personal, lo cual resulta en un involucramiento cercano con la persona a su cuidado.

Por otra parte, se encontró además que las enfermeras expresan que algunas cualidades propias de la persona en estado crítico, como el hecho de ser joven, con enfermedades crónicas, dolor y sufrimiento, es lo que más impresiona en el cuidado a la persona en el final de la vida. Enfatizan la precocidad en el proceso de muerte, expresan los sentimientos vividos y la reelaboración de la existencia ante la muerte y el final de la vida, refiriendo, inclusive, que cuando el paciente es joven el sufrimiento es mayor. La enfermera siente más cuando el paciente es joven, tal vez por la propia singularidad de la vida, o por considerar esta pérdida como algo precoz¹⁶. Estos sentimientos fueron expresados en el siguiente relato:

“... cuando se trata de niños, siento que me deprimó y que me afecta demasiado...”

Rosa

Si bien la identificación con el dolor del resto de personas nos hace más humanos y ayuda a brindar un cuidado de calidad, este debe ser proyectado en el sentido de que ayude a contribuir en la atención de la persona y de su entorno, sin afectar la vida privada y sus relaciones familiares del profesional de salud. Sin embargo, estos sentimientos de dolor, puede alterar el estado de salud y física del enfermero. Al respecto Freitas¹⁹ refiere que, frente a tales emociones de dolor y sufrimiento, el enfermero puede experimentar sentimientos de auto reprobación, baja autoestima y desamparo, lo que provoca el desgaste profesional y problemas laborales con el resto del equipo.

1.3 Exteriorizando sentimientos de dolor.

La muerte es un hecho natural el cual va a ser experimentado por todas las personas. Involucra no solo un proceso corporal u orgánico, sino que, dependiendo

de cada cultura o creencia personal, representará diversos sentimientos, siendo el dolor y el sufrimiento el más característicos de todos.

Es entonces que la muerte constituye un proceso particular e individual para el personal de salud, el mismo que desencadena en el profesional diversas reacciones, tales como identificación con el dolor y duelo de la familia, con quien compartía una serie de experiencias y cuidados durante la hospitalización¹⁷.

Se espera que la muerte pueda representar para el personal de Enfermería un proceso de reflexión, pero que a su vez se convierta en una nueva etapa en la que los cuidados ya no deben de ser dirigidos solo a la persona, sino servir de apoyo anímico a la familia, sin embargo existen situaciones en que esta tristeza aborda más allá del rol de cuidado que debe tener el profesional y afecta de forma significativa su personalidad, llegando exteriorizar de forma física el dolor, tal y como es relatado por algunos de los participantes de la investigación:

“...a veces he tenido tantas ganas de llorar...” Clavel

“... no te miento que esa vez me puse a llorar, sentía un sufrimiento tan fuerte...”

Tulipán

“... además de la tristeza por ver morir a alguien, a veces siento una carga fuerte en el hombro...” Magnolia

La gran mayoría de los sentimientos de una persona, terminan siendo exteriorizados mediante algún tipo de rasgo o cualidad distintiva, es así que el dolor, tristeza y frustración que las enfermeras perciben en el cuidado de la persona al final de la vida, terminan siendo expresadas mediante el llanto o tensión muscular, la cual fue manifestada por *Magnolia* como una carga fuerte en el hombro.

La expresión física de tales sentimientos denota la poca preparación emocional y psicológica del personal para hacer frente a este tipo de sucesos, así también

representa la gran carga anímica a la que es sometido los profesionales de enfermería, quienes no disponen de los mecanismos necesarios para afrontar de forma significativa la muerte²².

1.4 El distanciamiento como medida de autoprotección emocional

Pese a que la muerte es un hecho natural y sobre todo recurrente en el servicio de emergencias, tal y como se ha podido ir evidenciando, las enfermeras en general, no están preparadas emocionalmente para enfrentar la muerte ni lidiar con sus propios sentimientos, además, sienten dificultades para asistir a los pacientes que irrevocablemente, de forma lenta o brusca, evolucionaron desfavorablemente hacia la muerte¹⁶.

Es así que diversas investigaciones confirman que dentro de las vivencias que experimentan las enfermeras y como una de las medidas de autoprotección emocional, es el aislamiento o distanciamiento del proceso de muerte, lo que en cierta forma provoca una barrera que impide el involucramiento del profesional con la persona o la familia ^{16,17,18,19}.

