

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

***MUERTE Y PROCESO DE MORIR: EXPERIENCIA Y ADAPTACION DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA***

TESIS

**Como requisito para obtener el título de
ESPECIALISTA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA

LEN. YOSSELYN GARCÍA PÉREZ

DIRECCIÓN:

M.ED. MARIA DEL CARMEN VALLE FIGUEROA

ASESOR:

DR. JULIO ALFREDO GARCIA PUGA

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

DICTAMEN DE APROBACIÓN

TESIS

MUERTE Y PROCESO DE MORIR: EXPERIENCIA Y ADAPTACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

M.ED. María del Carmen Valle Figueroa
Directora

Dr. Julio Alfredo García Puga
Asesor

M.C.S. Yanira Valle Hernández
Asesora

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Coordinadora de Posgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco primeramente a Dios por ser siempre mi impulso y mayor inspiración para seguir adelante en los momentos difíciles. A mi familia, en especial a mi mamá por impulsarme a soñar, a mi esposo por siempre creer en mí y su incondicional apoyo durante esta etapa como estudiante, a la Universidad de Sonora por contribuir en mi preparación como profesional de salud y en especial al Departamento de Enfermería.

A la maestra Carmen Valle y Julio Puga por que creyeron y le apostaron a esta investigación cuando nadie lo hacía, finalmente dedico esta tesis a todas aquellas enfermeras y enfermeros que a diario dejan una parte de su corazón y vida en cada uno de los pacientes, a aquellos que son ese rayo de esperanza en medio de la oscuridad y aquellos que aman profundamente esta profesión como yo.

RESUMEN

Título: Muerte y proceso de morir: experiencia y adaptación del profesional de enfermería

Número de páginas: 43

Objetivo: Conocer la experiencia de la enfermera ante la muerte y el proceso de morir de los usuarios a su cargo en el área hospitalaria.

Metodología: El estudio fue de carácter cualitativo y transversal, con enfermeras que laboran o laboraron en áreas críticas, a través de una entrevista personal semiestructurada. Como criterio principal de inclusión haber experimentado la muerte o proceso de morir de un paciente

La investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Resultados: Los resultados podríamos dividirlos en dos grandes dimensiones, la primera el proceso de morir, el cual, se vio condicionado principalmente por tres estímulos contextuales: la edad del usuario, la relación enfermera- paciente y el tiempo de ésta. Ante la muerte se encuentran dos tipos de procesos de afrontamiento, aquellos cuyas enfermeras recibieron durante su preparación profesional algún curso, diplomado, talleres, temas, etc. De tanatología presentando procesos eficiente vs a aquellas que no los llevaron, en las cuales se encontraron tres estrategias de afrontamiento principalmente: la barrera, la redefinición social de la muerte y la búsqueda de apoyo social – religioso.

Conclusiones: La muerte si bien es un suceso de alto impacto en el profesional de enfermería, es también un proceso que puede aprender a sobrellevarse cuando el profesional cuenta con las herramientas necesarias para hacerlo, es por ello que la experiencia siempre se verá relacionada de manera directa con la perspectiva y la experiencia individual de cada profesional, como también por las características del contexto laboral ante las que se enfrente el profesional de enfermería durante dicho proceso.

PALABRAS CLAVE: Adaptación, Muerte, Terapia Intensiva.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Pregunta de investigación.....	5
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO- CONCEPTUAL	
Marco Teórico.....	7
Marco Conceptual.....	12
Marco Empírico.....	14
CAPITULO III. OBJETIVOS	
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
CAPITULO IV. MARCO METODOLÓGICO	
Diseño de estudio.....	18
Participantes del estudio.....	18
Instrumento de recolección de datos.....	20
Procedimiento de recolección de datos.....	20
Proceso de análisis de los datos.....	20
Consideraciones éticas.....	21
CAPÍTULO V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	22
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y SUJERENCIAS.....	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	39

INTRODUCCIÓN

Como parte del trabajo del personal sanitario en las instituciones de segundo y tercer nivel de atención se viven una multiplicidad de experiencias de diversas complejidades. Estas pueden ir desde una relación de poca trascendencia -como el resolver alguna duda- con los familiares y usuarios hasta situaciones en las que el contacto e interacción genera acercamiento emocional entre personal y pacientes y que puede evitar complicaciones.

Al respecto, y en especial, en las unidades de cuidados intensivos (UCI) la probabilidad de muerte de los pacientes es alta. Estas situaciones serán vividas y dejarán huella en el personal, especialmente en enfermería, ya que son quienes pasan el mayor tiempo en contacto directo con los pacientes y sus familiares. Por tanto, pueden verse afectadas y requerir establecer diversas estrategias de afrontamiento que les permitan seguir funcionales -con calidad- en su vida personal y laboral.

Por ello, en la presente investigación se buscó conocer cómo era la experiencia y el proceso de adaptación del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir de un paciente en un área crítica. Las experiencias suelen marcar de manera significativa la tarea diaria del profesional de enfermería y pueden producir agotamiento, ya sea físico o emocional, y coloca al profesional de enfermería en un dilema ético- profesional día a día.

La presente tesis se estructura en cuatro capítulos, los cuales se describen brevemente a continuación: En el Capítulo I se plantea el problema de investigación, su justificación y la pregunta de estudio. Si bien se han realizado diversos estudios relacionados sobre el tema, una cantidad importante se cobijan bajo una mirada positivista, por lo cual sus resultados se buscan ser cuantificados. Si bien, los números son importantes no dan cuenta de las particularidades de los sujetos que viven y atienden sus propias experiencias en las áreas críticas.

El Capítulo II, referente al marco teórico, plantea la fundamentación teórica a través de la revisión de la literatura sobre el tema, se utiliza como base conceptual a Roy para comprender los diversos procesos de afrontamiento.

El Capítulo III incluye los objetivos de estudio tanto general como específicos. Mientras que en el Capítulo IV se establece el marco metodológico, que desde una mirada cualitativa se integra por el diseño de estudio, la selección de las participantes, el instrumento de recolección de los datos, el procedimiento a utilizar para llevar a cabo la investigación, así mismo se explica el procedimiento para el análisis de los datos, la clasificación tipológica y por último se encuentra el Capítulo V se muestran los resultados, producto del análisis discursivo.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes

La muerte y el proceso de morir son eventos inherentes a la propia vida y se han construido diversas prácticas para su afrontamiento desde los inicios de la civilización. Esta situación es difícil de afrontar con independencia de las culturas, ya que desencadena diferentes sentimientos en la vida del ser humano, no obstante, es un proceso que inevitablemente se tendrá que enfrentar en algún momento de la vida.