El análisis de las dimensiones anteriores ha demostrado que el personal de Enfermería presenta diversas emociones frente al proceso de muerte, muchos de ellos denotando sentimientos de culpa, tristeza y empatía con la pérdida de un ser querido, englobado en el sufrimiento y pena que se percibe por vivenciar un suceso tan doloroso para la familia y el personal de salud.

Se ha plasmado también que algunas de las enfermeras encuestadas refirieron en sus relatos, expresar a través del llanto y el estrés, una forma de exteriorizar este fenómeno tan angustiante, sin embargo, existen también personas que buscan evitar este mal momento desarrollando mecanismos de autoprotección personal, evitando que este momento afecte de manera significativa su estado anímico y emocional²² tal y como lo expresan en los siguientes relatos:

“... Intento distanciarme un poco del sufrimiento de los pacientes...” Rosa

“...a veces evito tener mucho contacto con la familia para evitar tener sentimientos de tristeza...” Clavel

Tal y como lo expresan los relatos citados, existen diversos momentos en que por más que la enfermera sufra con la muerte de la persona que cuida, ésta no se siente cómoda para visualizar el sufrimiento del paciente¹⁶ y mucho menos, ser parte de un momento desagarrado, como es el ver partir una persona en medio de llantos y desesperación de la familia.

Algunas enfermeras inclusive manifestaron tácitamente preferir trabajar con pacientes estables que acarreen menos carga laboral y anímica durante su jornada, esto también implementado como un mecanismo de distanciamiento a situaciones que son percibidas por ellas como amenazantes y estresantes, tal y como se expresa en el siguiente relato:

“...prefería estar con los pacientes más estables, pues el hecho de ver morir a un paciente me afecta mucho...” Azucena

Un enfermero que no ha tenido oportunidad de discutir y reflexionar mejor sobre lo que significa y representa para una persona la muerte, optará por tomar distancia de la situación como mecanismo de defensa y no afrontar la muerte. Por lo tanto, resulta importante profundizar en la visión del profesional de enfermería sobre el tema, de modo que él mismo pueda percibir más allá de las circunstancias visibles, y conocer los procesos de la muerte y del morir, para que su asistencia sea de calidad, buscando la integridad y una atención humanizada en el cuidado prestado al paciente, haciendo efectivo y mayor el vínculo entre el paciente y la familia²¹.

Lamentablemente las escuelas de formación de los profesionales de salud están dirigidos en su amplia mayoría al diagnóstico de la salud y al cuidado de la misma, considerando un éxito la recuperación, la preservación de la vida y la cura

de la enfermedad, mas no se aborda a la muerte como un hecho natural y parte del proceso natural de la vida, la cual siempre estará latente ante cualquier atención, lo que provoca finalmente en el enfermero situaciones que se dirigen a evitar la muerte utilizando precisamente recursos de aislamiento y distanciamiento²².

Es por ello que ante la posibilidad de afrontamiento de la muerte por parte del personal de Enfermería, este prefiere evitarlo, involucrarse y de esta manera reducir los efectos que podrían producir en ellas el proceso de muerte y las manifestaciones de dolor por parte de la familia.

La muerte además de representar una etapa de dolor y sufrimiento para la familia despierta una serie de emociones en el personal de salud los cuales deben de ser afrontados positivamente, lo que permita adecuar y redirigir los cuidados tanto a la persona grave como al entorno próximo de esta.

El proceso de morir debe ser abordado por los diversos profesionales de salud como una nueva oportunidad de brindar cuidados especializados que no solo apunten al encarnizamiento terapéutico y esfuerzo denodado por prolongar el sufrimiento, por lo contrario, deben estar dirigidos a apaciguar el dolor, fomentar un entono saludable, tanto para la persona con probabilidad de muerte como la de su familia y mediante la relación terapéutica, absolver las dudas respecto a la muerte de forma que sirva de un mejor afrontamiento del duelo²¹.

Lamentablemente, las unidades de emergencia constituyen escenarios que representan serias limitaciones para brindar cuidados de calidad, restringiendo muchos de los cuidados que tanto el profesional de salud como la familia desearían recibir en esas etapas de la vida. La fragilidad del estado de salud de muchos de los pacientes atendidos en emergencia y la gran demanda de este tipo de pacientes, que saturan continuamente los servicios de emergencia, limitan la individualidad del cuidado y el acompañamiento de la esfera familiar del paciente.

Después de la aplicación de la entrevista a las enfermeras participantes, se logró recabar diversos relatos referentes a los diversos cuidados dirigidos a la persona grave. Alguno de ellos orientados al fomento de una muerte digna, la atención de la familia como una de las unidades de reenfoque en el cuidado en esta etapa y el cuidado espiritual. De esta manera, esta categoría se estructuró por las siguientes tres subcategorías:

II. VIVENCIAS SOBRE LOS CUIDADOS BRINDADOS AL FINAL DE LA VIDA.

La muerte además de representar una etapa de dolor y sufrimiento para la familia despierta una serie de emociones en el personal de salud los cuales deben de ser afrontados positivamente, lo que permita adecuar y redirigir los cuidados tanto a la persona grave como al entorno próximo de esta.

El proceso de morir debe ser abordado por los diversos profesionales de salud como una nueva oportunidad de brindar cuidados especializados que no solo apunten al encarnizamiento terapéutico y esfuerzo denodado por prolongar el sufrimiento, por lo contrario, deben estar dirigidos a apaciguar el dolor, fomentar un entono saludable, tanto para la persona con probabilidad de muerte como la de su familia y mediante la relación terapéutica, absolver las dudas respecto a la muerte de forma que sirva de un mejor afrontamiento del duelo²³.

Lamentablemente, las unidades de emergencia constituyen escenarios que representan serias limitaciones para brindar cuidados de calidad, restringiendo muchos de los cuidados que tanto el profesional de salud como la familia desearían recibir en esas etapas de la vida. La fragilidad del estado de salud de muchos de los pacientes atendidos en emergencia y la gran demanda de este tipo de pacientes, que saturan continuamente los servicios de emergencia, limitan la individualidad del cuidado y el acompañamiento de la esfera familiar del paciente.

Después de la aplicación de la entrevista a las enfermeras participantes, se logró recabar diversos relatos referentes a los diversos cuidados dirigidos a la persona grave. Alguno de ellos orientados al fomento de una muerte digna, la atención de la familia como una de las unidades de reenfoque en el cuidado en esta etapa y el cuidado espiritual. De esta manera, esta categoría se estructuró por las siguientes tres subcategorías:

2.1 Fomentando una muerte digna.

Generalmente las personas con patologías crónicas degenerativas, al igual que las personas con patologías agudas graves, son quienes en su mayoría concurren a los servicios de emergencias de los distintos hospitales del país, siendo inclusive muchos de ellos conocidos dado a la recurrencia de las atenciones dada la naturaleza de su enfermedad.

Lamentablemente la sobresaturación de los servicios de emergencia, ocasionado por la excesiva demanda y la poca cantidad de entidades y recursos hospitalarios, así como de profesionales de salud, generan en el paciente y en la familia, sensaciones y experiencias desagradables respecto a la atención recibida. Es sobre todo, en la última etapa de vida, donde muchas de estas limitantes, como falta de camillas, hacinamiento de pacientes y los cortos periodos de atención, desvirtúan el trato humano y digno que se quisiera brindar en esta lamentable fase.

Morir dignamente, o tener una muerte digna, es un derecho humano que implica el ser respetado y decidir libremente como se desea morir. Para ciertas personas puede ser que morir dignamente sea sinónimo de morir en intimidad, en un entorno tranquilo acompañado de sus seres queridos y con un adecuado control de síntomas. Sin embargo, pese a los esfuerzos del personal de enfermería por brindar un trato digno durante la muerte, se ve obstaculizado por factores externos como la gran cantidad de pacientes, la sobrecarga laboral y la imposibilidad de

proporcionar un ambiente individualizado para la persona y su familia²⁴. Esta problemática se vio descrita en los siguientes relatos:

“... cuando un paciente está por fallecer, tenemos que brindar una muerte digna, no debemos ser indiferentes, aunque muchas veces por tener una carga laboral excesiva queremos agilizar todo y eso no debe ser.” Tulipán

“Lo importante es saber que hemos dado lo mejor de nosotras, para que nuestro paciente tenga una muerte digna como todo ser humano” Lirio

Al respecto, Kubler-ross defiende la idea de que todo el mundo debería tener, indirectamente, una buena muerte, lo que significa no sufrir, poder escoger el lugar en el que va a morir, optando por morir en casa, tener a alguien que lo escuche y que no sea aislado del resto de personas, lejos de todos y solo¹⁴.