En el caso de las profesiones de la salud la situación se vuelve relevante, ya que, en el ejercicio diario del profesional, entre las cuales se encuentra enfermería, es un factor estresante que conlleva a vivir en un constante desafío entre la vida y la muerte con consecuencias de desgaste emocional y físico en el profesional de enfermería que puede no lo lograr sobrellevar y adaptarse a al proceso de morir de sus pacientes ⁽¹⁾.

Cada año se presentan millones de muertes en el país, en su mayoría dentro de las unidades hospitalarias. INEGI (2018) ⁽²⁾ reporta que la mortalidad en ese mismo año correspondió a 14,916 defunciones en el ámbito hospitalario, de las cuales 8,747 fueron personas de sexo masculino y 6,157 fueron de sexo femenino, distribuidas en todos los grupos etarios, en los 72 municipios del estado. Analizando las principales causas de muerte en el estado de Sonora encontramos los infartos al miocardio, enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes Mellitus y los

accidentes automovilísticos, las cuales por su etiología son traumáticas para la familia y el profesional de salud que convive con dichos usuarios, ya que sus muertes suelen ser repentinas o conllevan a un proceso largo de cronicidad como en el caso de la Diabetes Mellitus.

Dichas causas terminan en su mayoría son atendidas en una unidad de cuidados intensivos, área en la que ocurre un número significativo de defunciones o cursan con una larga estadía dentro de las unidades hospitalarias, por lo cual el profesional de enfermería se ve obligado a utilizar las herramientas -que en muchos casos fueron deficientes- que recibieron durante su preparación académica (3, 4, 5).

Justificación y pregunta de investigación

Socialmente la muerte es un tema hasta cierto punto velado en las discusiones cotidianas de las personas, ello, en parte porque recuerda la finitud de las personas y la incertidumbre ante este proceso, lo que puede condicionar angustia existencial. Convivir con la muerte y su proceso es una de las situaciones de mayor impacto en el personal sanitario y en especial de enfermería ⁽¹⁾.

Si bien la muerte de la mayoría de las personas ocurrirá en los hospitales, la experiencia e impacto de la muerte de los usuarios en el personal de enfermería es un tema que poco se considera en las unidades de atención biomédica, probablemente debido –al menos parcialmente- a que la principal meta de estas instituciones se centra en la curación y cuidado de pacientes en estado crítico, con relativa poca preocupación por los aspectos emocionales del personal de enfermería que día a día los atienden; situaciones que demandan altas competencias técnicas y humanas, y por ende generados de estrés en niveles elevados.

Diversos estudios se han enfocado en aspectos cuantitativos del proceso y afrontamiento a la muerte, y poco se relacionan a profundidad con el impacto que les producen estas vivencias. Impactos que conducen a estrés, ansiedad, inasistencias o impacto en la calidad de la atención. Si bien cuantitativamente es importante la situación, el número no da cuenta de las propias vivencias del personal, por tanto, en este estudio visualizamos la muerte desde el punto de vista del actor (enfermería), y por ello nos propusimos dar respuesta a la pregunta

¿Cuáles son las experiencias del personal de enfermería ante el proceso de muerte y la muerte de pacientes en áreas críticas? y contribuir a mejorar la comprensión del fenómeno de afrontamiento ante el proceso de morir en el personal de enfermería, para posteriormente generar estrategias que mejoren la situación del personal.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Marco Teórico

Puesto que el objetivo del estudio es comprender como las y los enfermeros de las unidades de terapia intensiva afrontan el proceso de muerte de las personas que cuidan, se consideró adecuado utilizar como marco conceptos desarrollados por Sor Callista Roy; a la vez la mirada conceptual que la fundamenta es la fenomenología de Husserl, la cual nos ayuda a comprender como se interpreta el fenómeno de la muerte como un proceso subjetivo de sensaciones y sentimientos que genera en las personas cercanas a quien fallece un paciente y se establecen acciones para afrontarlas ⁽²⁾.

La muerte física es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento. Existen distintos tipos de muerte. Así, en primer lugar, podríamos hablar de la llamada muerte natural que, como su propio nombre indica, es aquella que se produce a consecuencia de la vejez que tiene la persona en cuestión, Pero, por otro lado, está la llamada muerte violenta que es aquella que experimenta alguien a raíz de un traumatismo contundente y de forma fortuita o bien como consecuencia de que otro individuo ha decidido acabar con su vida y la muerte derivada de un proceso patológico, sea este crónico o agudo.

No obstante, las diferentes miradas hacia el hecho de la muerte, para esta investigación la consideramos más allá de la situación puntual del cese de la vida, la muerte es parte de un proceso y en dicho proceso el personal sanitario se ve implícito, especialmente en los servicios de salud. Por tanto, se considera como un proceso que cursa una persona que se encuentra en agonía (que se caracteriza por la subsistencia de algunas funciones vitales y por la desaparición de las funciones intelectuales) y posteriormente llega la muerte.