Pese a la propuesto por Kubler-Ross, resulta complicado brindar este tipo de cuidados, dadas las características propias del servicio y los protocolos que restringen muchas veces la compañía de familiares durante esta etapa crítica y donde finalmente fallecen conectados a dispositivos, solos y sin respetar la dignidad de la persona.

La teoría del final de vida tranquilo, propuesta por Ruland y Moore, postula una serie de cuidados que deberían ser brindados a la persona en los momentos finales, tales como, un adecuado control de la analgesia que ayude a la persona a no experimentar dolor, controlando y aliviando las molestias físicas, facilitando el reposo y la relajación²³. Este tipo de cuidados fueron relatados por una de las participantes al referir:

“...vi morir a una madre con cáncer, una señora joven y agonizante que tuve que sedar porque sus dolores eran tan fuertes...” Rosa

2.2 El cuidado de la familia en el proceso de muerte.

La muerte conlleva a todo un proceso complejo, por un lado es una experiencia individual, e intransferible y por el otro involucra aspectos biológicos, sociales, legales y religiosos, ocasionando en el entorno familiar un suceso dramático de ansiedad, dolor, sufrimiento e ira difícil de admitir.

En este acontecimiento dramático que vive la familia, se da una situación significativa que aborda emocionales, físicos y sociales, siendo necesario que el profesional de enfermería ayude 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 necesitado²⁵.

La enfermera, por estar presente en los momentos difíciles, establece un vínculo con los pacientes y con sus respectivas familias, trata con el sufrimiento de los parientes, esclarece dudas, ampara en la angustia, y es la persona que buscan para conversar sobre sus temores, cuando está muriendo¹⁴.

La familia se convierte entonces en un pilar básico en el cuidado del paciente al final de la vida, debe considerarse como un elemento terapéutico en sí mismo, y como tal debe incorporarse en la planificación del cuidado. La noticia de probabilidad de muerte de un familiar es interpretado por la familia en diferente intensidad, algunos van desde una primera fase de shock, de desesperanza, negociación hasta el reconocimiento de esta fase y es la enfermera quien debe reconocer cada una de estas etapas y ayudar terapéuticamente a la familia a afrontar su proceso de duelo²⁶.

Algunos de los relatos demuestran la identificación de tales necesidades familiares por ser partícipes del cuidado al final de la vida, además de la importancia reconocida de brindar apoyo emocional, así como absolver algunos de los temores de la familia en esta dolorosa etapa:

*“...nuestra labor es muy fuerte, ya que no solo tenemos que brindar cuidados al paciente, sino también a la familia...” **Geranio***

*“...nosotras conversamos con la familia, particularmente trato de darles confianza de que el cuidado que se le brinda al paciente es el adecuado para que la familia se sienta más tranquila y sepa que se hace todo lo posible para que el paciente se recupere o se le brinde una muerte digna ...” **Magnolia***

El profesional de enfermería debe ser capaz de reconocer que el cuidado de la familia es un indicador de calidad en la atención de los pacientes al final de la vida. Es entonces que la gran cantidad de cuidados deben ir dirigidos no solo a la persona en peligro de muerte, sino además a la familia.

La muerte se concibe como un proceso de despedida que se debería desarrollar de forma íntima, acompañado de familiares y seres queridos, y a ser posible que concluyera en el hogar del moribundo¹⁴, sin embargo, la muerte actualmente ha pasado a un plano clínico, donde muchas de las personas terminan falleciendo en un ambiente hospitalario, lejos de su familia, sus comodidades y en su gran mayoría, con procedimientos invasivos que prolongan su agonía. Pese a ello, los participantes manifiestan la importancia del acompañamiento familia, como una intervención de cuidado al final de la vida:

*“Facilitamos el encuentro de los familiares con el paciente, y más aún en los últimos momentos de vida...” **Rosa***

“Pese a que las visitas familiares están prohibidas, nosotros permitimos que los familiares acompañen al paciente cuando sabemos que probablemente va a morir”.