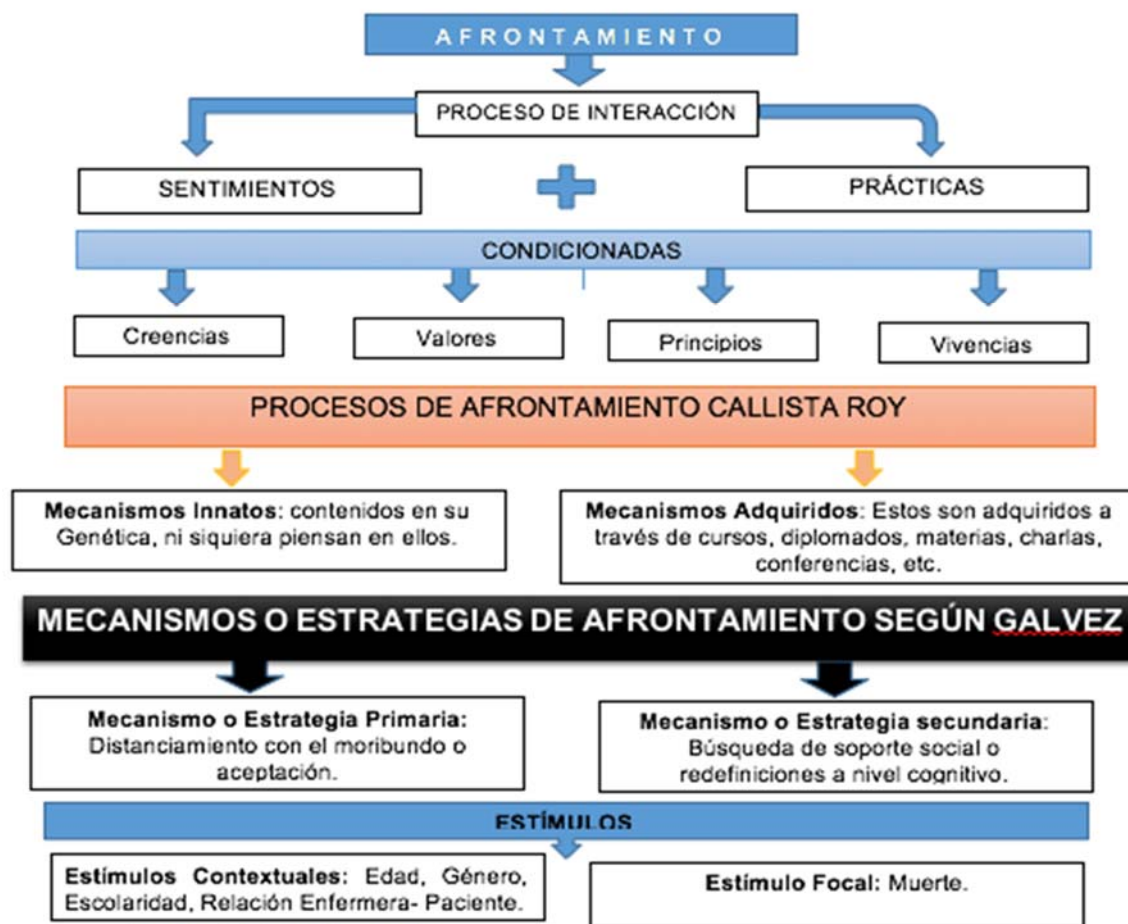
Si bien el modelo de Roy se estableció básicamente para comprender la adaptación de los pacientes ante el proceso salud enfermedad, en este estudio se entiende al personal de enfermería como un sistema abierto que reacciona ante los diversos estímulos y que producen una serie de respuestas mediadas por los saberes de las personas.

Ante ello, el modelo de adaptación de Sor Callista Roy, se refiere al nivel de adaptación de un ser humano, es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación. Por ello, la adaptación es un proceso de interacción en la cual se expresan sentimientos y prácticas, condicionadas por creencias, valores, principios y vivencias las cuales pueden generar o no ser positivas para los sujetos ^(6, 7).

Callista menciona que ante estímulos se generan procesos de afrontamiento que son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno y dichos procesos están compuestos también por mecanismos innatos de afrontamiento los cuales se determinan genéticamente o son comunes para las

especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan ni siquiera en ellos, al mismo tiempo se generan los mecanismos de afrontamiento adquiridos que se crean por medio de métodos, como el aprendizaje ⁽⁶⁾.

El siguiente esquema muestra de manera gráfica el proceso de afrontamiento desde la perspectiva de Sor Callista Roy y Gálvez, Roy muestra los mecanismos y condicionantes en el proceso de afrontamiento, así como estímulos contextuales que intervienen en dicho proceso, mientras que Gálvez maneja Estrategias de afrontamiento primarias y secundarias.



Fuente: Elaboración propia

Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones ante estímulos particulares. En concordancia con Gálvez; se pueden presentar mecanismos o estrategias de afrontamiento primarias y secundarias. Las estrategias primarias se establecen en el distanciamiento con el moribundo o la aceptación de la muerte de este, mientras que las estrategias secundarias van desde la búsqueda de soporte social o redefiniciones a nivel cognitivo que mejoran el nivel de autoconfianza del personal. (7,8)

En relación con los estímulos contextuales se encuentran aspectos inherentes a los individuos, como son la edad, el género, la escolaridad, así como el escenario en el cual se desarrolla la interacción enfermera-paciente. En el escenario de cuidados intensivos, estas unidades son complejas, tanto en los aspectos técnicos como personales. Puesto que durante el momento del cuidado se presentan un intercambio de emociones, energía y sentimientos que afectan –o modifican- las sensaciones de las enfermeras (9)

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos (10).

La atención de las enfermeras en las unidades de cuidados intensivos no solo implica la aplicación tecnológica. La relación se presenta como un proceso de interacción simbólica, en la que se establece una relación forzada por las circunstancias y en la cual el paciente en la mayoría de las ocasiones no tiene

conciencia de dicha relación y que genera una multiplicidad de significados que pueden o no ser incorporados en el trabajo diario del personal.

Blummer considera que las conductas de las personas se vinculan al significado de y hacia las cosas, en concordancia con el entorno y los actores que circulan en él. Desde la visión de la enfermera la interacción se construye inicialmente ante un ser que representa una enfermedad, un número de cama o una serie de aparatos que le ayudan a vivir. No obstante, esta visión rápido se transforma en el personal; el paciente, usuario o cliente deja de ser objeto a sujeto del cuidado (11).

El tiempo y contacto con el paciente hace que construya una relación, incipiente y de lazos débiles, pero que pueden ser fortalecidos con el paso del tiempo. Pero ocurre que en situaciones de crisis el personal recuerda su posición - o rol- inicial, el distanciamiento, negación o re-conceptualización, son una muralla que no permite pasar el dolor emocional de la emergencia o muerte de los pacientes. El hacer bromas es un mecanismo para no sufrir, es un mecanismo nunca enseñado en las escuelas, pero que poco a poco son enseñadas por el resto del equipo.

Marco conceptual

Estímulos focales

En relación con los elementos centrales en la teoría de Roy, se abordan los estímulos focales, contextuales que condicionaran diversos mecanismos de afrontamiento. El estímulo focal es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano». Lo anterior puede ser comparado con el concepto de habitus de Bourdieu, quien considera que las personas tomamos diferentes posiciones, actuación o formas de entender la realidad como producto de la incorporación de los elementos del campo, campo que en enfermería que se integra por elementos de formación e identidad profesional bajo un marco social e institucional los hace parte de sí misma, por lo que comprende y responde a las situaciones con una visión de grupo compartida ⁽¹²⁻⁶⁾.

Estímulos contextúales

Los estímulos contextúales “son otros estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto que origina el estímulo focal”, es decir, “los estímulos contextúales hacen referencia a todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, aunque no ocupan el centro de atención de la persona ni de la energía”. Que en el caso del personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos se entienden como las situaciones de acción del personal y en la cual se ven involucrados los aspectos infraestructurales, pero a la vez en relación dialógica con los procesos de muerte de sus pacientes ⁽⁶⁾.

Mecanismos innatos de afrontamiento

Los mecanismos innatos de afrontamiento “se determinan genéticamente o son comunes para las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos no piensan siquiera en ellos” (6).