Lirio

2.3 Cuidados espirituales centrados en la religiosidad.

Gran parte de las personas al final de la vida, entran en una etapa reflexiva sobre su existencia y por lo que sigue después de la muerte. Se percibe la muerte como una etapa de dolor y de sufrimiento, siendo el apoyo espiritual una de las bases sólidas, además de los cuidados paliativos, en el cuidado holístico de la persona en estado crítico y terminal. Es importante reflexionar que la espiritualidad de la persona lo acompaña a lo largo de toda su vida, sin embargo es en esta última etapa de la vida, en donde se presenta una mayor exteriorización de la misma.

Un abordaje muy sesgado y tradicional respecto a la espiritualidad tiene que ver con el simple hecho de aliviar el dolor y sufrimiento de la persona, sin embargo podemos describir este concepto como las manifestaciones que provocan la trascendencia del ser humano, armonizando sus deseos, aspiraciones y motivaciones internas con el exterior.

El cuidado de la espiritualidad se remonta inclusive a los inicios de la enfermería como ciencia, donde Florence Nightingale consideraba que la espiritualidad formaba parte del cuidado holístico del ser humano, el cual es referido por este como aquellos aspectos que rodean el contexto del significado de la vida y la esperanza.

La espiritualidad puede definirse como el aspecto de la humanidad que relaciona la manera en que los individuos buscan y expresan un significado y propósito, y la manera en que experimentan su conexión con el momento, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado²⁷. Por lo tanto la espiritualidad logra la trascendencia del ser humano, es por ello que nadie podría vivir sin espíritu, es decir sin motivaciones, sin aspiraciones de realización y de felicidad.

El apoyo espiritual tiene como fin el alivio del sufrimiento psíquico y espiritual que se origina por la enfermedad, por su tratamiento o por el hecho de estar próximo a la muerte. Esto además de reconfortar al paciente, sirve como alivio espiritual a la familia, quien también sufre en gran medida la próxima partida de un ser querido.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el cuidado y el nivel de calidad de este, debe ser determinado por la atención conjunta de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados a las enfermedades graves a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación, correcta valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. Así mismo la OMS señala que lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales²⁸.

Si bien se piensa que la espiritualidad del ser humano está referido al campo religioso, una concepción más integrada, señala que existen otros componentes de cuidado de esta dimensión, como el hecho de un trato digno de la persona, la posibilidad de reencontrarse con las personas, de perdonar y ser perdonados, de ser tratados con amor, de tiempo de releer su vida valorando su significancia para los seres queridos²⁹. Se puede abordar la espiritualidad como una fuerza interna que dinamiza todas las acciones humanas y la religión busca externalizar tales fuerzas, principios y creencias. Sin embargo algunos exponentes manifiestan que si bien puede existir algún tipo de relación entre ambos términos, están muy lejos de ser sinónimos, dado que la religión es básicamente un sistema de creencias, mientras que la espiritualidad va mucho más allá³⁰.

Desde la perspectiva religiosa, la espiritualidad como un singular es una comprensión del acto mismo que hace el espíritu humano por trascender sus dimensiones de vida y direccionarlas desde la fuerza divina.

Si bien estos cuidados que integran la espiritualidad de la persona no pueden ser del todo abordados en áreas críticas, el personal de salud manifestó que esta dimensión trata de ser abordada mediante el acompañamiento de un representante religioso, que ayude a la persona enferma y a su familia, a llevar de una manera más tranquila el proceso de muerte, tal y como es manifestado en los siguientes relatos:

*“... facilitamos la asistencia religiosa con la venia de la familia, llamamos al párroco del hospital y de esta manera recomfortamos a los familiares a través de la fe” **Magnolia***

*“En mi caso soy de ingresar al turno y cuando termina mi reporte me doy cuenta de quienes son los pacientes más delicados y llamo al capellán para que les brinde los santos oleos, creo que eso les da paz y mucha tranquilidad” **Diamela***

La enfermedad grave y la proximidad de la muerte, son oportunidades de apertura a la dimensión de la espiritualidad personal, por lo tanto el personal de salud debe ser capaz de reconocer que es una nueva etapa de cuidados que dignifica a la persona en estado grave. Como se ha definido, la espiritualidad aborda no solo la parte religiosa de la persona, sino su medio de interacción con el entorno y el percibir la dignificación de la persona durante su existencia. Si bien el personal de emergencia trata de abordar la espiritualidad de la persona grave, esta solo apunta a tratar la parte religiosa dejando de lado otros aspectos que también deberían ser abordado²⁹.