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos “se crean por medio de métodos, como el aprendizaje. Las experiencias vividas contribuyen a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares”. En el caso del personal de enfermería las formas de aprendizaje empiezan en las escuelas, en donde se les brindan nociones y recomendaciones a los estudiantes de lo que vivirán en el campo clínico, tal como el alejamiento emocional; aunado a lo anterior en la práctica clínica el personal de enfermería les “enseñan” mediante diferentes mecanismos, como suelen ser el ejemplo y mediante el discurso de lo que es o no aceptable ante las experiencias de muerte (6).

Procesos de afrontamiento

Por tanto, los procesos de afrontamiento «son modos innatos o adquiridos de actuar ante los cambios producidos en el entorno», concepto cercano a la idea de habitus de Bourdieu, quien integra a un modo subconsciente una forma de reaccionar a los estímulos (6).

Estas vivencias les construyen saberes, los cuales en esta investigación las entendemos como la articulación entre los estados anímicos, experiencias internas que afectan a las personas ante un determinado suceso, ya sea actual o revivido

por medio de los recuerdos y las prácticas que se desarrollan con la aplicación de ciertos conocimientos.

Todas ellas mediadas por sus propias creencias las cuales son un conjunto de comportamientos y que son propias de un determinado grupo humano, que pueden o no estar relacionadas con la idea de que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses). Por otra parte, los valores juegan un papel esencial en el desarrollo de los saberes, los valores al ser principios que nos permiten orientar nuestro comportamiento en función de realizarnos como personas nos ayudaran o dificultaran el proceso de adaptación.

Marco Empírico

Respecto a los estudios que han abordado el objeto de estudio, Castañedo, Suárez y Vivar muestran que en un servicio de urgencias donde se tiene una constante exposición al proceso de morir de una persona, la afectación se presenta “solamente ese día” en un 70%, mientras que en un 5% dura “siempre”.⁽¹³⁾

Aspecto que se diferencia en función de sexo, ya que las mujeres por su configuración social han adquirido roles centrados en la intimidad, esto es, las mujeres suelen vivir los procesos de pérdida o afectivos con mayor tristeza que los varones, quienes reaccionan con mayor serenidad y emociones positivas; este aspecto es similar en lo que ocurre en las unidades de salud, donde la mayor parte del personal es femenino y por ende se refuerzan los roles sociales.⁽¹⁴⁾

Por su parte Bernárdez, Vargas y García encuentran que el nivel de involucramiento – entendido como el nivel de acercamiento a los pacientes oncológicos- afecta de forma positiva o negativa al personal de enfermería

generando sentimientos de impotencia, tristeza, temor, sufrimiento; estos sentimientos están contruidos en concordancia con los imaginarios sociales del personal que enfrenta la muerte en los pacientes. ⁽¹⁵⁻¹⁾

Mientras que Souza, Mota y Barbosa, consideran que los sentimientos generados por el proceso de morir de un paciente han intervenido en la asistencia de este y algunas otras enfermeras ya se han sensibilizado a dicha situación ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, García y Rivas refieren que la exposición al proceso de morir desarrolla en el personal de enfermería posturas contrapuestas y evasivas como la indiferencia para evitar el sufrimiento que agota y desgasta al profesional que se encuentra en constante exposición a dicho suceso. ⁽¹⁾

Cordero en su tesis “Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua”, afirman que la actitud del personal de enfermería ante la muerte va a depender de la percepción que tenga sobre la misma. ⁽¹⁷⁾

Por su parte De Grandpre, habla que el significado está en el encuentro histórico con el otro y siempre es relativo y dialéctico, el grado de profundidad se va dando en el curso del tiempo a través de la experiencia directa. Cuanto más tiempo, mayor probabilidad de que más situaciones lleguen a ser familiares. ⁽¹⁸⁾

En conclusión a los estudios anteriores podemos encontrar que la experiencia y el proceso de morir visto desde la perspectiva del profesional de enfermería, ciertamente es un acontecimiento de relevancia, que puede afectar tomando una postura de rechazo y negatividad o impulsar al profesional en su tarea diaria del cuidado al usuario en estado crítico y a aquel que se encuentra moribundo, pero éste proceso se puede ver condicionado por distintas situaciones como: las experiencias pasadas y propias con la muerte, por el nivel de interacción de la

enfermera con el usuario y la propia construcción del significado de la muerte de cada profesional.

CAPITULO III

OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprender el proceso de adaptación del personal de enfermería ante la muerte de pacientes en un área de cuidados críticos.

Objetivos específicos

- Conocer los elementos contextuales que viven las enfermeras de las áreas de cuidado crítico.
- Describir las posturas de adaptación que toman las enfermeras en la muerte y proceso de morir de los pacientes en estado crítico.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de estudio

Para dar respuesta al objetivo de investigación el estudio fue de carácter cualitativo, descriptivo, debido a que la experiencia de vivir el proceso de muerte implica saberes subjetivos de los participantes, fue transversal puesto a que se realizaron entrevistas en un momento determinado ⁽¹⁹⁾.

Participantes de Estudio

La selección de los participantes fue de manera intencional. Dichos participantes fueron enfermeras (os) que laboran o laboraron en las unidades de cuidados intensivos de una institución de segundo nivel. Para seleccionarlos se construyó una clasificación tipológica (tabla 1) bajo las siguientes características: Tiempo de relación con el paciente (igual o mayor a una semana), Edad del paciente mayor o menor de edad, experiencia ante procesos de muerte, y edad del participante (menor o igual de 30 años y mayor de 30 años).

La selección de estas variables es relevante para comprender como el personal de enfermería establece estrategias para afrontar la muerte de los pacientes. Para la característica de tiempo de relación con el paciente consideramos dos grupos: 1) 1 semana de relación y 2) más de una semana de relación con el usuario; por experiencia ante procesos de muerte: 1) si habían vivido un proceso o

2) no han vivido el proceso. La edad del paciente se dividió en: 1) Menor de edad y 2) Mayor de edad., finalmente la edad de las personas es un factor importante en la construcción e interpretación de sus experiencias, por ello a la vez consideramos dos grupos etarios: 1) menor o igual de 30 años y 2) mayor de 30 años. Por tanto construimos cuatro grupos tipológicos bajo los siguientes criterios:

Tabla 1. Tipología.

Grupo tipológico	Criterios
A	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de relación con el paciente: Mayor de una semana • Paciente menor de edad • Ha vivido el proceso de muerte del paciente • Menor o igual a 30 años
B	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de relación con el paciente: Menos de una semana • Paciente mayor de edad • Ha vivido el proceso de muerte del paciente • Mayor de 30 años
C	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de relación con el paciente: Mayor de una semana • Paciente Mayor de edad • Ha vivido el proceso de muerte del paciente • Mayor de 30 años.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de relación con el paciente: Menos de una semana • Paciente menor de edad. • Ha vivido el proceso de muerte del paciente • Menor o igual a 30 años.