Tal y como se ha ido esclareciendo, el cuidado enfermero en la dimensión de espiritualidad va más allá del campo religioso, para ello el profesional de salud debe ser capaz de reconocer las diversas necesidades espirituales y poder actuar frente a cada una de ellas, pues en el momento en el que el paciente decide expresar tales necesidades, es el momento idóneo para el acompañamiento y ayuda para la absolución de inquietudes y temores. Entre algunas de estas necesidades de espiritualidad se encuentran: Ser reconocido como persona, releer su vida, encontrar sentido a la existencia y el devenir, liberarse de la culpabilidad,

reconciliación, establecer su vida más allá de sí mismo, continuidad, auténtica esperanza, no ilusiones falsas, expresar sentimientos y vivencias religiosas y amar y ser amado³¹.

Al respecto Benito, et al refiere que muchas veces la poca capacidad de abordar la espiritualidad por parte del personal de salud se debe a la poca familiaridad con esta dimensión del cuidado, así mismo por la poca información y orientación que se brindó durante el periodo de formación²⁷.

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

CONSIDERACIONES FINALES

- Dentro de las principales vivencias del profesional de Enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, se encuentra la expresión de diversos sentimientos como la culpa y la frustración, además el personal siente y se identifica con el dolor de la persona a su cuidado y su entorno. Los sentimientos percibidos por el personal de Enfermería en algunos casos tienden a exteriorizarse mediante el llanto o manifestaciones físicas de estrés, lo cual demuestra que el personal de Enfermería no logra abordar acertadamente el proceso de muerte.
- Una de las principales medidas de autoprotección emocional experimentadas por el personal de Enfermería es el distanciamiento, sin embargo, este comportamiento no resulta favorable para el cuidado de la persona al final de la vida, pues es en esta etapa en donde se demanda un mayor vínculo y participación profesional del enfermero, lo que contribuya a una mejor comprensión del problema y afrontamiento de la pérdida.
- Entre los principales cuidados experimentados a la persona al final de la vida se encuentra el fomento de una muerte digna, así como la búsqueda de la participación familiar y el apoyo espiritual a través de la visita de representantes religiosos.

RECOMENDACIONES

- A la coordinadora de enfermeras del servicio de emergencia, para que promuevan el desarrollo de talleres de afrontamiento saludable ante la muerte, dirigidos al personal de enfermería, lo que permita disponer de profesionales emocionalmente estables y preparados para brindar cuidados de calidad en esta etapa de vida, además de la formación de habilidades blandas buscando además el autocuidado en el personal de enfermería.
- Realizar procesos de reclutamiento y selección de personal de enfermería, no solo basado en capacidades cognoscitivas y de destreza profesional, sino además que contengan capacidades en el adecuado manejo de emociones intra e interpersonales.
- Al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional, quienes deben desarrollar un programa de evaluación psicológica del personal de enfermería con el objetivo de reducir los niveles de estrés y recarga emocional secundario a la atención de pacientes en situación crítica.
- A los gerentes de salud quienes deben aumentar la oferta de profesionales de enfermería en el área de emergencia, evitando de esta manera la recarga laboral y fomentando una mayor disposición de tiempo para el cuidado de pacientes en estado terminal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Revisar todas las referencias

1. Bázquez S, González K, Pompa G, Álvarez A. Morbilidad y mortalidad en la unidad de terapia intensiva. *Multimed* [Revista en internet]; 2017. 21(4). Esta mal referenciado [Consultado el 08 de diciembre de 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul174g.pdf>
2. Masa N, Olaechea P, Palomar M, Alvarez F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Med. Intensiva*. [Revista en internet]; 2015. [Consultado el 08 de diciembre de 2020]. 39(5). Faltan paginas Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-analisis-comparativo-pacientes-ingresados-unidades-articulo-S0210569114001818>
3. Pérez N. Análisis de Mortalidad de Pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital del Departamento del Meta, Colombia. 33(18). *Investigaciones Andina* [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 08 de diciembre de 2020]. volumen numero y paginas Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239053104002.pdf>
4. Poma J, Gálvez M, Zegarra J, Meza M, Varela L, Chávez H. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. *Rev Med Hered*. [Revista en Internet];2015. [Consultado el 08 de diciembre de 2020]. 23(1). paginas Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000100005
5. Valle M, García J, Quintana M, García Y. Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. *Sanus*. [Revista en internet]; 2019. [Consultado el 08 de diciembre de

- 2020] volumen numero y paginas Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/148>
6. Henriques H. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Revista en internet]; 2012. [Consultado el 09 de diciembre de 2020] volumen numero y paginas Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_25.pdf
 7. Cambra F. Limitación del esfuerzo terapéutico. [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 20 de julio de 2018].72. Disponible en: <http://secip.com/wp-content/uploads/2018/05/Limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-Dr-Cambra.pdf>
 8. Lorda S, López E, Sagrario M, Cruz M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: recomendaciones para la elaboración de protocolos. 2014. [Consultado el 13 de julio del 2017] Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf
 9. García A. Cuidados al Final de la Vida. *Ene*. [Revista en internet]; 2017. [Consultado el 12 de diciembre de 2019] 12(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/713/cuifinvda>
 10. Hernández R, Fernández R y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
 11. Jiménez V, Comet C. Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO* [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 12 de setiembre de 2019] 3(2). Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
 12. Enrique A. Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación. 2018. [Consultado el 12 de diciembre de 2020] Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/196118>
 13. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Revista en internet]; 2015. [Consultado el 27 de junio de 2019] Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>

14. Andréu J. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. [En internet]; 2018. [Consultado el 28 de junio de 2020] volumen numero y paginas Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
15. Lara Y, Pompa M. Ética en la investigación en educación médica: consideraciones y retos actuales. Revista investigación en educación médica. [Revista en internet]; 2018. [Consultado el 19 de octubre de 2019]. 7(26). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v7n26/2007-5057-iem-7-26-99.pdf>
16. Álvarez D. La experiencia de las enfermeras ante la muerte. Index Enfem. 2016. [Consultado el 20 de junio de 2020] Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675749/alvarez_de%20arriba_daniel%20ftg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Velarde J. Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida. Dialnet. [Revista en internet]; 2014. [Consultado el 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157320>
18. Marrero C, García A. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. 2019. [Consultado el 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334576603_Vivencias_de_las_enfermeras_ante_la_muerte_Una_revision
19. Andrés D. Las enfermeras ante el dolor y la muerte. 2016. [Consultado el 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1476/LAS%20ENFERMERAS%20ANTE%20EL%20DOLOR%20Y%20LA%20MUERTE.pdf>
20. Niño M, Portilla L, Rojas B. Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte en la unidad de cuidados intensivos en un hospital nacional, 2018. [En internet]; 2018. [Consultado el 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3521/Actitud_NinodeGuzmanRiveros_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Freitas T, Banazeski A, Eisele A, de Souza E, Bitencourt J, Souza S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una

- revisión integradora. *Enferm. glob.* [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 12 de diciembre de 2020] 15(41). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015
22. García D, Ochoa M, Briceño I. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary.* [Revista en internet]; 2018. [Consultado el 12 de diciembre de 2020]. 15(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5121/512157124001/html/index.html>
23. Zunzunegui M. Los cuidados al final de la vida. *Gac Sanit.* [Revista en internet]; 2018. [Consultado el 12 de diciembre de 2020]. 23(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400319
24. Ruiz M, Ortega A, Cabrera J, Ibáñez O, Carmona M, Relinque F, et al. Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos sociosanitarios. *Enfermería universitaria.* [Revista en internet]; 2017. [Consultado el 13 de octubre de 2020] 14(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300677>
25. Baiocchi A, Chávez D, Guerra D. Vivencias de las enfermeras frente a la muerte en pacientes de Sala de Operaciones de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Enero - Abril, 2017. [Consultado el 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/960/Vivencias_Baiocchi_Morales_Antonet.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Achury D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm. Univ.* [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 14 de diciembre de 2020]. 13(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000100055
27. Benito E, Dones M, Babero J. El Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 13 de diciembre de 2020]. 13(2). Disponible en:

[https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/espiritualidad/EL_ACOMPA
NAMIENTO_ESPIRITUAL_EN_CUIDADOS.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/espiritualidad/EL_ACOMPA
NAMIENTO_ESPIRITUAL_EN_CUIDADOS.pdf)