Elaboración: Propia

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de información se compone por dos elementos:

a) Cédula de datos personales y b) Guion de entrevista semiestructurada (Anexo 1)

Procedimiento de recolección de datos

En función de que el estudio fue sin riesgo se solicitó autorización de forma verbal a las autoridades de la institución para entrevistar las enfermeras. No obstante, se contó con aval del comité de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora (Anexo 2); una vez con su aprobación se procedió a ubicar a los sujetos participantes del estudio –en base a los criterios tipológicos- de forma intencionada, esto es a partir del contacto previo, para posteriormente solicitarles su participación, una vez aceptado, se les entrevistó en el lugar y horario que designaron, que en todos los casos fueron las áreas clínicas y durante los espacios en los que tuvieran la oportunidad de ser entrevistadas, con el propósito de no interferir en sus actividades laborales. A las participantes se les solicitó su consentimiento verbal para audio-grabar las entrevistas.

Proceso de análisis de los datos

Los datos sociodemográficos se analizaron a través de estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central o dispersión. La información cualitativa recolectada fue audio-grabada en grabadora de voz digital marca Olympus modelo VN-6200PC (previa autorización) para posteriormente ser transcrita en su totalidad en el programa F4 y posteriormente migrar la entrevista al

programa NVivo versión 7. Los datos se analizaron mediante procesos deductivos e inductivos, de acuerdo con la calidad de la información recolectada.

Consideraciones éticas

La presente investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, que de acuerdo al artículo 17 se considera como sin riesgo ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental mediante entrevista y observación del área de cuidados intensivos; y en concordancia con los Artículos 13 y 14 prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar adapta a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica (DOF, 2014).

Para preservar la identidad de las participantes se cambió su nombre real por uno ficticio, no obstante, se comentó la posibilidad de que aparecieran sus nombres, ante lo cual no hubo inconveniente por parte de las entrevistadas.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Contexto de las Unidades de cuidados intensivos

Las unidades de cuidados intensivos son espacios donde se atienden pacientes en estado crítico de salud, se caracterizan por la capacidad técnica-científica y tecnológica que permite suplir algunas funciones vitales de los pacientes, como es el respirar. Puesto que las entrevistadas laboran en las áreas de cuidados intensivos neonatales y de adulto, y para comprender el contexto se presenta una descripción de ambas unidades, que en este caso corresponden a una institución privada en Hermosillo Sonora.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Con el propósito de comprender el lugar en donde enfermería afronta el proceso y la muerte de sus pacientes se presenta una breve descripción de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y de adultos (UCI).

Antes de entrar a la UCIN, todos las personas nos debemos lavar las manos, eso dicen las enfermeras y médicos, porque los niños por estar tan chiquitos se pueden enfermar por los “bichos” que podemos pasarles por las manos, también nos piden que nos pongamos una bata, pero no es como las batas

de los pacientes que están a veces muy cortitas y no se cierran bien, estas batas son como un poco más largas que las otras.

Una vez adentro de la unidad se pueden ver las incubadoras, hay monitores, -siempre tiene encendidas las alarmas- y en la parte lateral de las incubadoras tienen unos orificios circulares con puertas que permiten tocar a los niños.

Al entrar a mano derecha se observan ocho incubadoras, cada una cuenta una bolsa, válvula- mascarilla pediátrico y neonatal¹ colocada en la parte de atrás de la incubadora, en la parte izquierda hay un área que se conoce como “aislado” con 2 incubadora y sus respectivos ventiladores mecánicos cada una. Este lugar es para niños que están en muy alto riesgo de contagiarse o de contagiar a otros niños.

Al salir de la unidad del paciente se puede ver un carro rojo para eventos de emergencia², al frente de este se encuentra un área para bañar a los recién nacidos, y al fondo por un pasillo de aproximadamente 6 metros se encuentra el área donde preparan el alimento para los usuarios. En un closet a mano guardan el material de reserva, así mismo se conecta la UCIN con el quirófano del área de ginecología.

En el centro del se encuentra la central de enfermería en forma de “U” la cual cuenta con una computadora, un teléfono por medio del cual se puede tener contacto con la habitación de la madre.

¹ Comúnmente se llaman ambú, es un dispositivo para proveer oxígeno de forma forzada a los pacientes que no pueden respirar.

² El carro rojo se refiere a un gabinete de color rojo el cual contiene equipo, material y medicamentos para atender paradas cardíacas.

Respecto a las rutinas de enfermería, estas rotan por guardias de 8 horas, a excepción de la guardia nocturna la cual es cada tres días un tiempo de 12 horas, se realiza un enlace de turno en el cual se plasma los sucesos de mayor relevancia del usuario, no se cuenta con un médico de base, en caso de una emergencia, se le llama por teléfono.

Unidad de cuidados intensivos Adultos

El área de cuidados intensivos adultos cuenta con dos accesos, el primero por un lateral para familiares, con una puerta de cristal con tapiz blanco para evitar mirar, para tener acceso se abre la puerta desde dentro por parte del personal en horarios de visita que son una hora por la mañana, tarde y noche, al entrar a mano derecha se colocan batas para cubrirse, así como cubre boca, hay un lavamanos con jabón y toallitas para secarse, posteriormente cruzan otra puerta de cristal que permanece abierta y se tiene de frente la central de enfermería y a lado derecho la hilera de 8 cubículos en forma de U con puertas de cristal separados unos de otros donde se encuentran los usuarios, cada habitación cuenta con su cama y equipo de monitoreo continuo y bombas de infusión para la aplicación de medicamentos, así como un sofá cama para cambio postural de los usuarios (dependiendo del caso de cada usuario), cuenta con una mesa movable para la alimentación del usuario, un lavamanos y un buró donde se colocan pertenencias del usuario de uso personal para su aseo, al centro de todas las habitación en la parte de arriba se encuentra una pantalla plana de aproximadamente 1 metro de largo por 80 cm de ancho donde se proyectan los signos vitales de cada

usuario, y otra computadora desde la central de enfermería donde también se proyectan, frente a las habitación también se encuentra la central de enfermería que cuenta con un escritorio de aproximadamente 6 metros, donde el personal de enfermería se dedica a hacer anotaciones y monitoreo continuo del usuario, cuenta con 2 computadoras para hacer cargos de material y estudios necesarios, así como material de papelería y expedientes de los usuarios y 2 teléfonos uno inalámbrico y uno de base para comunicarse con sus médicos tratantes de base, en la parte trasera de dicha central se encuentra un área dividida en dos, a lado izquierdo se encuentra el área para preparar medicamentos y los casilleros de cada paciente, donde se colocan los medicamentos o infusiones a preparar, de lado derecho se encuentra de frente un refrigerador donde se colocan los medicamentos que requieren de refrigeración como insulinas, etc. A lado se encuentra un lavamanos y a mano derecha un pizarrón donde se encuentra la distribución de los usuarios, a lado derecho de éste un closet donde se encuentran los principales materiales y medicamentos de uso en el área de cuidados intensivos, la siguiente área de acceso es para uso del personal de dicha área debes contar una clave de acceso o bien se te cede el acceso desde dentro, a mano izquierda a la izquierda se encuentra el área de vestidores y sanitario para personal, al salir a mano izquierda se encuentra el área de descanso médico, donde hay un sofá, cafetera y refrigerador, así como un escritorio donde médicos hacen sus anotaciones y cambios en el tratamiento del usuario, en la parte de arriba se encuentra también otra pantalla en la cual se proyectan continuamente los signos vitales de los usuarios.

Esta terapia cuenta con un médico de base el cual se encuentra en caso de alguna complicación del usuario.

Datos demográficos de las entrevistadas

Se entrevistaron 7 enfermeras, todas ellas de sexo femenino de edades de entre los 26 y 50 años, con una experiencia laboral de 3 a 26 años (tabla 1). Por la distribución del personal -al parecer- la institución busca equilibrio entre experiencia y juventud, ello, porque al estar en un área de alta complejidad técnica se busca que el personal de mayor experiencia sirva como mentor de aquellas de poca antigüedad, y con ellos se asegura la continuidad del modelo institucional de atención que construye, y a la vez, el personal con poca experiencia profesional aporta nuevas formas de entender y proponer estrategias de trabajo.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Edad	Años de experiencia laboral	Nivel académico
30 años	7 años	Maestría
27 años	4 años	Licenciatura
50 años	24 años	Licenciatura
36 años	20 años	Especialista
45 años	26 años	Especialista
27 años	3 años	Maestría
26 años	4 años	Licenciada

Fuente: Elaboración propia

Estrategias primarias

Barrera

Entre las principales estrategias que desarrollan las enfermeras para afrontar el proceso de muerte del usuario se encuentra el distanciamiento. Los procesos de formación profesional se encuentran inscritos en el concepto de Campo y Habitus desarrollado por Bourdieu ⁽¹²⁾; en estos se establece que la transmisión cultural de las formas de trabajo es incorporada por las enfermeras y operacionalizadas en la práctica. Si bien, enfermería expresa un acercamiento estrecho a los usuarios en la cotidianidad de la práctica con pacientes moribundos se expresa un alejamiento que permite no involucrarse sentimentalmente y por ende evitar el sufrimiento derivado de la muerte del paciente.

*“Siempre nos leen la cartilla desde la escuela que no te debes de involucrar, ni sentimental, ni amoroso, ni nada de nada con el paciente, es lo profesional”
(María).*

La situación anterior se ve reflejada en los comentarios expresados por la enfermera María. Las interacciones generan situaciones de acercamiento, las cuales dan lugar a lazos sentimentales, entendidos estos como un valor específico dado por el profesional de enfermería al usuario, los cuales aumentan la importancia del mismo durante el cuidado y causando con ello un dolor personal al darse el proceso de morir o la muerte.

“amm, pues yo creo que ahí es cuando me bloque, para no sentir, es como que tu mente se bloquea y es de que, no, no tienes que sentir, para no sentir pues, ósea no se es, no sé cómo explicarlo es para no dejar que te afecte, o sea como no conocía al paciente ni nada dije: no me tiene que afectar, ponemos una barrera para no dejar que nos afecte y vaya más allá pues”
(Carolina).

Roy expresa que el afrontamiento, se consigue por medio de un proceso de interacción en el cual se ven inmiscuidos sentimientos y prácticas, que están condicionadas por creencias, valores, principios y vivencias.

En acuerdo con Roy encontramos que las enfermeras entrevistadas durante el proceso de afrontamiento presentan sentimientos de negación mismos que llevan a ejercer una práctica de alejamiento que se ve condicionada con principios aprendidos durante la práctica profesional.

Aceptación

Otra de las estrategias propuestas por Gálvez dentro del afrontamiento es la aceptación, desde el punto de vista de la escritora Elizabeth Kübler Ross la cual habla de cinco etapas dentro de un proceso de duelo, la aceptación termina por ser la última etapa del ciclo de duelo de una persona.

“Me sentí triste en el momento, pero igual no deje que se me notará mucho, pero ya meditando y todo el diagnóstico de la paciente pues creo que fue lo mejor que le pudo haber pasado a la bebe” (Carolina).

A la aceptación se llega después de pasar por las cuatro etapas anteriores de negación- distanciamiento, ira, negociación y depresión, es decir tras un proceso de meditación o justificación de la muerte del individuo, tal como lo expresa Carolina.

Estrategias secundarias

Como estrategia secundaria el profesional de enfermería tiende a buscar apoyo social en grupos de tanatología, ayuda psicológica o grupos religiosos, que hagan llevadera la labor diaria de lidiar con la muerte y el proceso de muerte de los usuarios.

“Y el curso que tome de cuidados paliativos y tanatología me ha ayudado mucho, si te ayuda, yo me pongo y veo el autor que por citar un ejemplo esta está la autora, la Ros, como ella también sufrió y nada todos sus libros, toda su vida todo lo que ella de alguna manera, porque también ella lo paso y lo fue transcribiendo, entonces dices tú bueno, porque no, porque no puede uno ver la muerte como parte del ciclo de la vida pues” (Brenda).

El apoyo social a través de grupos y cursos que preparan a los profesionales ante el proceso de morir y la muerte de un usuario han sido sin duda una pieza clave

para el proceso de afrontamiento del profesional de enfermería, tal como lo expresa Brenda una de las enfermeras entrevistadas.

“cuando llevamos esta materia yo sentí como que hubo un poquito de cambio porque hicimos muchas actividades con ella con la docente que nos impartió esta materia que nos ayudó mucho para que nosotros nos preparáramos en el sentido que dé hay que dejar ir cuando estamos en estos procesos” (Viridiana).

La importancia de incluir material de apoyo que prepare a los futuros profesionales de la salud a enfrentarse a los procesos de muerte de los usuarios es de suma importancia, ya que éstos salen con armas sustentables para enfrentarse a dicha situación, que si bien es cierto no siempre son suficientes, pero sí de gran ayuda como lo manifiesta la enfermera Viridiana, quien recibió una materia de tanatología dentro de su formación profesional. Según Blumer -en su teoría del interaccionismo simbólico- explica que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que éstas importan para él ⁽²⁰⁾.