28. Pérez E. Enfermería y Necesidades Espirituales en el Paciente con Enfermedad en etapa Terminal. *Enfermería*. [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 14 de diciembre de 2020] 5(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006
29. Morillo M. Necesidades espirituales y calidad de vida en el cuidado enfermero en los hospitales San Juan de Dios de Andalucía. *Dialnet* [Revista en internet]; 2017. [Consultado el 14 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=145904>
30. Rufino C. Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo. [Tesis doctoral]; 2015. [Consultado el 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/289640/mrc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Pérez E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería* [Revista en internet]; 2016. [Consultado el 11 de abril de 2021]. 5(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006

ANEXOS

ANEXO I

RESULTADOS DE ANÁLISIS DE SIMILITUD

TESIS “Vivencias del profesional de Enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.monografias.com Fuente de Internet	1%
2	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	1%
4	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1%
5	www.bioeticachile.cl Fuente de Internet	1%
6	cuidadosenfermedadterminal.blogspot.com.co Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uned.ac.cr Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%

ANEXO II



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO



“Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

INVESTIGADORA

Lic. Eliana Gastelo Custodio

OBJETIVO

Analizar y comprender las vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020.

PROPÓSITO

Recolectar información acerca de las vivencias de los profesionales de Enfermería del servicio de emergencia destinadas al cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el hospital Regional Lambayeque.

DATOS GENERALES

Edad _____ Pseudónimo _____ Estado civil _____

Ocupación _____ Especialidad: _____

Tiempo de servicio: _____

PREGUNTA ABIERTA

Relátame usted ¿cómo han sido sus vivencias al brindar cuidados a un paciente crítico al final de la vida?

ANEXO III

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUÍZ GALLO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD

CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo se está realizando una investigación titulada “Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”

“Yo, _____, con DNI _____, domiciliado(a) en _____, siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más adelante indico declaro mediante la presente:

- Haber sido informado(a) de manera objetiva, clara y sencilla por parte de la autora de la investigación.
- Haber sido informado(a) de que mi participación en la investigación consiste en responder a una entrevista relacionada con las vivencias del profesional de Enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque.
- Que la información que suministre al investigador será utilizada única y exclusivamente para analizar y comprender las vivencias de los profesionales de Enfermería del servicio de emergencia destinadas al cuidado paliativo del paciente crítico al final de la vida, en el hospital Regional de Lambayeque

- Que la investigadora me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como de cualquier información relacionada con mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el estudio mencionado.
- Que estoy de acuerdo en el uso para fines académicos de los resultados obtenidos en el presente estudio.
- Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud.
- Que cualquier pregunta que tenga relación con este estudio me será respondida oportunamente por parte de la autora.
- Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de la referida investigación.
- Que los resultados del estudio me serán mostrados oportunamente si así lo solicito.

Declaración del voluntariado

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento, y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntario, acuerdo:

- Aceptar las condiciones estipuladas en este y a la vez autorizo a la Enfermera Eliana Gastelo Custodio a realizar la referida entrevista.
- Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en la investigación en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencias negativas a mi persona.

Investigador:

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Firma: _____

Participante:

Nombres y apellidos: _____

DNI: _____

Firma: _____

Declaración Del Investigador

Luego de haber explicado detalladamente el consentimiento informado y la naturaleza del protocolo mencionado, certifico mediante la presente que, la persona que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimiento, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción han impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

Chiclayo, _____ del mes _____ de _____.

ANEXO IV
POBLACIÓN DE ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Chiclayo, 18 de Enero del 2021

De: Lic. Romero Castillo Yesenia Rubí

Coordinadora del Servicio de Emergencia

Para: Lic. Gastelo Custodio Eliana

Motivo: Alcance de Información de personal de Enfermería

Mediante la presente, y como coordinadora del servicio de Emergencia del Hospital Regional Lambayeque asumo que durante el periodo diciembre 2019 a abril del 2020, la dotación del personal de Enfermería tuvo un total de 49 licenciadas en Enfermería, quienes imparten cuidados en las distintas áreas del servicio de forma rotativa.

Brindo dicha información a la Investigadora de la Tesis "Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional Lambayeque – Chiclayo, 2020" para los fines de Investigación correspondiente.


Yesenia Rubi Romero Castillo
LIC. ENFERMERÍA
CEP. 41763



Lic. Romero Castillo Yesenia Rubí
Coordinadora del Servicio de Emergencia
Hospital Regional Lambayeque