“y si sentí me acuerdo que parada así como impactada primeramente porque era la primera vez que se me moría un paciente, igual y si, mmm no quiero ser gacha diciendo no me dio tanta lástima pero o sea ya era una señora mayor se comprende pues ya por la edad ya...”- (Karen).

Estímulos Contextuales: Relación enfermera- paciente.

La relación enfermera paciente es el eje central de la disciplina. Desde la mirada interaccionista cada relación esta mediada de diversos significados que son entendidos e interpretados por los diversos contextos socioculturales. En nuestro caso el acercamiento y la mirada “maternal” de enfermería permiten que se identifique el trabajo como una extensión del hogar, ello, por el entendimiento de que representa el hogar.

... “a veces pasa que te vas haciendo como una pequeña familia pues y eso, eso fue lo que nos hizo, tener ese duelo” (Sandra)

¿Cómo te sentiste cuando él falleció? (investigadora)...”Como si fuera un familiar definitivamente” (Sandra)

... “sí te deprimes porque en el área que estamos yo los conozco, somos como si fuéramos una familia”. (Giovanna)

Roy habla acerca de estímulos contextuales que condicionan el proceso de afrontamiento, dentro de éstos se encuentra la relación enfermera – paciente, que con las estadías prolongadas en las unidades hospitalarias se va haciendo cada vez más estrecha y se forma “una familia”, como lo expresan Sandra y Giovanna, ambas con un proceso de afrontamiento tal como lo vivirían con un familiar.

Capítulo VI

Conclusiones y sugerencias

La muerte y el proceso de morir es sin duda una de las experiencias que marcan la labor diaria del profesional de enfermería, misma que se ve condicionada por experiencias pasadas y actuales en la vida del enfermero (a).

El proceso de morir se determina por tres tipos de estímulos contextuales importantes: la edad del usuario, la relación enfermera paciente y el tiempo de ésta, el cual se ve definida por la estadía del usuario en el área hospitalaria. Se encontraron procesos de afrontamiento eficaces en aquellas enfermeras que dentro de su preparación profesional han incluido materias, diplomados o cursos en donde se les capacita con herramientas para afrontar el proceso de morir de los usuarios, así como su muerte.

Las principales estrategias de afrontamiento encontrados fueron: barrera, redefinición acerca de la muerte, entendida como una justificación mediada por las ideas sociales de las diferentes etapas de vida, además de soporte emocional por algún tipo de creencia religiosa.

Sugerencias

Si bien por la alta cantidad de personal de sexo femenino en enfermería fue más fácil tener contacto con sus experiencias, también se considera es necesario conocer cómo es la experiencia de la muerte en el profesional de enfermería masculino, ya que dentro de ésta investigación solo se pudo contar con la colaboración de profesional femenino.

Además, se propone que se incluya de manera obligatoria, dentro de todos los planes de estudio a nivel licenciatura y posgrado, una materia de tanatología o cuidados paliativos, a su vez se incluyera dentro de las unidades hospitalarias un curso- taller de tanatología para personal que labora en unidades de cuidado crítico, por ejemplo: UCI, UCIN, hemodiálisis, oncología, medicina interna y urgencias.

Referencias

1. García V, Rivas Riveros E. *EXPERIENCIA DE ENFERMERAS INTENSIVISTAS PEDIÁTRICAS EN LA MUERTE DE UN NIÑO: VIVENCIAS, DUELO, ASPECTOS BIOÉTICOS*. Rev. Ciencia y enfermería. [Internet]. 2013 [Acceso 07 Abril 2017]; 19 (2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532013000200011&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *DEFUNCIONES GENERALES REGISTRADAS POR ENTIDAD FEDERATIVA*. INEGI [Internet]. 2010. [Acceso 02 Mayo 2017]. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=75ada3fe-1e52-41b3-bf27-4cda26e957a7&db=Mortalidad&px=Mortalidad_1
3. Soares Cantídio F, Aparecida Vieira M, Rosangela De Sena R. *"SIGNIFICADO DE LA MUERTE Y DEL MORIR PARA LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA"*. Rev. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2011. [Acceso 31 Agosto 2016] 3 (29). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300009
4. Beraldo Livia M, Débora Vieira A, Mangini Bocchi S. *DA FRUSTRAÇÃO AO ENFRENTAMENTO DO CUIDADO PARA A MORTE POR TÉCNICOS DE ENFERMAGEM*. Rev. Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2015 [Acceso 18 Mayo 2016] 6 (68). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680603i>.

5. Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas J, Villaverde Gutiérrez C, Benbunan Bentata R. *AFRONTAMIENTO DEL DOLOR Y LA MUERTE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN*. Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology. [Internet]. 2007. [Acceso 22 Agosto 2016] 1 (7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2251799>
6. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va Ed. Barcelona (Es). Elsevier España. 2015. 728 p.
7. Gálvez-González, M., del Águila-Hidalgo, B., Fernández-Vargas. L., Muñumel-Alameda, G., Fernández-Luque, C. y Rios-Gallego, F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de enfermeras. Rev. *Nure Investigación*. [Internet]. 2013. [Acceso 30 de Agosto de 2016]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51_original_apocuid.pdf.
8. Vega-Vega P, González-Rodríguez R, Palma-Torres C, Ahumada-Jarufe E, Mandiola-Bonilla J, Rivera-Martínez S. DEVELANDO EL SIGNIFICADO DEL PROCESO DE DUELO EN ENFERMERAS(OS) PEDIÁTRICAS(OS) QUE SE ENFRENTAN A LA MUERTE DE UN PACIENTE A CAUSA DEL CÁNCER. Rev. Aquichan. [Internet]. 2013. [Acceso 12 Abril 2016]; 13 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74128687009>

9. Pérez Vega M, Cibanal L. *Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal*. Rev. Cuidarte [Internet]. 2016. [Acceso 9 Mayo 2016]; 7(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>
10. Freitas Tiago L, Banazeski A, Eisele A, De Souza E, Bitencourt J, De Oliveira V, Souza S. *The look of Nursing on Death and Dying Process of critically ill patients: an Integrative review*. Rev. Enfermería Global. [Internet]. 2016. [Acceso 08 septiembre 2016]; 15 (41). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016001100115&lng=es.
11. Pons Diez X. *La aportación a la psicología social del interaccionismo simbólico: una revisión histórica*. Rev. De psicología y psicopedagogía. [Internet]. 2010. [Acceso 28 Mayo 2018]; 1 (9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3268858>
12. Guerra Manzo E. *Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus*. Rev. JSTOR [Internet]. 2010. [Acceso 02 Mayo 2017]; 83 (28). Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/20749176>
13. Castanedo Córdova I, Suárez Solana C, Vivar Molina C. *CAPACITACIÓN Y AFRONTAMIENTO DE LAS ENFERMERAS DE URGENCIAS ANTE LA MUERTE Y EL DUELO*. Rev. Enfermería Docente. [Internet]. 2010. [Acceso 13 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>
14. Lasa Aristu A, Vallejo Pareja M, Domínguez Sánchez, J. *GÉNERO Y RESPUESTA EMOCIONAL INDUCIDA MEDIANTE IMAGINACIÓN*. Rev. Psicothema. [Internet]. 2007. [Acceso 11 Mayo 2016] 2 (19). Disponible en: <http://www.psychothema.com/psychothema.asp?id=3355>

15. Bernardes C, Vargas Bitencourt J, Garcia Parker A, da Luz K, de Oliveira Vargas M. PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRA(O)S FRENTE AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL. *Rev, Baiana De Enfermagem* [Internet]. 2014. [Acceso 15 Mayo 2016]; 1 (28). Disponible en: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/8883/8715>
16. Souza e. Souza L, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves R, Oliveira e. Silva C, Barbosa D. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER: SENTIMENTOS MANIFESTADOS POR ENFERMEIROS. *Rev. Enfermería Global*. [Internet]. 2013 [Acceso 13 Mayo 2016]; 4 (12). Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_administracion4.pdf
17. Aguilar Cordero M, Mur Villar N, Padilla López C, García Espinosa Y García Aguilar R. ACTITUD DE ENFERMERÍA ANTE EL DOLOR INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN CONTINUA. *Rev. Nutrición Hospitalaria*. [Internet] 2012. [Acceso 20 Mayo 18]. 6 (27). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600036
18. DeGrandpre, R. A science of meaning: Can behaviorism bring meaning to psychological science? *Rev. American Psychologist*. [Internet]. 2000. [Acceso 02 Mayo 2018] 7 (55). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10916862>
19. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5^{ta} Ed. México. Mc Graw Hill. 2010. 607 p.
20. Blumer Herbert. *Symbolic Interaction Perspective and Method*. 1ra Ed. Englewood Cliffs (NJ). Prentice Hall. 1969. 208 p.

21. Blue C, Brubaker K, Fine J, Kirsch M, Papazian K, Riester M. Sor Callista Roy. Almena A, Huber M. MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. 1ª Ed. Madrid (Es). Harcourt Brace. 1997. 740 p.
22. Bourdieu Pierre. Capital cultural, escuela y espacio social. 2da Ed. México. Editorial Siglo XXI. 2011.184 p.
23. Cetma perdigan A, Strosser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional, reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. Rev. De Saúde Coletiva. [Internet]. 2015. [Acceso 20 Mayo 2017]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200485&lng=es&tlng=es

Anexos

Anexo 1. Instrumentos

Cedula de datos sociodemográficos

Edad: _____
Sexo: _____
Antigüedad laboral: _____
Nivel académico: _____
Has tomado algún curso que te prepare para manejar la muerte de los pacientes
Practicas alguna religión: _____
Cual: _____
De qué forma practicas tu religión:

Guía de entrevista semiestructurada: Estímulo focal

Bueno, en primer lugar me gustaría que me platicaras si te ha tocado vivir la experiencia en la cual halla fallecido un paciente a tu cargo
¿Lo conocías? (al paciente)
¿Qué sentías por él o ella?
¿Me podrías platicar como fue que te sentiste?
<ul style="list-style-type: none">• En lo físico• En los espiritual• En lo emocional
¿Por qué te sentiste así?
¿De alguna forma impacto en tu vida la muerte de (o los) paciente?
¿Cómo?
¿En qué?
¿Qué fue lo que hiciste para sobreponerte a esta situación?

Notas de campo: Estímulo contextual

Instrucción: en esta sección la investigadora realizará una observación del escenario y de las interrelaciones que se dan en el área.

Características del escenario (se sugiere tomar imágenes o esquematizar mediante dibujos)

Interrelaciones entre: enfermera-enfermera, enfermera-medico, enfermera-familiares.

Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado

Carta de Consentimiento Informado del participante

Hermosillo, Sonora a _____de 2016

Título del Estudio

Introducción y Propósito

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación titulado “**TITULO DEL PROTOCOLO**”. Se me ha explicado que el propósito del estudio es **OBJETIVO GENERAL**. Este estudio trata de **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**. Sé que voy a ser encuestado por el investigador principal el cual me realizará una serie de preguntas relacionadas con mi experiencia ante el proceso de muerte de pacientes

Procedimiento

Comprendo que seremos personas a los que se nos entrevistará, la cual será contestada dependiendo de mi disponibilidad de tiempo, por lo cual estableceré el lugar y horario para la entrevista

Riesgos

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas relacionadas con **EL OBJETO DE ESTUDIO** y no se realizará ningún procedimiento a mi persona; así mismo entiendo que no habrá ningún tipo de represalia por las repuestas que se generen en detrimento de mi persona; en lo concerniente a mis actividades laborales.

Participación Voluntaria/Abandono

Tendré derecho a terminar mi participación en cualquier momento, si así lo decido sin que se tomen represalias en mi persona.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme a la Universidad de Sonora con la M. Ed María del Carmen Valle Figueroa al teléfono 6622050979, en un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 AM a 2:00 PM. O al correo electrónico maria.valle@unison.mx

Confidencialidad

Se me explicó que ningún dato personal será revelado a ninguna persona, de tal forma que no podre ser identificada por ningún medio; así mismo las respuestas que se generen durante la entrevista no se darán a conocer, salvo mi previa autorización.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación


TU NOMBRE me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma y nombre de la participante


Firma y nombre del investigador

Firma y nombre de testigo

Anexo 3. Aval del Comité de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD DE SONORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y DE LA SALUD
ESTADÍSTICAS DE INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Hermosillo, Sonora, a 20 de abril de 2017.
Oficio CEI-ENFERMERÍA 24/2017


Lic. Yosselyn García Figueroa
Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
Departamento de Enfermería
Presente.

Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA


Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERÍA) ha concluido la segunda revisión del proyecto de Investigación intitulado "Muerte y Proceso de morir: experiencia y adaptación del profesional de enfermería" (CEI-ENFERMERÍA-EPE-32/2017) que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente, en el que participa como directora la MED. María del Carmen Valle Figueroa y como asesores el Dr. Julio Alfredo García Puga y el Lic. en Psicología Jesús Manuel Vidaña López.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le solicita que cualquier adición al proyecto que involucre aspectos éticos sea informado a este Comité antes de proceder a su eventual implementación.


ATENTAMENTE
Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería



Dra. María Olga Quintana Zavala
Presidente



**"COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN"**



C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERÍA.