

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PROCESO DE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO.		
SUBTITULO			
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	López Torres, Mónica Liliana		
	Ruiz de Cárdenas, Carmen Helena		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Muerte		Cuidado Intensivo
	Experiencias		
	Enfermería		
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>Objetivo: Descubrir el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Metodología: Investigación cualitativa, tipo descriptivo interpretativo, se aplicó entrevista a profundidad, observación y notas de campo. El análisis se realizó con el método de Wolcott. Resultados: Tema principal: "el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente" y cuatro categorías: "la edad marca la diferencia", "estar ahí en la partida", "reflexión sobre lo sucedido" y "lo que no quiero llegar a ser". Conclusión: Las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual consiste en el deseo de despedirse, reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.



**Universidad
de La Sabana**

Maestría en Enfermería

TESIS:

**SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANTE EL PROCESO DE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO ADULTO**

Por:

Mónica Liliana López Torres

Chía, Cundinamarca – Colombia

2012

SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
ANTE EL PROCESO DE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE
CUIDADO INTENSIVO ADULTO

Por:
Mónica Liliana López Torres

Tesis para optar el título de Magister en Enfermería

Directora:
Carmen Helena Ruiz de Cárdenas

Universidad de la Sabana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Chía, Cundinamarca – Colombia

2012

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Chía, Cundinamarca, 2012.

A:

Dios y a la Virgencita del Milagro por permitirme ser un instrumento de cuidado en la salud, en la enfermedad y en la muerte de las personas que me necesiten. A todos mis familiares, en especial a los que no están conmigo y me acompañan desde el cielo. A los pacientes que han pasado por mis manos y en el momento de la agonía, inminencia de muerte y muerte estuve con ellos y a sus familiares, pues me enseñaron que hay algo “más que hacer” como profesional y como persona. A Ti, mi gran apoyo, que siempre estás a mi lado y no has permitido que desfallezca ante mis sueños y metas.

CONTENIDO.

Ítem	Página
AGRADECIMIENTOS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13
1. MARCO REFERENCIAL	15
1.1. Descripción Del Problema	15
1.2. Pregunta De Investigación	20
1.3. Justificación	20
1.4. Objetivo	22
1.5. Definición De Conceptos	22
2. MARCO CONCEPTUAL	24
2.1. Profesional De Enfermería	24
2.2. Muerte Y Proceso De Muerte	27
2.2.1. Muerte	27
2.2.2. Agonía	29
2.2.3. Inminencia De Muerte	30
2.3. Unidad De Cuidado Intensivo	31
2.4. Significado	32
2.5. Experiencia	35
3. DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1. Tipo De Estudio	37
3.2. Participantes	37
3.3. Tiempo Del Estudio	39
3.4. Escenario Del Estudio	39
3.5. Muestreo	39
3.6. Criterios De Inclusión	41
3.7. Rol Del Investigador	41
3.8. Procedimiento	42
3.8.1. Trámites De Autorización En El Hospital	42
3.8.2. Obtención Del Aval Del Comité De Ética De La Facultad De Enfermería De La Universidad De La Sabana	42
3.8.3. Elaboración Del Consentimiento Informado	42
3.8.4. Localización De Los Informantes	42
3.8.4.1. Inmersión En El Campo	42

3.8.4.2.Recolección De La Información	43
3.8.4.2.1.La Entrevista Individual A Profundidad	43
3.8.4.2.2.La Observación	44
3.8.4.2.3.Las Notas De Campo	45
3.9. Consideraciones Éticas	46
3.9.1.Riesgos De La Investigación	47
3.9.2.Rigor Metodológico	47
3.9.2.1.La Credibilidad	47
3.9.2.2.La Auditabilidad O Confirmabilidad	48
3.9.2.3.La Transferibilidad O Aplicabilidad	48
4. ANÁLISIS	49
4.1. Estrategias Sugeridas Para La Transformación De Los Datos Cualitativos De De Harry F. Wolcott (1994)	49
La Descripción	49
El Análisis	49
La Interpretación	49
5. RESULTADOS	51
Tema Central: El Contacto Con La Muerte Enseña A Verla De Una Manera Diferente	51
Primera Categoría: “La Edad Marca La Diferencia”	52
Subcategoría 1. “Cuando Muere Una Persona Joven”	53
Subcategoría 2. “Cuando Muere Una Persona Adulta Mayor”	55
Segunda Categoría: “Estar Ahí En La Partida”	56
Subcategoría 1. “Brindarle Bienestar	57
Subcategoría 2. “La Despedida”	59
Subcategoría 3. “Comunicación Espiritual”	62
Tercera Categoría: “Reflexión Sobre Lo Sucedido”	63
Subcategoría 1. “La UCI No Es El Lugar Indicado Para Morir”	64
Subcategoría 2. “La Nueva Situación De La Familia	67
Subcategoría 3. “Ver La Muerte De Manera Diferente”	68
El Ciclo De Afectación	69
Etapa 1: “Al comienzo el enfrentar a la Muerte de un paciente es difícil y está acompañado por un sentimiento fuerte”	69
Etapa 2: “Después se toma una actitud crítica”	70
Etapa 3: “Se transforma los sentimientos y la forma de ver la muerte con el paso del tiempo”	70

Cuarta Categoría: “Lo Que No Quiero Llegar A Ser”	73
Subcategoría 1. “Acostumbrarse A La Muerte”	73
Subcategoría 2. “Volverse Indiferente”	76
Subcategoría 3. “Volverse Insensible E Inhumano”	77
6.CONCLUSIONES	79
7.RECOMENDACIONES	81
8. LISTA DE REFERENCIAS	82
ANEXOS	91

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figuras	Página
Figura 1. Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto.	52
Tablas	Página
Tabla 1. Caracterización de los participantes.	38
Tabla 2. Formato de registro de las notas de campo.	45
Tabla 3. Formato para registrar la codificación de las entrevistas.	50

ANEXOS

Anexo	Página
Anexo 1. Carta de autorización de permiso.	92
Anexo 2. Consentimiento informado.	93

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad de la Sabana por permitirme crecer como profesional y como persona, encontrando otro sentido para vivir la Enfermería, además de encontrar grandes ejemplos para mi crecimiento como docente.

A la profesora Carmen Helena que me enseñó a explorar un campo valioso, como lo es la investigación cualitativa, pues sus aportes reflejan la experiencia del gran camino recorrido, en el cual ha encontrado la sabiduría para ser acertada en las decisiones que se deben tomar en la investigación. Además, su apoyo y comprensión me enseñaron que los tropiezos, piedras en el camino y demás, no son obstáculos para continuar y que la terquedad no deja nada bueno.

A mi familia: Elsa, Eliseo, Tatiana y Camilo, pero más especialmente a mis hermanos Gerardo y Manuel que siempre han estado y estarán en mis momentos de alegría, tristeza y desolación y finalmente a mi Papá José Arturo, quien me enseñó que a pesar de las crisis se puede encontrar personas que se convierten en ángeles y son compañía en el caminar de la vida. A todos ellos gracias por el apoyo, la comprensión, la incondicionalidad y acompañamiento permanente en mis sueños y metas personales y profesionales.

A Ti por la compañía, entendimiento y comprensión pues soy consciente que deje de lado momentos y espacios para compartir, pues por más que quiera recuperarlos no va a ser posible. Además, tú en tu complicidad, incondicionalidad y amor siempre me has enseñado que debo “proyectarme” como mujer... ¡y lo estoy haciendo!

A todos mis amigos: “comadres y compadres” que me acompañaron y manifestaron: “pa’lante, pa’lante... pa’tras ni pa’coger impulso” o “fresca, que eso alcanzamos...”, a todos ustedes gracias por sus palabras y actitud positiva que me animaron en los momentos en los que veía oscuridad y perdía el aliento para seguir y salir adelante, pues son ustedes una inspiración para lograr mis sueños y metas.

A mi segundo hogar: El Hospital, pero en especial a “mi cuarto”: la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, donde he pasado una gran parte de mi vida profesional y he aprendido que el “buen hijo vuelve a casa”; allí encontré amigos y compañeros que me han enseñado a reír, llorar, resistir, a ser más humana y donde he encontrado la razón de ésta investigación: mis pacientes.

RESUMEN.

La muerte es la última etapa del proceso de la vida del ser humano. Los profesionales de Enfermería que trabajan en las unidades de cuidado intensivo, tienen que enfrentarse a este proceso a diario, pues las personas que ingresan allí tienen alto riesgo de morir por su condición de enfermedad. Conocer el significado que tienen los profesionales de enfermería de sus experiencias ante la muerte de un paciente, da a Enfermería y a la disciplina, conocimientos sobre las prácticas de cuidado humanizado ante la otra razón del ser de la profesión: el cuidado ante la muerte. Como objetivo se planteó descubrir el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Esta investigación es cualitativa, tipo descriptivo interpretativo, se utilizó la entrevista a profundidad, la cual fue trascrita en su totalidad, utilizando la pregunta: ¿Quiere compartir conmigo como ha sido la experiencia cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la unidad?. Los participantes fueron seis profesionales de enfermería, con un promedio de tres entrevistas por cada uno. Se utilizaron las notas de campo como registro de observaciones, impresiones e interpretaciones de la entrevista. Los resultados de ésta investigación fueron: como tema principal “el contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente” y cuatro categorías: la edad marca la diferencia, estar ahí en la partida, reflexión sobre lo sucedido y lo que no quiero llegar a ser. Se concluye que las condiciones del paciente son el punto de partida para brindar un cuidado humanizado e integral, el cual hace que surja en el profesional el deseo de despedirse y reflexionar sobre la muerte y cómo le afecta.

Palabras clave: Muerte, Experiencias, Enfermería, Cuidado Intensivo.

ABSTRACT.

Death is a natural process that puts an end to human life. Nursing professionals working in intensive care units, have to face this process day after day, thus people who enter there have a high risk of dying from their disease condition. Knowing the meanings nurses have of their experiences at the death of a patient, gives nursing and the discipline knowledge of humanized care practices to the other raison d'être of the profession: care before death. As an objective to discover the meaning of the experiences of the nurse to the dying process of a patient in the Intensive Adult Care Unit is proposed. This research is qualitative, descriptive, and interpretive. We used the depth interview, which was transcribed in full, using the question Do you want to share with me how the experience when confronted with the death of a patient in the unit has been? The participants were six nurses, with an average of three interviews each. We used the field notes as a means of recording observations, impressions and interpretations of the interview. As a result of this investigation the results were: as a main topic "contact with death teach by itself to appreciate it in a different way" and four categories: age makes a difference, being there in the game, thinking about what happened and what I do not want to become. It is concluded that the patient's conditions are the starting point to provide a comprehensive and humane care, which raises the desire in the professional to farewell and reflect about death and how it affects oneself.

Key words: Death, Experience, Nursing, Intensive Care.

INTRODUCCION.

El enfrentarse a la muerte produce sentimientos de temor, angustia y desesperación, también pensamientos en el qué pasará después de esta vida y plantea la necesidad de sentirse en paz con el mundo y consigo mismo: esto es lo que siente todo ser humano, lo cual se ve evidenciado en la literatura. Esta experiencia, tanto para el que lo vivencia como para quienes están alrededor del moribundo, está enmarcada por un sentir propio, pues no se está exento de esta realidad como seres humanos.

Con base en la experiencia como enfermera en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, he observado que el fenómeno de la muerte es de convivencia permanente. La muerte de un paciente, produce en el equipo de salud malestar e impotencia, los cuales muchas veces imposibilitan actuar. Es por eso que se hace importante tener en cuenta el significado que tiene este fenómeno en los profesionales de enfermería para poder encaminar el cuidado que se brinda a las personas, pues es deber de la profesión respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte.

Esta investigación quiso indagar acerca del Significado de las experiencias ante el proceso de la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto por parte de los profesionales de enfermería, pues son ellos quienes orientan y dirigen el cuidado.

En el marco referencial, se hace la descripción del problema que gira alrededor del enfrentarse a la muerte, y más aún, cuando enfermería está inmiscuido en ello. En esta parte se contemplan conceptos como son el significado, la experiencia, la muerte y el proceso de muerte: cuando se habla del proceso de la muerte, no solo se refiere a la muerte en sí, sino que se incluyen dos términos más como lo son la agonía y la inminencia de muerte.

El marco conceptual, gira alrededor del significado y la teoría del interaccionismo simbólico. En esta parte también se manejan conceptos sobre la experiencia y se amplía el concepto de muerte y proceso de muerte, igualmente se revisa el concepto de profesional de enfermería y su rol en la unidad de cuidado intensivo, la historia y las diferentes definiciones sobre unidad de cuidado intensivo.

En el diseño metodológico, se describe el por qué esta investigación es cualitativa de tipo descriptivo interpretativo, así como también la caracterización de los participantes, el tiempo de estudio, el escenario, el tipo de muestreo, el procedimiento que se realizó y consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta.

En el análisis y resultados, se habla de cómo se aplicó en Modelo de Wolcott a las entrevistas de profundidad analizadas, emergiendo un tema central: “*El contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente*” que contiene las siguientes categorías: la edad marca la diferencia, estar ahí en la partida, reflexión sobre lo sucedido y lo que no quiero llegar a ser, cada una con sus respectivas subcategorías.

En las conclusiones y recomendaciones, la investigadora presenta las conclusiones de acuerdo a los resultados de las categorías y subcategorías encontradas y las recomendaciones son dirigidas a tres ejes principales: 1) la práctica, 2) la academia y 3) la investigación.

1. MARCO DE REFERENCIA.

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

En las unidades de cuidado intensivo el fenómeno de la muerte es una situación con la cual el personal de salud convive a diario y, por ende, enfermería está inmersa en este contexto. Hablar de la muerte en enfermería como lo plantea Galindo (2004) “es un fenómeno que infunde mucho temor y respeto y se expresa en un ambiente de misterio y con un lenguaje arcano difícilmente descifrable” (1). Esta afirmación es confirmada por Carmona Z. y Bracho C. (2008), quienes indican en su investigación que: “la mayoría de estos profesionales eligen esta profesión para beneficiar a las personas que solicitan ayuda, pero, cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de muerte y duelo, hay algo que limita la capacidad de ayuda”(2), aun sabiendo que es el profesional de enfermería quien desempeña una función primordial en la asistencia de los pacientes que están a punto de morir y de las familias que están sufriendo por este fenómeno.

En esta cultura hay una tendencia a la ocultación y evasión en el tema de la muerte, debido a la falta de conocimiento sobre el significado y representación de este fenómeno, generando inseguridad en el modo de actuar como profesional de enfermería, como lo indica Esparza (2000) en su investigación: “La enfermera para ocultar su dolor, frustración y pena, adopta una actitud deshumanizada o inhumana como bloqueo para no producirse daño emocional, dedicándose únicamente a cumplir los cuidados asignados”(3).

Sin embargo, hay que recordar que la muerte es un fenómeno propio de la vida misma y pertenece al ciclo vital de todo ser humano, es el final de la vida misma, lo que la hace universal, irreversible; es un proceso biológico, psicosocial y cultural. Es un fenómeno vivencial del ser y de su existir, que en cierta forma le confiere intensidad y valor a la vida.

El concepto y definición de la muerte ha variado a través del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva a la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin (4). En los últimos tiempos, la muerte ha salido de los domicilios para producirse en los hospitales, es decir, se pasó de la muerte familiar a la muerte prohibida y oculta; hasta hace poco se moría en casa, rodeado de familiares, pero ahora en la actualidad se lleva a la persona que va a morir a los hospitales, como lo indica Gómez, S. (1999): “La muerte tenía así una representación que atañía a cada cual de forma inmediata. Cuando fallecía alguien, la familia rodeaba al moribundo, le

acompañaba hasta sus últimos momentos, la población entera participaba en su entierro convocado por el doblar de campanas, se le conducía al cementerio, que antes se encontraba dentro de las ciudades. La muerte, al igual que la enfermedad, estaba constantemente presente en la vida del hombre” (5).

Hoy se tiende a ingresar a los enfermos a hospitales y sanatorios, retirándolos de la vida pública. Inclusive en estos lugares la enfermedad y la muerte permanecen en secreto. En caso de que fallezca alguien, los demás enfermos por lo general no se enteran directamente, más bien se susurra; a la muerte no le está permitido mostrarse. Incluyendo al propio moribundo, a quien se le enmascara la muerte, en un acto quizás piadoso, pero ya inútil, con frecuencia se prefiere que poco antes de su fallecimiento, abandone el hospital; el médico con frecuencia le administra por primera vez morfina, no sólo para aliviar su dolor, sino para sedar al paciente y que no sea consciente de su propia muerte (6).

Toda persona que ingresa a la unidad de cuidados intensivos como paciente, se considera que tiene un alto riesgo de morir y, es por eso, que estas unidades se crearon para salvar la vida de las personas amenazadas por enfermedades agudas y graves, gracias a la concentración de tecnología de soporte vital y de personal altamente cualificado. Así, mientras que inicialmente se atendían traumatismos y arritmias secundarias a infartos de miocardio, actualmente son más frecuentes las sepsis en pacientes inmunodeprimidos y las reagudizaciones de las enfermedades crónicas respiratorias y cardíacas (7).

La unidad de cuidado intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja no está exenta a esta realidad, puesto que las diez primeras causas de ingreso según el perfil epidemiológico de los años 2008-2009, son: 1).Trauma craneo encefálico severo (22.2%); 2). Alteraciones respiratorias (17.2%): distribuidas de la siguiente manera: Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) 9%, Neumonía grave 2,5%, Sepsis pulmonar 1,3%, Síndrome de dificultad respiratoria aguda 0,6% y Neumonía aspirativa 0,5%; 3).Síndrome coronario agudo (12.3%); 4).Intoxicación por órgano fosforados (5,3%); 5). Cetoacidosis Diabética (5,1%); 6). Posoperatorio de craneotomías y resecciones de tumores cerebrales (5,0%); 7).Choque séptico de origen abdominal; 8). Pancreatitis (3,3%); 9). Choque hipovolémico (2,9%); 10). Trombo embolismo pulmonar (2,2%). Otra estadística importante es que el 67% de los paciente que ingresaron a la unidad requirieron soporte ventilatorio. Esta unidad de cuidado intensivo es de tercer nivel y es la unidad de referencia de todo el departamento, compuesta por veinticuatro camas, cuya tasa de morbilidad se encuentra en el 73%. (8).

En esta Unidad de Cuidado Intensivo, cuando una persona ingresa, el profesional de enfermería tiene varios encuentros en los que entra en contacto directo con el paciente y su familia: el primer contacto, se da muchas veces desde una posición de adaptación a un entorno "agresivo" propio del cuidado intensivo como lo es: la monitorización estricta, la colocación de implementos de invasión para el control hemodinámico, la administración de medicamentos y control de líquidos; normas estrictas convertidas en protocolos de manejo: como dejar a la persona sin ropa y ubicarla en medio de tantos equipos que son desconocidos tanto para ella como para la familia; horarios rígidos, en los cuales el

acompañamiento por parte de la familia se da en dos horas durante el día. El segundo encuentro se da en función como miembro del equipo de salud: tratando de mantener con vida a la persona, favoreciendo el restablecimiento de la salud hasta el final del tratamiento o el fin de una vida. Con todo esto, los profesionales de enfermería deben velar por el respeto del ser humano y su la intimidad, procurando unas condiciones dignas al final de su vida, mostrando la debida sensibilidad y respeto hacia los familiares.

Por otro lado, la Unidad de Cuidado Intensivo ofrece al paciente terminal la posibilidad de manejo del dolor y la agitación mediante la administración de analgesia y sedación, muy útiles en este contexto. Sin embargo, la presencia del fenómeno de la muerte proporciona cierta intranquilidad, en especial cuando el paciente cambia de pronóstico, es decir, cuando el paciente se encuentra en inminencia de muerte. Teniendo en cuenta el significado que tiene este evento en la vida del profesional de enfermería, esta situación hace que él busque refugio en cumplir únicamente con sus funciones: “La carga de trabajo que en ocasiones soportan los profesionales de cuidados críticos así como el gran deterioro y dependencia de medidas de soporte con el que con frecuencia llegan los pacientes a la muerte son obstáculos en nuestro esfuerzo para procurarles unas condiciones adecuadas. Además, la frecuencia con la que vemos morir enfermos puede llegar a "endurecernos" en cierta manera, e incluso, puede llevar a trivializar este desenlace” (9).

La humanización de la atención durante el proceso de la muerte, está impregnada por el modelo biomédico. Todavía hay profesionales que consideran la muerte como un fracaso de la medicina y en muchos sectores de la sociedad aquello que concierne a la muerte se tapa y esconde. Se priva así a la muerte de su condición de etapa inevitable de todo ciclo vital, convirtiéndola en algo traumático que hay que intentar retrasar o evitar a toda costa.

Lo anteriormente expuesto evidencia la magnitud del problema de la vivencia de la muerte por parte de las enfermeras. Al respecto: Gala León FJ, Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez M^aC (2000), Esparza I (2000) y Maza M, Zavala M, Merino J (2009), en sus investigaciones de tipo cualitativo han estudiado ésta temática y sus resultados apuntan hacia el estudio de las actitudes de enfermería (aclarando que cuando se habla de enfermería se incluyen algunos profesionales, técnicos, tecnólogos y estudiantes de pregrado). Muchas de las sugerencias de éstas investigaciones concluyen que acerca del tema de la “muerte”, se encuentra un sin fin de literatura, así como de las “actitudes”, pero acerca de la temática “actitud ante la muerte”, específicamente enfocada al profesional de enfermería, las investigaciones son limitadas, por tal motivo una de las sugerencias es motivar al colectivo de Enfermería a realizar nuevas investigaciones respecto de este tema, con nuevos enfoques y matices. También sugieren la realización de un estudio cualitativo a futuro, el cual aporte una nueva visión acerca de esta temática, para así investigar qué otros factores están provocando la actitud negativa ante la muerte de los profesionales de enfermería y también del equipo multidisciplinario que interviene en la atención y cuidados del paciente moribundo (10) (3) (11).

Con relación a las experiencias: Pereira LA, Thofehn MB, Amestoy SC (2008), McMillen R (2008) y Fenwick P, Brayne S (2011) con sus investigaciones cualitativas, exploraron las experiencias de los profesionales de enfermería que laboran en las unidades de cuidado intensivo, quienes conviven con el proceso de la muerte y por lo general no están adecuadamente preparados para hacer frente a estas situaciones, ya que durante la carrera académica, se hace hincapié en la promoción y preservación de la vida y muy poco en la preparación a la muerte y el proceso de morir. También, éstas investigaciones indican la experiencia en el cuidado de los pacientes a quienes se les ha retirado el tratamiento y se concluye que ésta experiencia al final de la vida, para las enfermeras es un área difícil de abordar, pues se carece de la confianza y/o el entrenamiento para reconocer o discutir aspectos espirituales de la muerte y el morir o para afirmar las necesidades espirituales de la persona moribunda. Estos estudios han servido para aumentar el conocimiento sobre algunas de las cuestiones complejas de cuidado intensivo que enfrentan regularmente las enfermeras. Cuidar a un paciente durante el retiro del tratamiento activo, exige a enfermería un foco de atención encaminada a los cambios para mantener al paciente confortable y garantizar una buena muerte (12) (13) (14).

En cuanto a la percepción de enfermería en torno a la muerte Vargas Daza ER, Pacheco Rodríguez A, Arella Martínez M, Martínez González L, Galicia Rodríguez L (2008) y Silva FS, Pachemshy LR, Rodríguez IG (2009), indican en sus investigaciones que las enfermeras, tratan de permanecer distantes a este fenómeno, a veces conscientemente, debido a la angustia emocional que se vive en esta situación. Las enfermeras viven el proceso de muerte con miedo a la pérdida, manifestado con dolor, impotencia y tristeza. El dolor y la tristeza se relacionan con el tiempo de convivencia y lo que le significa el paciente y la impotencia, como el no poder hacer más por el paciente y finalmente no saber cómo apoyar a la familia. Estos sentimientos son manifestados con problemas de salud, como cansancio y agotamiento, situaciones que a la larga las convierten en pacientes potenciales, porque se sienten sin redes de apoyo para resolver la pérdida. En conclusión, las enfermeras viven el proceso de muerte de acuerdo a lo que le significa el paciente, a sus creencias sobre la muerte donde se enlazan la historia de vida, los aspectos culturales y religiosos, por lo que se les dificulta brindar atención de calidad dentro del aspecto psicológico. También indican que para las enfermeras, sus primeros encuentros con la muerte y la agonía son muy fuertes, ellas no se pueden escapar tan fácilmente como los médicos. Algunas tienden a dedicarse a alguna labor innecesaria y a ignorar el significado de lo que les está sucediendo; otras, por la razón de ser de su trabajo y de su formación, suelen tener menos sensación de fracaso ante la muerte y se convierten frecuentemente en “defensores” de los enfermos ante los galenos, insistiéndoles en que vayan a visitar al paciente, que les receten algún analgésico más enérgico (15) (16) (17).

Gutiérrez B, Blanco Alvarino AM, Ramírez Pérez MA, Luque Pérez M (2008), en su investigación tipo metaestudio, cuya revisión sistemática cualitativa incluye veintiuno estudios; refieren que los resultados de esta investigación se agruparon en las siguientes categorías: experiencias del paciente: necesidades del paciente, estrés y estrategias de afrontamiento; vivencias de la familia, necesidades de la familia; relaciones enfermera-familia; las enfermeras respecto a las vivencias del paciente - familia; vivencias de las

enfermeras; imagen de las enfermeras. Las conclusiones arrojadas por esta investigación fueron: Los familiares pasan por una situación de crisis vital al momento del ingreso de un ser querido a la unidad de cuidados intensivos, afectando sus roles y dinámica familiar, fenómeno que los lleva a sentirse aislados. También, otra conclusión está dada en el miedo a la muerte inminente del ser querido, pues la unidad de cuidado intensivo es considerada como sinónimo de muerte. Otro aspecto común que demandan los pacientes y las familias, es el trato humanizado, en el que cada paciente sea considerado como persona, respetando aspectos como su intimidad y su espacio físico. El paciente y la familia destacan la profesionalidad dentro de las características de sus enfermeras pero la humanización no es considerada como parte de esa profesionalidad, sino como algo extra que depende de cada profesional (18).

Carmona Z, Bracho C (2008), en su investigación cualitativa buscaron interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. De los resultados de esta investigación emergieron los siguientes significados:

Sentido de la palabra muerte (SPM): Fin de la existencia terrenal, vacío, un dolor, mucha tristeza, es un hecho nefasto, es un fracaso.

Sentir emergente ante vivencias de muerte y duelo (SEVDMD): Sentimientos emergentes: Negación, afinidad, empatía, impotencia, frustración, angustia, desespero, temor, llanto, huida y tristeza, sentimientos reprimidos, superposición de duelos.

Sentido de la actitud evasiva y de alejamiento (SAEA): Temor a la muerte y temor a la reacción del familiar.

Preparación del equipo de salud (PES): El equipo de salud está preparado para el mantenimiento de la vida. El hecho de no sentirse preparados para abordar de manera efectiva al paciente que sufre un duelo anticipado por la proximidad de la muerte y/o al familiar que vive la agonía del desenlace fatal, así como el hecho de revivir sus propios duelos, hacen que los médicos y enfermeras se vean envueltos frecuentemente en situaciones que podrían poner en riesgo su salud física y mental.

Esta investigación sugiere desarrollar estrategias para que los miembros del equipo de salud compartan experiencias, sentimientos, temores, fantasías y reacciones vivenciadas en el acompañamiento terapéutico al enfermo y/o a los familiares durante el morir y la muerte, lo que permitirá que se apoyen mutuamente en el manejo de sus propios miedos y angustias con relación a la muerte y el duelo. También se observa que en todas las expresiones manifestadas por los médicos y enfermeras, subyacen sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte. Para los miembros del equipo de salud, no se trata solamente de identificar las causas y explicar la situación de enfermedad o el porqué de la muerte, sino de tener una visión más amplia de lo complejo del ser humano y sus circunstancias, que les permita comprenderse y comprender lo que está ocurriendo y así poder apoyar las decisiones, expresas o no, de la persona con respecto a su salud. (2)

En Colombia, ante el evento de la muerte, solo se ha estudiado su significado en adolescentes (19) y se toca este tema en investigaciones que tienen que ver con la experiencia que han tenido familiares hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo adulto, pediátrico y neonatal, también se han escrito artículos de reflexión especialmente en revistas de bioética, las cuales nos llevan a recapacitar sobre la práctica diaria de nuestra profesión frente a este evento, como lo son: La enfermería y la muerte (20) y El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido (21).

Del análisis de todas estas investigaciones, podemos concluir que:

La confrontación con la muerte de un paciente genera en los profesionales de salud angustia ante su propia muerte, por ser también seres humanos y al encontrarse en escenarios como la Unidad de Cuidado Intensivos, afloran prejuicios, creencias, ansiedades y temores ante la muerte que influyen en la historia personal de cada uno.

En ese sentido, Raja R (2001) plantea que los profesionales de salud, presos en su propio entorno cultural, tienen también miedo a la muerte, a veces más que los propios enfermos (22). Es por esto que se debe analizar las dimensiones de la persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos acerca de su propia muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en el último tiempo de la vida.

Y por último, se evidencia que existe un vacío en el conocimiento porque varios estudios hablan sobre actitudes, percepciones y sentimientos ante la agonía y muerte, pero no sobre su significado. En Colombia no se encontraron estudios sobre el significado que le asignan los profesionales de enfermería al proceso de la muerte permita llenar este vacío de conocimiento.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de la muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

La muerte, es el destino inevitable de todo ser humano, que constituye la culminación del proceso vital. Aunque incierta en el cuándo y cómo ha de producirse, marca el cómo vivimos la muerte del otro (23) y cuando es cercana, tiene un mayor impacto en quien la presencia, desencadenando un proceso reflexivo en torno a su propia muerte (24).

La inminencia de muerte, es una situación que el profesional de enfermería se ve obligado a enfrentar cuando labora en las Unidades de Cuidados Intensivos. Esta situación como lo señalan diferentes investigaciones, produce riesgo para la salud física y mental del profesional, también miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia y frustración, llevándolo a actitudes de huida, las cuales se reflejan en el cumplir con los cuidados asignados sin involucrarse emocionalmente con el paciente (2) (3). Esto conlleva a que el profesional se interroge el por qué no se está preparado para este suceso, aunque se sabe que es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica (25).

El aporte de esta investigación para el conocimiento, es que al saber cuál es el significado que tienen los profesionales de enfermería en Colombia y especialmente en Boyacá, de sus experiencias ante la muerte de un paciente, le da a la Enfermería y a la disciplina, conocimientos de las prácticas de cuidado humanizado ante la otra razón del ser de la profesión como lo es el cuidado ante la muerte; pues es, en este espacio, donde enfermería tiene vacíos de conocimiento que se ven reflejados en la actitud de evasión que toma el profesional ante este fenómeno, como lo indican las investigaciones de otros países que han estudiado las actitudes, experiencias, percepciones y sentimientos en torno a la muerte.

Además este estudio contribuye a mejorar la calidad del cuidado que se ofrece en las Unidades de Cuidado Intensivo, donde se está preparado para cuidar la vida y no la muerte. Igualmente ayuda a los profesionales de enfermería a que reconozcan cómo las experiencias que han tenido frente a la muerte de un paciente, influyen mucho en la forma como ellos van a afrontar este evento.

Otro aporte para la disciplina de enfermería, es brindar el conocimiento de las experiencias, vivencias y emociones de otros profesionales frente a la muerte de los demás y hacia la propia muerte. Además hacen que los profesionales puedan reconocer que este fenómeno no es individual sino que también puede afectar a los demás profesionales (26), es por esto que en la formación de pregrado y durante su desempeño profesional, se hace necesario una formación específica en enfermería en los procesos vinculados con la muerte y el duelo, todo ello para prestar una mejor atención al paciente y a la familia en situaciones de agonía, como las presenciadas en enfermedades avanzadas y terminales, debido a que el proceso de la muerte está aún impregnado del “modelo biomédico”; todavía hay profesionales que consideran la muerte como un fracaso de la medicina y en muchos sectores de nuestra sociedad aquello que concierne a la muerte se tapa y esconde (2).

El conocer el significado que tiene la muerte para el profesional de enfermería reviste gran importancia por la forma en cómo éste influye en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares, fortaleciendo la humanización de la atención durante el proceso de la muerte, que implica procurar atención al moribundo, función presente desde el origen de la profesión. “Sólo si se es consciente de nuestra responsabilidad como cuidadores en esos importantes momentos podremos superar los obstáculos circunstanciales

que se puedan presentar y desplegar, con generosidad y profesionalidad, nuestros mejores recursos” (27) (9).

Para la unidad de cuidado intensivo adulto, los resultados de esta investigación serán de gran utilidad pues permitirán conocer las experiencias de los profesionales de enfermería ante la muerte de los pacientes y, por consiguiente, desarrollar estrategias de apoyo para Enfermería, profesión que se enfrenta a la muerte en su cotidiano quehacer, lo cual redundará en una mejor atención de los pacientes moribundos. Se afirma que las enfermeras requieren de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes en inminencia de muerte, ya que ésta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que ella necesita puede proporcionarlo un programa (11).

1.4. OBJETIVO

Descubrir el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja

1.5. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS.

Profesional de enfermería cuyo contexto es la unidad de cuidado intensivo, su cuidado gira alrededor de un ser humano frágil, indefenso, que requiere de una atención cálida, decente y solidaria, cuya atención debe estar soportada por la ética y los conocimientos científicos, ayudados por los avances tecnológicos. Es por eso que las características del profesional de enfermería que trabaja en la unidad de cuidado intensivo deben ser: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana (28).

La muerte es considerada como la cesación o término de la vida y en el pensamiento tradicional es la separación del cuerpo y el alma (29).

En esta investigación cuando se habla de proceso de la muerte, no solo se refiere a la muerte en sí únicamente, pero si se incluyen dos términos, como lo son la agonía y la inminencia de muerte.

La *agonía*, se conoce como la situación que antecede la muerte. La vida se va extinguiendo gradualmente y se hace evidente el deterioro progresivo; durante este periodo el moribundo pasa por varias etapas como lo expresa Kübler-Ross E (1975), quien identifica cinco respuestas emocionales en los pacientes en fase terminal: 1. Shock y rechazo; 2. Ira; 3. Negociación; 4. Depresión y 5. Aceptación (30).

La *inminencia de muerte*, es cuando la muerte es predecible a corto plazo, presentando signos característicos como: la consciencia empieza a disminuir, los miembros superiores e inferiores se enfrían y toman un tinte azulado o con manchas y la frecuencia respiratoria es irregular (31) (32).

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) es una sección especial de un hospital que proporciona medicina intensiva, a la cual ingresan personas en estado crítico que requieren atención muy rigurosa, estricta y especializada durante las veinticuatro horas del día. Allí se controla en forma permanente, una gran cantidad de parámetros hemodinámicos. Se cuenta con recursos humanos y tecnológicos especializados que permiten brindar una atención integral y personalizada a aquellos pacientes cuyas patologías son críticas y pueden estar en peligro de muerte.

El significado Es el sentido y esencia que las personas y los colectivos humanos asignan a sus experiencias (33).

La experiencia es el conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por una persona (34).

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1. PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

El profesional de enfermería es un ser humano y se le ha permitido laborar en diversos campos de acción, uno de ellos es: la Unidad de Cuidado Intensivo. En este lugar, el profesional de enfermería debe identificar las respuestas humanas frente a la enfermedad y adaptación al evento patológico, sin dejar a un lado los conocimientos científicos y los avances tecnológicos para ofrecer el cuidado, que es la esencia de la profesión.

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo, gira alrededor de un ser humano frágil, indefenso, que requiere de una atención cálida, decente y solidaria, cuya atención debe estar soportada por la ética, los conocimientos científicos y ayudados por los avances tecnológicos. Es por eso que las características del profesional de enfermería que trabaja en la unidad de cuidado intensivo deben ser: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana (28), complementándolas también como lo indica Aguinaga con destrezas como: capacidad de diálogo, escucha y acompañamiento; comprensión espiritual y apoyo; tolerancia a la vulnerabilidad propia, a la crisis, al dolor, al sufrimiento y a la muerte; preparación en la toma de decisiones y resolución de conflictos y dilemas en el final de la vida; y cercanía y educación a los familiares. Lo anterior son aspectos importantes para poder afrontar las situaciones y estimular el cuidado de manera asertiva y no hacia el abandono bajo el pretexto de que “no hay nada que hacer” (35).

Este cuidado especial brindado en las Unidades de Cuidado Intensivo no solo es atribuido al estricto control hemodinámico del paciente, a la identificación de problemas fisiológicos o administración de medicamentos por vías invasivas; este cuidado debe estar basado en el interés real de restablecer la condición del otro, el profesional debe tener sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y mantener la confidencialidad e intimidad y humanizar su accionar basados en conocimientos científicos.

Desde el punto de vista ético como lo señala Aranda Otero (2005-2006) en su artículo “La Ética del Cuidado”, el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en su más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia (36).

Una de las tareas que el profesional de enfermería debe tomar como reto, es lograr la humanización del cuidado en las Unidades Intensivas, puesto que con la incorporación de avances tecnológicos hace que el paciente se vea de una manera reducida, reflejada en la despersonalización, entendida como la falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuida, como lo indica Solano M (2005): “El sujeto es

visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido” (36).

El profesional de enfermería debe tener presente que la muerte es un proceso natural y que el cuidado del que muere debe estar fundamentado en principios éticos básicos, haciendo siempre un autoanálisis del actuar personal como participante de la terapéutica. Es importante recordar que se cuida a la persona con su intimidad, privacidad, dolor y sufrimiento personal, por lo que se debe conocer la voluntad del paciente; de no ser así, la de su familia (35).

Otro reto para el profesional de enfermería es no hacer parte de los estresores del paciente crítico, y esto se logra mediante un cuidado más humano rodeado de un espacio agradable y tranquilo, disminuyendo así el impacto que ocasiona el hecho de estar en una UCI. Para lograr este cuidado como lo indica Rubio Rico y cols (2006), se requiere de tiempo y recursos, buena relación grupal, intergrupal y el compromiso explícito de la institución, la construcción de un entorno tolerante y el reconocimiento institucional como factores favorecedores de la atención más humana; la falta de tiempo y recursos son obstáculos a la humanización de la atención (37).

El profesional de enfermería que trabaja cerca de la muerte, como lo indica Aguinaga Benítez (2010), cuida al moribundo, atiende a la familia de este y vive su propia enfermedad y muerte por adelantado. Sin embargo, cuando el profesional se dispone a dar cuidado, tiene dos caminos para recorrer durante su jornada, que requieren el mismo gasto energético y emocional: el camino de la queja, el lamento y la postergación; o el camino del entusiasmo, el esfuerzo, la dedicación y acción. En otras palabras, debe escoger entre sufrir la amargura durante su turno y por ende en la vida, o vivir bien el turno y disfrutar el goce de lo cotidiano: el cuidado (35).

El proceso de morir es uno de los momentos más difíciles de cuidar en enfermería, pues exige una alta preparación profesional y un compromiso personal con el autocontrol, el autodominio y la vulnerabilidad, puesto que se enfrenta a difíciles dilemas éticos al abogar por el paciente herido o enfermo; cuando no se conocen las propias reacciones ante este evento, el profesional de enfermería se enfrenta al estrés laboral y, en la mayoría de los casos, al síndrome de burn-out, llevándolo a un desinterés y a un abandono personal que lleva a renunciar y a alejarse del cuidado de la muerte. La confrontación con la muerte puede ser real o imaginaria.

Según Aguinaga Benítez (2010), sentimientos como la angustia, la ansiedad, el miedo, el terror a morir, son sentimientos que afloran cuando el profesional de enfermería se enfrenta a este fenómeno, a continuación se explica cada uno de ellos (35):

Angustia:

Es un estado emocional que hace que el individuo sienta temor por algo desconocido pero que se refleja en su estado tanto físico como mental, es decir, puede aparecer ante alguna

enfermedad que de una u otra forma pone en peligro la salud de una persona. Esta se divide en tres clases: *real*: se relaciona con todos los fenómenos psicosomáticos del organismo; *moral*: es más lo psicológico, como la culpa; y *vital*: tiene que ver con los síntomas que pueden poner en peligro la vida del paciente. En el profesional de enfermería los síntomas se generan a partir de la introspección de sentimientos con respecto a la muerte, haciendo que su estado se afecte. Algunos profesionales pueden reaccionar con una sonrisa nerviosa, con resignación, indiferencia, duda, silencio, ansiedad, apatía; hay quienes adoptan posturas muy serias o estoicas; y muy pocos conservan la compostura y la tranquilidad. Esto debido a que a este fenómeno se le da un carácter negativo o por que el hombre la rechaza o se le teme.

Ansiedad:

Es una expresión humana que se manifiesta como un síntoma, una defensa o sentimiento. La ansiedad es parecida a la angustia y se diferencia de esta en que puede aparecer en cualquier evento, conocido o desconocido. Los profesionales de enfermería por estar implicados directamente en el proceso de morir de sus pacientes, muchas veces no saben qué hacer y comienzan a sentir ansiedad ante lo desconocido o simplemente ante la impotencia de no poder ofrecer curación o mejoría alguna; por lo que se experimentan confusión y descontento o malestar e incomodidad.

Miedo:

Es considerada como una emoción fundamental e inevitable en la vida humana, sobre todo cuando se está en peligro; su activación es de manera inconsciente y hace que el individuo reaccione de diferentes maneras. El profesional de enfermería como ser humano no está exento, presentando sentimientos que se expresan en las diferentes reacciones ante el fenómeno como huir, paralizarse o adoptar conductas de sumisión, procurando liberarse del mismo. Puede ser patológico sobre todo cuando se siente miedo durante periodos prolongados de tiempo.

Temor a Morir:

Es un sentimiento de todos los seres humanos, tanto del que muere como de los que cuidan y especialmente de la familia. Este hace referencia a la preocupación por el “cómo” será el fin de la vida y lo que pasará alrededor de la muerte, el miedo ante la amenaza de la enfermedad, los diagnósticos, los tratamientos y sus efectos.

Sin embargo, la experiencia laboral, el tiempo, la preparación y la edad del profesional de enfermería hace que se reflejen actitudes ante este fenómeno, por eso es importante que estos profesionales estén conscientes de sus propias reacciones para que no experimenten estrés excesivo, ya que dan paso al *fenómeno de consunción*, en el cual el profesional de enfermería presenta aflicción personal, indiferencia ante el sufrimiento de los demás

provocando la pérdida de la relación enfermera paciente llegando a la deshumanización (3).

2.2. MUERTE Y PROCESO DE MUERTE.

En esta investigación cuando se habla de proceso de la muerte, no solo se refiere a la muerte en sí únicamente, sino que se incluyen dos términos, como son la agonía y la inminencia de muerte.

2.2.1. Muerte.

La muerte es considerada como la cesación o término de la vida y, en el pensamiento tradicional, es la separación del cuerpo y el alma (29).

El tema de la muerte sigue siendo un tabú, con sus características específicas y reflexiones profundas, filosóficas, religiosas y científicas; sin embargo en los cambios socioculturales podemos diferenciar dos momentos en la vivencia de la muerte: uno previo a su Institucionalización Hospitalaria, en el que es aceptada como parte natural de la existencia y otro, desde que el Hospital pasa a ser la Institución reservada para morir, traduciéndose en un cambio radical en la consciencia e información sobre la propia muerte. Estos proceder y actitudes pueden ser psicológicamente peligrosos, pues pretenden desterrar de manera manifiesta la enfermedad y la muerte de la existencia cotidiana del ser humano, se convierten en eventos que pueden ocurrir sin que las personas estén preparadas para ello.

Estos cambios, también han generado actitudes distorsionadas por parte del profesional de salud, tales como no querer nombrar a la muerte, no mirar cara a cara al enfermo terminal, incongruencias y disonancias entre la Comunicación Verbal y la No Verbal y el aumento de la atención tecnológica haciendo un detrimento de la empatía y afectividad, con el riesgo del encarnizamiento terapéutico, empeorándose las condiciones de la muerte. Los avances tecnológicos y el cuidado médico han evolucionado en las etapas finales de la vida y han “rescatado de la muerte” a un gran número de personas, estos cambios hacen que los enfermeros de Unidad de Cuidado Intensivo sean entrenados para llevar a cabo un sin fin de protocolos. Sus habilidades se han tecnificado y su destreza se ha especializado para adelantarse a situaciones que comprometan la vida del enfermo y "controlar" en todo momento lo que ocurre, pero no para administrar cuidados paliativos. En la práctica diaria se observa, que enfermeras que han trabajado concienzudamente por el bienestar y supervivencia de un determinado paciente, se retiran angustiadas y decepcionadas por el gran esfuerzo que han realizado en vano, cuando se decide retirar las medidas más sofisticadas que evitan el encarnizamiento terapéutico (38).

La muerte, como fase terminal y parte de la vida misma, es el resultado del envejecimiento, deterioro y daño progresivo orgánico y funcional, de diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural termina en la muerte a corto, mediano o largo plazo, modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir (39).

La reacción ante la muerte, varía de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo padecimiento y desde luego el cuidado y apoyo recibido del equipo de salud, familiares y amigos.

La manera como se ve e interpreta a la muerte como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad, cercanía o inminencia de la muerte pues es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias. Kluber Ross E (30) describió las reacciones psicológicas y las fases por las que pasan los enfermos:

Negación, Incredulidad	¿Por qué a mí?
Ira, Agresividad, Rabia	¿Por qué yo y no tú?
Transacción, Regateo	¿Cambió algo?
Depresión, Soledad	¿Para qué?
Resignación, Alivio	Todos moriremos
Aceptación, Esperanza	¿El más allá?

Situación similar es vivida por los familiares y personas cercanas al moribundo: dependiendo del estado de salud – enfermedad del mismo, estas reacciones se dan en mayor o menor intensidad: en niños es alta la reacción en sus padres, en los jóvenes se da una pérdida fuerte por su entorno de vida, por sus expectativas a futuro, todo ello generando reproches y culpa entre sus padres; en los adultos la pérdida es tomada como una ida de lo presente, pasado y lo futuro, puesto que detrás de él se quedan personas, hechos y situaciones de vida que quedan truncados, y en los ancianos, este sufrimiento es visto como un futuro descanso, una bendición, es aceptada como un fin natural. También marca la diferencia en esa muerte si es esperada o inesperada, pues la primera es conocida como muerte natural y la segunda ocurre cuando hay de por medio una situación que rompe hechos, realidades y proyectos a futuro.

La reacción es diferente cuando el dolor y sufrimiento son consecuencia de una intervención y se espera la curación, de aquellos casos terminales en los que no existe ninguna esperanza, en estos casos la intervención de un ministro religioso puede ser muy útil, se puede interpretar como una oportunidad concedida por Dios para canalizar la ira, expresar sentimientos reprimidos, encontrar respuesta a interrogantes, compartir reacciones de dolor o alegría. La espiritualidad en estos momentos se manifiesta sea cual sea la religión del paciente, aún en agnósticos y ateos, en quienes el término “religioso” se refiere a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de espiritualidad (30).

2.2.2. Agonía.

Se refiere a un conjunto de cambios psicofísicos que suceden en los últimos días, en este momento la enfermedad no tiene relación directa con el sufrimiento, ya que se puede pasar por ella sin padecer, por ejemplo, dolor. Siempre hay síntomas que están presentes como la falta de interés, la dificultad para alimentarse y algunos trastornos de tipo psiquiátrico como el delirio.

La agonía es una fase con entidad propia. Es difícil decir cuando se inicia y cuánto va a durar, ya que hay tantas agonías como enfermos. También la agonía viene a ser la culminación de una situación de retracción de la conciencia, que lleva consigo una desconexión con el exterior, esta se caracteriza por un deterioro físico evidente de día en día: mayor debilidad, somnolencia, a veces agitación, desorientación, desinterés, dejadez, anorexia intensa y fallo orgánico. La mayor parte de las muertes se producen con un psiquismo descendido hasta el coma. No es frecuente una agonía lúcida. La mayor parte de los enfermos terminan por entregarse sin lucha. Es rara una agonía con angustia. El moribundo por lo general demuestra mayor tranquilidad, incluso una atenuación o cesación de las molestias y dolores (40).

En la agonía, la actividad muscular decrece y esto lleva a una hipotonía muscular generalizada que produce el "perfil afilado" y los "estertores agónicos" con o sin disnea acompañante. Estos estertores son debidos a la acumulación de secreciones, que el enfermo no tiene fuerza para expulsar y a la hipoeexcitabilidad refleja para la tos (41).

Esta fase normalmente crea una enorme angustia y a veces los familiares se derrumban, están exhaustos. Por esto es fundamental prepararles, informando de la posible evolución del proceso y de lo que pueden hacer, hablar de todos sus miedos, dudas y de cómo actuar. La familia debe de sentirse útil y saber qué hacer en esta dura fase que le espera (42).

En esta etapa el profesional de enfermería tiene la obligación moral y profesional de descubrir las fuentes de dolor y sufrimiento que presenta el paciente y emplear todos los medios disponibles para permitirle el alivio que él desee, contribuyendo de esta manera a que el paciente pueda morir dignamente: asistido, aliviado, acompañado e informado y no agobiado por su agonía desentendida. Este gran reto es el que nos plantea el concepto de un buen morir: detectar el dolor total que abarca, además el dolor físico u otros síntomas, el dolor emocional, familiar, social y espiritual del paciente terminal (43).

Las preguntas más comunes que surgen cuando un paciente está en agonía, según Centeno (2009) son:

- **¿Puede oírnos?** El paciente sí puede oírnos. Por esto es importante estar con él, hablarle, tener cuidado con lo que se dice. Es conveniente que la habitación esté sin ruidos, y con poca gente acompañando.

- **¿Se da cuenta de lo que pasa?** Normalmente no, aunque hay pacientes que están totalmente conscientes hasta el último momento.
- **¿Le tenemos que dar de comer o de beber?** El enfermo no siente hambre y no necesita comer, a no ser que él lo solicite. Se le deben de dar líquidos en pequeñas cantidades si está consciente, y si no, humedecer la boca frecuentemente.
- **¿Le tenemos que seguir dando la medicación?** Sí, se debe seguir con la medicación hasta el final, por ejemplo, los analgésicos. Cuando no se pueda usar la vía oral, se pueden dar por vía rectal o subcutánea.
- **¿Cuánto tiempo estará así?** No lo sabemos con certeza, pero el final está cerca.
- **¿Qué pasa con los estertores?** Se producen por acumulación de secreciones que el paciente no tiene fuerzas para expulsar, no suponen un sufrimiento para el paciente, como tampoco lo son las previsible fases de apnea (patrones de respiración) posteriores.
- **¿Qué hacemos si se muere?** Asesorar sobre quién debe de certificar la muerte, avisar a la funeraria. (41)

2.2.3. Inminencia De Muerte.

La *inminencia de muerte* es cuando la muerte es predecible a corto plazo, presentando signos característicos como: la conciencia empieza a disminuir, los reflejos del paciente desaparecen de manera gradual y no puede moverse, los miembros se enfrían y toman un tinte azulado o con manchas; la frecuencia respiratoria es irregular y se hacen más difícil cada vez. De manera típica, su cara adopta una expresión de angustia y muchas veces aparece cianosis en la misma. Su piel está fría y húmeda, su pulso se acelera y se hace más débil. Al aumentar la anoxia, las pupilas se dilatan y la mirada se vuelve fija. Suelen verse también hipotensión, hipotermia y respiraciones rápidas (31) (32).

Como lo indica Fonnegra, el profesional de enfermería debe construir un espacio de confianza. El objetivo es romper las barreras de la incomunicación y facilitarle al enfermo o a la familia que hablen sobre este evento y de esta manera sacar los miedos, angustias, incluso el terror sin la preocupación de dañar o empeorar las cosas. Para esto debe el profesional contar con cualidades como son la empatía, no asustarse ante los comentarios erráticos y demoleedores que hacen el enfermo y su familia (43).

2.3. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

El concepto de Unidades de Cuidado Intensivo en el mundo, se remonta a la campaña del ejército Napoleónico en Egipto, comandada por el barón Dominique Jean Larrey, nombrado cirujano en jefe del ejército de Oriente, quien idea un sistema de ambulancia – unidad de cuidado intensivo para la curación de los heridos de la campaña (44). La enfermera Florence Nightingale en 1854, durante la Guerra de Crimea consideró que era necesario separar a los soldados en estado de gravedad de aquellos que solo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. Logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de un 40% a un 2% (45); Walter Edward Dandy trabajó en el Hospital Johns Hopkins con Harvey Cushing, fundando la primera unidad de Cuidados intensivos del mundo en la ciudad de Boston con tres camas neuropediátricas en el año de 1926 (46). En 1950, el anestesiólogo Peter Safar, desarrolló un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Es considerado el primer intensivista. En Copenhague en 1953, como respuesta a una epidemia de poliomielitis, se crea una unidad de cuidados intensivos; surgió de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. Con el paso del tiempo, estas unidades se fueron creando en los hospitales de todo el mundo y con los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, hoy existen unidades de cuidados intensivos específicas para diferentes especialidades de la salud (47). En la actualidad las unidades en cuestión se definen por su capacidad de entorno, por las instalaciones y el personal que atiende a enfermos muy graves.

Éstas poseen capacidad para algunas categorías específicas de enfermos, con base en el tipo de padecimiento o enfermedad (48). Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas. Dependiendo del volumen de pacientes ingresados puede haber varias Unidades de Cuidados Intensivos especializadas en diferentes áreas de la Medicina, como son: Cuidados Intensivos Cardiológicos o Unidad Coronaria; Unidad Postoperatoria de Cirugía Cardíaca; Trasplante de Órganos; Cuidados Intensivos Psiquiátricos; Cuidados Postoperatorios, aunque la mayoría son Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes. Si la población pediátrica lo justifica, se desarrollan: Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, que debemos diferenciar de las Unidades Neonatales cuyos pacientes se mueven en un rango estrecho de edad (desde el nacimiento hasta el día 28 de edad) conocido como período neonatal (49).

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS), son consideradas tradicionalmente como áreas generadoras de estrés: puesto que el ingreso a ellas, ya tiene como ponderación una amenaza vital. Este lugar cuenta con características que hacen que el ambiente que rodea a los paciente sea especial y se diferencie de otros servicios, como son: el monitoreo continuo, la variedad de equipos biomédicos, la ubicación de las camas que llevan a pérdida de la intimidad y privacidad, el ruido de las alarmas; el dolor, ya sea el propio o la evidencia del dolor de otro, los tubos y sondas, la ausencia de acceso a la luz natural que confunde al paciente con relación a las horas del día y que llevan a alteraciones del ciclo circadiano (28).

En la UCI se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día. Debido a que el estado de salud de estas personas es crítico, la UCI es un sector en el que trabajan profesionales especializados y entrenados para dar la atención debida a los pacientes. Asimismo, estas unidades están provistas con equipos y sistemas especializados, tomando en cuenta la especificidad de la UCI. Las personas que entran a la UCI tienen un orden de prioridad. La primera prioridad es para las personas inestables que necesitan ayuda intensiva y que no se puede ofrecer fuera de la unidad. La prioridad dos es para los que necesitan monitoreo intensivo y que podrían necesitar intervención inmediata. La prioridad tres es para pacientes que pueden recibir tratamiento intensivo para mejorar de enfermedades graves, pero se les puede poner límite a sus terapias. Por último, la prioridad cuatro es para los pacientes que no se beneficiarían de los cuidados intensivos como los anteriores. Se incluyen personas que pueden recibir cuidados fuera de la UCI y pacientes con daños o enfermedades irreversibles, es decir, están demasiado graves o enfermos como para beneficiarse de los cuidados intensivos (47).

El objetivo del cuidado óptimo es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes que se encuentran en inminencia de muerte, lo cual se concreta en:

- Proporcionar una analgesia adecuada y disminuir el estado de ansiedad.
- No acelerar ni posponer el momento de la defunción.
- Considerar la muerte como un proceso normal.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales dentro del cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema que permita a los pacientes vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia durante el proceso de muerte y en su duelo.

El equipo cuidador debe procurar la provisión de confort tanto al paciente como a su familia. Cuando se considera que nada se puede hacer por la vida del paciente, se debe tratar de cambiar el concepto de curar, por el de cuidados de confort, considerando en todo momento la muerte como un proceso normal (50).

2.4. SIGNIFICADO.

El significado se puede abordar desde varias áreas del saber, estas diversas formas de concebir el conocimiento conllevan a distintos abordajes que dan soporte a la práctica (33) y se identifica con sus condiciones de verdad en cada mundo o situación posible (51). Por tal motivo en esta investigación se aborda conceptualmente los significados desde el proceso hermenéutico e interpretativo donde se encuentra la orientación

metodológica del Interaccionismo Simbólico (52), el cual trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social.

El significado que da soporte a la práctica se puede abordar desde varias áreas del saber, como es el caso de la epistemología, como ciencia del desarrollo del conocimiento que proporciona herramientas para abordar el significado o significados, entendido este como uno de los conceptos de dominio de la práctica de enfermería, pues se puede tener en cuenta los significados en los procesos y fenómenos de salud y enfermedad en la cotidianidad de las personas y los colectivos humanos. La enfermera, en el proceso de dar cuidado, debe trascender de la noción exclusivamente lingüística del significado hacia el rescate de la unidad del ser, considerando el lenguaje como un elemento necesario, para comprender e interpretar pensamientos, comportamientos, actitudes, aprendizaje, percepciones, prácticas, sentido y representaciones de la experiencia de las personas y colectivos humanos y los significados que se atribuyen (33).

La generación del conocimiento desde el significado en la práctica de enfermería, ocurre desde: la cotidianidad, espacio donde enfermería comprende el sentido y la esencia de las experiencias, haciendo verificación o contrastación empírica, la demostración lógica y la argumentación. La enfermera debe tener en cuenta que la persona es la única que puede elaborar significados sobre las experiencias de los fenómenos de salud, enfermedad, vida y muerte, es decir dirigir el conocimiento hacia una visión unitaria en donde la enfermera encuentra en el lenguaje del paciente o del usuario una forma de expresión del significado desde las experiencias para comprender e interpretar a la persona y su medio ambiente, lo cual le permitirá acercarse al otro en cotidianidad (33).

El significado de un término es una función que asigna un referente (individuo o clase) a ese término, en cada situación o mundo posible. El significado no es una cosa o un algo, es un resultado para nosotros. Nada tiene significado en sí mismo, sino que el significado se deriva de la experiencia del funcionamiento de un determinado ser en un medio determinado. El significado, se identifica con sus condiciones de verdad en cada mundo o situación posible; cimienta la comprensión: una oración se comprende si los conceptos asociados con ella son directamente significativos, como lo indica la Teoría de Modelos (51).

Desde el proceso hermenéutico e interpretativo se encuentra la orientación metodológica del Interaccionismo Simbólico, el cual trata de comprender el proceso de asignación de símbolos con significado al lenguaje hablado o escrito y al comportamiento en la interacción social. “La ideología fundamental del interaccionismo simbólico, tanto teórica como metodológica, fue estructurada por Blumer H (1954, 1966, 1969). Sin embargo, interaccionistas simbólicos como Heidegger (1974), define el análisis de la acción humana, como “una ciencia interpretativa en busca de significado, no como una ciencia experimental en busca de leyes”; Geertz (1983), incluso llega a decir que “el hombre es un animal suspendido en redes de significados que él mismo se ha tejido” (52).

“El *Interaccionismo simbólico*, es una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que trata de representar y comprender el proceso de creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto es, a la comprensión de actores particulares, en lugares particulares, en situaciones particulares y en tiempos particulares (Schwandt, 1994). Se da aquí una gran similitud con el significado que Weber y Dilthey dan al término *Verstehen* (comprensión)” (52).

Martínez Miguélez M, en su artículo sobre el interaccionismo simbólico, refiere una publicación de 1966, donde Herbet Blumer establece los requerimientos del método de investigación del Interaccionismo simbólico:

“Desde el punto de vista metodológico de la investigación, el estudio de la acción debe hacerse desde la posición del actor, es decir uno tiene que asumir el rol del actor y ver este mundo desde su punto de vista: como él la percibe, interpreta y juzga. Averiguar sus significados en términos del significado que tienen para el actor y seguir la línea de conducta del actor” (52).

Bruner, desde el enfoque de la psicología cognitiva, plantea como objeto de estudio los significados, atribuyendo la importancia a las narraciones en la construcción de significados que realiza el ser humano, los cuales permiten comprender al hombre como un ser cultural que construye y deconstruye los significados para asimilar su realidad, permitiendo al hombre transformar sus creencias, acciones y entorno en forma paralela, buscando entender cómo se insertan los significados en las transacciones humanas dentro de una cultura particular. Para Bruner el origen de los significados es biológico y cultural: con respecto al origen biológico (1998), establece que los seres humanos están capacitados biológicamente para comprender algunos significados a través de “representaciones protolingüísticas”, que les permiten interactuar con mayor facilidad en el medio. Y desde el origen cultural los individuos construyen los significados de las cosas a partir de sistemas simbólicos como lo es el lenguaje. Desde esta perspectiva, el significado está arraigado en el lenguaje y en la cultura (Bruner, 1998a). La función que cumple el significado es la conexión entre la cultura y el hombre. En este sentido, se podría decir que los significados entran a mediar lo culturalmente establecido (lo canónico) con lo inusual (lo excepcional). La segunda función tiene que ver con el favorecimiento de la construcción de los Yoes, ya que a través de las prácticas interpersonales se crean los significados que constituyen sus características (Bruner, 1998a) (53).

En 1969, Blumer establece las tres premisas básicas que constituyen su enfoque metodológico (54):

1. Los seres humanos actúan en relación con los objetos del mundo físico y de otros seres de su ambiente sobre la base de los significados que éstos tienen para ellos.
2. Estos significados se derivan o brotan de la interacción social (comunicación, entendida en sentido amplio) que se da en medio de los individuos. La comunicación es

simbólica, ya que nos comunicamos por medio del lenguaje y otros símbolos; es más, al comunicarnos creamos o producimos símbolos significativos.

3. Estos significados se establecen y modifican por medio de un *proceso interpretativo*: “el actor selecciona, modera, suspende, reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en que se encuentra y la dirección de su acción...; los significados son usados y revisados como instrumentos para la guía y formación de la acción”.

La técnica metodológica fundamental, es la *observación participativa*, especialmente en el contexto y enfoque del “estudio de casos”, ya que sus procedimientos responden mejor, y gozan de un mayor nivel de adecuación a sus requerimientos: las exigencias del modelo teórico y de explicación. El Interaccionismo Simbólico, requiere que el investigador entre activamente en el mundo de las personas que está estudiando para “ver la situación como es vista por el actor, observando lo que el actor tiene en cuenta y observando cómo él interpreta lo que está teniendo en cuenta”.

El Interaccionismo Simbólico sostiene que el significado que las cosas encierran para el ser humano constituye un elemento central en sí mismo. Se considera que ignorar el significado de las cosas conforme al cual actúan las personas equivale a falsear el comportamiento sometido a estudio. El significado que una cosa encierra para una persona es el resultado de las distintas formas en que otras personas actúan hacia ella en relación con esa cosa. Los actos de los demás producen el efecto de definirle la cosa a esa persona.

2.5. EXPERIENCIA.

Es el conocimiento de la vida, adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por una persona (34). Es aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación y/o práctica sistemática en alguna vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que suceda en la vida y que es probable que deje una marca, por su importancia o por su trascendencia.

En relación con la experiencia, tanto los seres humanos como los animales, la van adquiriendo a lo largo de la vida, siendo prácticamente imposible que esta situación no se produzca en algún momento. La edad y el paso del tiempo son los que indican y emiten efectivamente el nivel de experiencia que tiene la persona, puesto que este se va acrecentando, ampliando y ganando; ya que estas vivencias que se van pasando también suelen ser determinantes a la hora de tener que repetir o no elecciones, porque al haberlas vivido, ese cuerpo de experiencias que se han almacenado en la memoria nos ayudarán, a la hora de elegir o no tal camino, y también llegado el caso, de tener que aconsejar a alguien acerca de qué hacer en un momento indicado y cómo actuar ante un imprevisto (55).

La hermenéutica filosófica, sostiene que la experiencia es posible si se tienen expectativas, es decir, se cree que la persona con experiencia no será la que más vivencias haya acumulado sino la que esté capacitada para permitírselas, porque la experiencia conduce a la sabiduría, aunque si bien se puede obtener sabiduría luego de recibir un castigo, un reto o de haber sufrido cualquier otra situación, siempre será más fructífero la compañía de una persona con experiencia que la de un inexperto (55).

Según la fenomenología, la experiencia es la esencia de las mismas cosas, es decir, una característica de intencionalidad de la conciencia, la cual permite acercarse al mundo de la intersubjetividad de las experiencias individuales, tal y como son, sin tratar de interpretarlas ni hacer juicio sobre las mismas (33)

El concepto de experiencia, propuesto por Willian Dilthey, quien es considerado el fundador de la corriente filosófica llamada descriptiva o de la comprensión, anticipa uno de los aspectos centrales de la filosofía de Heidegger. La experiencia la considera como un proceso activo, no reflexivo, que lleva a que los seres vivos transformen y se adapten al ambiente (11); la experiencia representa un ámbito en el cual el mundo y la experiencia de él se hallan todavía unidos. La experiencia representa una unidad de sensaciones y sentimientos del contexto total de las relaciones mantenidas que integran tanto el recuerdo que proviene del pasado, como la anticipación del futuro. “la experiencia concreta de las personas representa el único punto de partida admisible para desarrollar las ciencias humanas. La vida debe ser entendida a partir de la propia experiencia de la vida” (56).

3. DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

Cualitativo, tipo descriptivo interpretativo. Puesto que este estudio busco conocer la realidad y especificar los significados de las experiencias de un grupo de profesionales de enfermería ante la muerte, fenómeno que estuvo sometido al análisis y visto desde su realidad, teniendo en cuenta su contexto, las relaciones dentro de un sistema o cultura y comprendiendo su dinámica, cumpliendo con el objetivo del estudio cualitativo, que es conocer ampliamente un fenómeno como tal ocurre en el mundo real y tal como es construido por los individuos en el contexto de ese mundo (57).

Este estudio cualitativo buscó conocer la realidad sobre el significado que tiene para el profesional de enfermería la muerte de un paciente, comprendiendo los procesos que allí se desarrollan en torno a este fenómeno, para esto la investigadora creo empatía favoreciendo una interacción y dialogo directo con los participantes, sin imponer su punto de vista o su propia perspectiva frente a las interpretaciones de los participantes como lo indica Souza (2002) (58).

Es descriptiva, porque es un estudio cuyo objetivo principal es la representación exacta de las características de personas, situaciones o grupos y la frecuencia con que determinados fenómenos ocurren (58); describe una situación, fenómeno, proceso o hecho social para formular, en base a esto, hipótesis precisas. El objeto de la investigación descriptiva consiste en evaluar ciertas características de una situación particular en uno o más puntos del tiempo. En esta investigación se analizan los datos reunidos para descubrir así, cuales variables están relacionadas entre sí.

Es interpretativo, de carácter exploratorio, porque es un estudio diseñado para explorar las dimensiones de un fenómeno o para desarrollar o depurar hipótesis acerca de las relaciones entre fenómenos (58), está dado porque busca precisar la naturaleza y el alcance del fenómeno, teniendo en cuenta el estudio de la documentación y el contacto directo con la problemática a estudiar.

En la investigación cualitativa la recolección de datos y el análisis de la información, se desarrollan a la vez. Este proceso hace que el investigador este tomando la decisión del muestreo teórico y los mejores caminos para obtenerlos (59).

3.2. PARTICIPANTES.

Los participantes del estudio fueron los profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto del Hospital de Tunja.

Tabla 1. Caracterización de los participantes.

CARACTERÍSTICA		NÚMERO
GÉNERO	Femenino	5
	Masculino	1
PROCEDENCIA	Boyacá	3
	Cundinamarca	1
	Santander	2
EDAD	20-30 años	2
	31-40 años	3
	41 y mas	1
ESTADO CIVIL	Soltero	4
	Casados	1
	Unión libre	1
CREENCIA RELIGIOSA	Católica	3
	Cristiana	1
	Mormón	1
	Ninguna	1
FORMACION POST GRADUAL	Cursos	3 reanimación cardiocerebropulmonar, terapia intravenosa, inglés y otros idiomas
	Diplomados	1 En cuidado al paciente crítico, docencia universitaria
	Especialización	1
	Ninguna	1
EXPERIENCIA TOTAL	<p>En estos profesionales de enfermería la experiencia total oscila entre los dos años como mínimo y máximo treinta y uno años:</p> <p>2 años: 2</p> <p>7 años: 1</p> <p>9 años: 1</p> <p>11 años: 1</p> <p>31 años: 1</p>	
EXPERIENCIA EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	<p>El tiempo de experiencia que tienen estos profesionales de enfermería se encuentra entre los seis meses hasta veinticinco años:</p> <p>8 meses: 1</p> <p>12 meses: 1</p> <p>18 meses: 1</p> <p>6-7 años: 2</p> <p>25 años: 1</p>	

3.3. TIEMPO DEL ESTUDIO.

El tiempo del estudio estuvo determinado por la saturación de la información. La investigación se desarrolló entre octubre del año 2.011 y marzo del año 2.012.

3.4. ESCENARIO DEL ESTUDIO.

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto del único Hospital de III nivel de complejidad en el Departamento de Boyacá, constituyéndose como centro de referencia, no solo del Departamento, sino de los departamentos circunvecinos de Santander, Cundinamarca y Casanare. Al inicio del estudio, la unidad de cuidado intensivo adulto, tenía un índice ocupacional del 96% con tan solo nueve camas y era insuficiente para atender las necesidades generadas dentro del mismo Hospital y las generadas en otras instituciones de Salud del departamento lo que generó una morbi-mortalidad y respuesta inoportuna a la demanda presentada. Por tal razón se decidió ampliar una nueva Unidad de Cuidado Intensivo Adulto a 25 unidades con recursos propios, readecuando la infraestructura existente y ampliando su recurso humano (60), en la cual se terminó de realizar el estudio.

3. 5. MUESTREO.

El tipo de muestreo fue teórico y se hizo por Pertinencia, Adecuación y Conveniencia.

El muestreo en la investigación cualitativa, como lo indica Sandoval “es progresivo y está sujeto a la dinámica que se deriva de los propios hallazgos” (61), el diseño de muestreo es emergente y se basa en la información inicial para guiar las acciones subsecuentes. El investigador cualitativo debe utilizar las demandas teóricas del estudio como marca para seleccionar informantes lúcidos y reflexivos con determinado tipo de experiencias, a este tipo de muestreo se conoce como muestreo teórico o intencionado (58).

En la investigación cualitativa el tamaño de la muestra depende de los fines de la investigación y la calidad de los informantes; la muestra debe juzgarse en su contexto y tamaño y debe determinarse con base en las necesidades de información, por eso uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de los datos, esto es, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información y ésta comienza a ser repetitiva. Una de las características del muestreo cualitativo es que reacciona al contexto, a los datos previamente recolectados y las interpretaciones continuas.

El proceso de muestreo comienza con la noción que tiene el investigador de dónde y con quien comenzar; con frecuencia se utilizan informantes para facilitar la selección de casos apropiados y ricos en información.

En los estudios cualitativos el plan de muestreo se evalúa en función a la idoneidad y a la propiedad (Morse 1991). La idoneidad se refiere a la suficiencia y calidad de los datos que la muestra proporciona. La propiedad se refiere a los métodos utilizados para escoger a la muestra (58).

Según Sandoval (1996), en el plan de recolección de información cualitativa los aspectos que se destacan son: (61)

*La definición de la estrategia de muestreo y la selección de los participantes. Estos, a su turno, se orientan por dos principios: **pertinencia y adecuación**. Estos aspectos se van a tener en cuenta para el desarrollo de ésta investigación.*

La pertinencia tiene que ver con la identificación y logro del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de esta última. En el caso de ésta investigación, los participantes que cumplen con éste aspecto son los profesionales que más tiempo llevan laborando en la unidad, pues son los que más información pueden aportar acerca de éste fenómeno.

La adecuación significa contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno, preferiblemente, cuando la etapa de la saturación se ha alcanzado.

En cuanto al muestreo de lugares, situaciones o eventos para la observación, éste siempre se registrará, además de los principios ya enunciados de pertinencia y adecuación, por los de **conveniencia, oportunidad y disponibilidad**.

La Conveniencia se refiere a dos aspectos fundamentalmente:

De un lado, a la elección del lugar, la situación o el evento que más faciliten la labor de registro, sin crear interferencias; en ésta investigación, el lugar y el momento del proceso de recolección de la información tendrá como condición que el profesional no se encuentre laborando. Las entrevistas se realizaron en la oficina de juntas que queda fuera de la Unidad de Cuidado Intensivo, esto con el fin de no ser interrumpidos durante la entrevista; también se tuvo en cuenta la disponibilidad de tiempo del participante.

Por el otro, a la adopción de una alternativa que le permita al investigador posicionarse socialmente dentro del grupo que busca analizar, mediante una oportuna y bien definida ubicación mental y cultural, a través de la cual obtenga una comprensión clara de la realidad que está estudiando; este aspecto, se refleja por el hecho que el investigador ha laborado y vivido en este ambiente como lo es la unidad de cuidado intensivo.

La oportunidad, por su parte, la podríamos traducir en la expresión "estar en el momento justo, y en el lugar preciso"; el lugar y la hora se concertó con los profesionales de enfermería en el momento de la captación, esto con el fin de lograr una buena disposición durante la entrevista.

La disponibilidad, se refiere al acceso libre y permanente a los lugares, situaciones o eventos que demanda la investigación, esto se tuvo en cuenta tanto para el investigador como para el participante

3. 6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los participantes de esta investigación cumplieron con los siguientes criterios:

- Ser profesional de enfermería.
- Laborar en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.
- Tener un tiempo laboral mayor de seis meses en la unidad o experiencia en el cuidado del paciente crítico.
- Que haya vivido la experiencia de la muerte de un paciente en la unidad en uno de sus turnos.

Criterios de Exclusión

Como criterios de exclusión estuvieron:

- Laborar en un servicio diferente a la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.
- No tener experiencia del cuidado en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto
- Tener menos de seis meses de experiencia en el cuidado del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo adulto
- No tener la experiencia de la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo adulto.

3.7. ROL DEL INVESTIGADOR.

El rol de la investigadora tomado fue el rol de aprendiz, como lo indica Infante (2001): El enfoque del investigador o el entrevistador es de "ignorancia cultural" frente al informante. Asimismo la actitud del entrevistador es la de alguien *que quiere aprender*, y no interferir o inducir según *su propia forma de ver el mundo o su propio punto de vista* (62).

El otro papel de la investigadora, fue entender e interpretar que estaba sucediendo, convirtiéndose en una tarea difícil, de un lado porque los investigadores no pueden

abstraerse totalmente de su propia historia, de sus creencias y de su personalidad y de otro, por la complejidad de los fenómenos humanos (61). El objetivo del investigador es meterse en el mundo de las personas lo cual exige paciencia, reflexión y evaluación permanente para describir los sujetos de investigación.

3. 8. PROCEDIMIENTO.

Para el procedimiento metodológico de esta investigación se tienen en cuenta los siguientes pasos:

3.8.1. Trámites De Autorización En El Hospital:

Se presentó una carta por parte de la Universidad de la Sabana, junto con el anteproyecto de la investigación, solicitando permiso y autorización para realizar la investigación. (Anexo 1. Carta de autorización de la Universidad de La Sabana).

3.8.2. Obtención Del Aval Del Comité De Ética De La Facultad de Enfermería Y Rehabilitación De La Universidad De La Sabana.

Este se obtuvo después de pasar por varios filtros, como lo son: la Subcomisión de Investigación de la Maestría y jurado evaluador, cada uno dio su concepto y se realizaron las respectivas correcciones.

3.8.3. Elaboración Del Consentimiento Informado.

Con base en el formato suministrado por la Universidad de La Sabana se realizó el consentimiento informado para la investigación, que luego fue aplicado en su totalidad a los participantes de la misma. (Anexo 2. Consentimiento Informado)

3.8.4. Localización De Los Informantes.

En este caso son los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo. Para esto se tuvo en cuenta:

3.8.4.1. Inmersión En El Campo.

Es un acercamiento que hizo la investigadora en el contexto y los participantes antes de ser participante activa, ésta se realizó desde el momento en que se tuvo contacto con los

profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Esta inmersión en el campo, implicó la observación y el estudio de cómo viene y va la vida de grupos y personas en la cotidianidad, y se adentra en el ambiente social con la intención de interpretar las actividades de la gente que se encuentra inmersa en él (63), en el caso de esta investigación, implicó la observación de la Unidad de Cuidado Intensivo donde trabajan estos profesionales de enfermería y de la interacción que tienen con los pacientes que se encuentran en esta condición de inminencia de muerte, si se llegase a presentar esta situación, pues la conducta individual no se puede analizar sin tener en cuenta el contexto social en el que el individuo desenvuelve su vida (64).

Se continuó la inmersión en el campo con la entrevista en el lugar acordado con los profesionales, la cual permitió un acercamiento al contexto y con el sujeto de investigación antes de ser un participante activo. La investigadora se presentó, rompió el hielo, informó el objetivo de su visita; simultáneamente realizó una observación de los comportamientos verbales y no verbales y las actitudes de los profesionales frente a las preguntas de la entrevista.

Después de este acercamiento, la investigadora se convirtió en participante, explicó nuevamente el motivo de la entrevista, leyó el consentimiento informado, entregó el mismo para que el profesional de enfermería decidiera, aceptara y firmara su participación en la investigación. En esta inmersión en el campo se tuvo la experiencia de hacer una entrevista en profundidad y se ajustó la pregunta inicial, el lenguaje, el tiempo, la profundidad de la información y la corrección de las deficiencias que se identificaron.

También en esta inmersión se definieron los datos que se debían tener en cuenta para la caracterización de los participantes: edad, género, estado civil, procedencia, religión, experiencia total como profesional y específica en unidad de cuidado intensivo.

3.8.4.2. Recolección de la información.

La técnica de recolección que se utilizó en esta investigación fue la de entrevista individual a profundidad, la observación y las notas de campo, a continuación se explican cada una de ellas.

3.8.4.2.1. La Entrevista Individual A Profundidad.

Se realiza con reiterados encuentros cara a cara entre la investigadora y los participantes, estos encuentros están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas respecto de sus experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. También es definida como “una serie de conversaciones libres en las que el investigador poco a poco va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal (65).

Mediante la entrevista se pretendió acceder a los contenidos del significado del fenómeno a estudio; esta es un evento único que ocurre entre dos personas: el informante y el

entrevistador, buscando siempre focalizar, es decir, cuando se asocia con el hecho de concentrar, en un solo punto conceptos y cuestiones referidas a un tema y a un contenido (62).

Los elementos diferenciadores de la entrevista en profundidad son la existencia de un propósito explícito, la presentación de explicaciones al entrevistado y la formulación en cuanto a preguntas demográficas/biográficas, sensoriales, sobre experiencia y conducta, preguntas sobre sentimientos, conocimiento, opinión y valor, las cuales fueron asumidas para la presente investigación, adicionalmente a otras cuestiones que la investigadora agregó (62).

Para Varguillas Carmona (2007), en su artículo indica que se pueden plantear tres tipos de preguntas: “descriptivas, estructurales y de contraste” (64).

Preguntas descriptivas: tienen como finalidad acercarse al contexto en el cual el informante desarrolla sus actividades rutinarias, es decir, lo que cotidianamente desarrolla y se toma nota respetando su propio lenguaje.

Preguntas estructurales: son complementarias a las preguntas descriptivas, se formulan para comprobar las explicaciones extraídas de los informantes a partir de anteriores entrevistas, al tiempo se descubren nuevos conceptos e ideas.

Preguntas de contraste: Estas se plantean para extraer diferencias entre los términos utilizados por un participante como parte de una misma categoría.

Según Sandoval (1996), la primera entrevista es de carácter muy abierto, la cual parte de una pregunta generadora y amplia, que busca no sesgar un primer relato, que será el que servirá de base para la profundización ulterior (61).

Las entrevistas fueron grabadas, y se iniciaron con la pregunta general: *¿Quiere compartir conmigo como ha sido la experiencia cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la unidad?*. A lo largo de entrevista, para completar la información, se realizaron otras preguntas como: *¿Qué piensa cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI?*, *¿Qué siente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI?*, *¿Qué hace cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente en la UCI?*, *¿Cómo le afecta la muerte de un paciente en la UCI?* y *¿Cómo vive el proceso de la muerte de los pacientes?*.

Se realizaron en promedio tres entrevistas por cada participante, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad.

3.8.4.2.2. La Observación.

Comprende selección, observación y registro sistemático de comportamientos, hechos y ambientes significativos para el problema que se investiga (57). Para esta investigación se

utilizó la observación participante, como lo indica Mayan (2001): es la estrategia para reunir información que de otra forma sería inaccesible; se emplea para definir el problema de investigación con referencia a la vida cotidiana de las personas, una estrategia flexible de apertura y cierre. Es un registro continuo y acumulativo de todo lo acontecido durante la vida del proyecto de investigación (65).

En términos de proceso, la observación participante, como lo indica Quintana (2006), tiene su primer reto en "ganar la entrada al escenario" u "obtener el acceso". El éxito en lograr este cometido depende en buena parte de las habilidades interpersonales del investigador, así como de su creatividad y sentido común, para tomar las decisiones que sean más apropiadas y oportunas, de acuerdo con las especificidades de la situación que encuentre. Ganado el acceso físico y social al escenario de estudio e identificadas las situaciones a ser observadas dentro de dicho espacio, es necesario decidir qué fenómenos serán observados y analizados en tales situaciones (66). Lo que se observó en los profesionales de enfermería, fueron las actitudes, acciones, movimientos y sentimientos que expresaron durante la entrevista

3.8.4.2.3. Las Notas De Campo.

Se utilizaron como medio de apoyo para registrar todas las impresiones, observaciones y la interpretación de las mismas.

Tabla 2. Formato de registro de las notas de campo.

NOTAS DE CAMPO	
INFORMANTE O PARTICIPANTE N°	
ENTREVISTA N°	FECHA:
OBSERVACIONES:	
ANÁLISIS DE LO OBSERVADO:	
ANÁLISIS DE LO INTERPRETADO CON LA ENTREVISTA:	

Fuente: Ruíz de Cárdenas, Carmen Helena.

También para la recolección de datos se tuvo en cuenta el tiempo y el lugar de la entrevista, la cual duró aproximadamente una hora, tiempo suficiente para ello, realizándose en un lugar diferente a la Unidad de Cuidado Intensivo, dentro de las instalaciones del Hospital, esto se realizó con el fin de no ser interrumpidos durante el proceso de recolección de los datos.

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Esta investigación cumplió con los principios que reflejan la preocupación de la investigadora por hacer lo bueno, lo correcto y lo justo, pues manifiestan la identidad moral de la autora (67). Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se rigió por:

La veracidad: es la obligación de decir la verdad, de no mentir a otros. En ésta investigación este principio estuvo presente en el momento en que la investigadora solicitó la autorización a cada uno de los participante para hacer parte de la investigación, también cuando se realizó la transcripción de las entrevistas en su totalidad y el análisis de la información, obteniéndose resultados, los cuales no se manipularon a conveniencia de la investigadora.

La confidencialidad: Se refiere a la obligación de cumplir con aquello a lo que uno se ha comprometido y mantener la confidencialidad. Este principio en ésta investigación, fue fundamental para su realización, puesto que la investigadora partió de un reconocimiento que la confianza es la base de las relaciones humanas y que la información que el participante le proporciona es confidencial, además en ningún momento se reveló el nombre del participante, puesto que se utilizaron códigos.

De reciprocidad: hace referencia a que los sujetos y las instituciones que participaron de la investigación recibieron algún beneficio, en esta investigación uno de los beneficios que tuvieron los participantes fue adquirir un mayor conocimiento acerca de si mismos frente a este fenómeno, puesto que el estudio dio la oportunidad al participante, quien realizó introspección y reflexión personal sobre este fenómeno con el cual convive diariamente en su vida laboral.

Respeto a la autonomía: Este principio señala que los individuos tienen la libertad de elegir y determinar sus propias acciones. En esta investigación, este principio se vio reflejado cuando la investigadora tuvo en cuenta la dignidad humana y reconoció la libertad de los profesionales; es por eso que la investigadora informó a los posibles participantes el objetivo de la investigación y libremente cada uno de ellos decidió participar firmando el consentimiento, pues es el mecanismo más apropiado para reconocer la autonomía de los participantes. El consentimiento informado es un documento escrito que evita problemas legales, éste no se reduce a la firma de un papel; es la prueba de que la investigadora respetó la capacidad de los individuos participantes en el estudio de auto determinarse y en ese sentido, de participar en la investigación, formular preguntas e inquietudes a los investigadores en cualquier etapa de su desarrollo y rehusarse en cualquier momento a continuar participando sin que ello le signifique problemas o dificultades posteriores. (Anexo 2. Consentimiento Informado).

No maleficencia: Este se refiere a la obligación de evitar hacer daño a otros. En esta investigación el daño a otros no se dio, puesto que la investigadora no tiene ninguna intención de hacerlo.

La Justicia: Se relaciona con la distribución de los riesgos y los beneficios. En esta investigación el derecho a la intimidad, el trato justo y la selección cuidadosa de los participantes, fueron derechos que la investigadora relacionó con este principio.

Propiedad intelectual y derechos de autor: Es la protección que le otorga el estado al creador de obras literarias o artísticas desde el momento de su creación amparados según la constitución política de Colombia por la Ley 23 de 1982, Código Civil art 671, Ley 44 de 1993, Ley 603 del 2000, Decreto 1360 de 1989, Decreto 460 de 1995 y Decreto 162 de 1996, es tenido en cuenta a lo largo de toda la revisión de la literatura y de la investigación en todo momento serán referenciados los autores de los conceptos utilizados y reconocida la paternidad de la creación de obras o artículos (68).

De igual manera se tuvo respeto por la integridad de la obra. Finalizada la investigación quedaron consignados los créditos Institucionales, asesores y colaboradores.

También en las consideraciones éticas se tuvo en cuenta la Resolución 13437 de 1991, expedida por Ministerio de Salud en el 1991, esto con el fin de recordad cuales son los derechos a que tienen los pacientes que afrontan el proceso de muerte, es por e4so que se cita el Artículo 1 con sus respectivos numerales, que se relacionan con la investigación:

1) que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
7) Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

10) Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad. (69)

3.9.1. Riesgos de la Investigación.

Dentro del desarrollo de esta investigación, no se presentaron riesgos para los participantes ni para la investigadora o para la investigación en sí misma.

3.9.2. Rigor Metodológico.

En esta investigación, se mantuvo el rigor metodológico teniendo en cuenta los criterios de credibilidad, auditabilidad o confirmabilidad, y la transferibilidad o aplicabilidad (61).

3.9.2.1. La Credibilidad.

En esta investigación se logró cuando la investigadora realizó sus notas de campo y las entrevistas a profundidad, donde se recolectó la información, y después de realizar el

análisis correspondiente a cada entrevista se presentaron a los participantes para confrontar si lo que se dijo fue realmente interpretado.

3.9.2.2. La Auditabilidad o Confirmabilidad.

En esta investigación, este criterio se dio con las notas de campo que realizó la investigadora durante la entrevista, quien registró las observaciones realizadas, las cuales pusieron en evidencia las decisiones e ideas que la investigadora tuvo en el estudio. También para cumplir con este criterio fue importante el acompañamiento de la asesora o directora de la tesis, pues se necesitaba de la habilidad de otra investigadora como lo es la directora de tesis, para seguir la pista o ruta de lo que el investigadora principal estaba encontrando en la recolección y el análisis de los datos y de esta manera no desviarse del fenómeno en estudio.

3.9.2.3. La Transferibilidad o Aplicabilidad.

Los resultados de esta investigación tendrán aplicación en la institución que fue seleccionada para el estudio, teniendo en cuenta que el contexto y las características de los participantes son muy específicas. Para esto la investigadora, tuvo que describir densamente las características de las personas que fueron los participantes de esta investigación, esto con el fin de lograr un grado de transferibilidad en función directa de la similitud entre los contextos y las características de las personas.

4. ANÁLISIS.

Para el análisis de la información en esta investigación se utilizó el modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott (1994), el cual sugirió una variedad de estrategias para la exploración e interpretación de los datos cualitativos. Las tres estrategias sugeridas para la transformación de los datos cualitativos son la *descripción*, el *análisis* y la *interpretación*, cada una de estas se fundamenta en la estrategia anterior y están presentes simultáneamente durante el proceso de reducción de información y en la elaboración de los narrativos de un estudio cualitativos (70).

4.1. ESTRATEGIAS SUGERIDAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE LOS DATOS CUALITATIVOS DE HARRY F. WOLCOTT (1994)

La Descripción.

La descripción es el relato de los hechos observados, los personajes de la historia, sus atributos y sus comportamientos, es la base en la que se fundamenta la interpretación y el análisis. Durante la descripción, el investigador debe mantenerse lo más cercano posible a los datos; aunque dejando que los datos hablen por sí mismos. Wolcott, propone que la descripción debe responder a la pregunta ¿qué está sucediendo? Además, expone que ésta constituye la base en la que se fundamenta la interpretación y el análisis.

El Análisis.

Es el proceso mediante el cual el investigador expande y extiende los datos más allá de la narración descriptiva, ya que con él se pretende resaltar los asuntos centrales. El análisis requiere un acercamiento cuidadoso y sistemático a los datos para así poder identificar características, patrones y relaciones claves. Éste debe ser estructurado, formal, sistémico, fundamentado, metódico y particular. La pregunta central que debe responder al análisis es “¿Qué relación guardan unos elementos con otros y cómo interactúan para producir un fenómeno?”.

La Interpretación.

Es donde el investigador ofrece su propia interpretación del problema a estudio, es la etapa más compleja del proceso. La interpretación, es el espacio que tiene el investigador “para crear conocimiento nuevo, generar nuevas explicaciones e iniciar nuevas teorías”, esto el investigador lo debe hacer con mesura y prudencia, pues ambas son necesarias para asegurar que las especulaciones que hace el investigador estén fundamentadas en los

hallazgos. La interpretación responde a la pregunta “¿Cuál es el significado de esto y para qué sirve?”.

Una vez que ha grabado la entrevista a profundidad, se lee cuidadosamente y se van señalando los descriptores que son fragmentos de la información que corresponden a lo que el informante manifiesta, a estos fragmentos se les asignan códigos (interpretación conceptual que le hace el investigador al hacer un primer análisis) y frente a cada código se construyen los memos, que son registros de los análisis realizados a los descriptores y sus códigos, los cuales contienen pensamientos, interpretaciones, preguntas, análisis y/o instrucciones.

Tabla 3. Formato para registrar la codificación de las entrevistas.

REFERENCIA NUMÉRICA	DESCRIPTOR	CÓDIGO SUSTANTIVO	MEMO	OBSERVACIÓN

Fuente: Ruíz de Cárdenas, Carmen Helena.

Se identificaron códigos similares, se agruparon y se representaron en una denominación con significado del contenido que se denominó **CATEGORÍA** a la cual se la realizó su respectiva descripción, teniendo en cuenta los memos, el contexto y al confrontación con la literatura

Después de hacer el análisis de la información emerge el tema central, unas categorías y unas subcategorías.

5. RESULTADOS.

TEMA CENTRAL: *EL CONTACTO CON LA MUERTE ENSEÑA A VERLA DE MANERA DIFERENTE*

Los profesionales de Enfermería tienen el deber de respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Según Aguinaga “el profesional de enfermería que trabaja cerca de la muerte es una persona especial que cuida al paciente moribundo, atiende a la familia de este y vive su propia enfermedad y muerte por adelantado” (71).

El hecho de dar cuidado en una Unidad de Cuidado Intensivo hace que se esté todo el tiempo en contacto con la muerte, que se aprenda a ver y a sobrellevar de muchas formas, haciendo que con el tiempo se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la forma como lo enfrente.

En esta investigación surgen elementos muy importantes alrededor del cuidado y la muerte: Con el paso del tiempo y en la medida que los profesionales se ven enfrentados a la muerte, ellos han observado cambios en sus sentimientos, en sus comportamientos y en sus actitudes, hacia ellos mismos, hacia los pacientes, los familiares y su equipo de salud. De la misma manera, están ofreciendo un cuidado más holístico en este proceso, que incluye la presencia de la enfermera, el abordaje de la dimensión espiritual, y dejan ver su preocupación por ofrecer al paciente las mejores condiciones para que tenga una muerte digna.

A continuación se describen cada una de las categorías surgidas en esta investigación y contenidas en el tema: ***EL CONTACTO CON LA MUERTE ENSEÑA A VERLA DE MANERA DIFERENTE:***

- LA EDAD MARCA LA DIFERENCIA
- ESTAR AHÍ EN LA PARTIDA
- REFLEXION SOBRE LO SUCEDIDO
- LO QUE QUIERO EVITAR Y NO QUIERO LLEGAR A SER

Figura 1. Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante el proceso de muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto.



Primera Categoría: “La Edad Marca La Diferencia”.

La muerte está condicionada por múltiples factores entre ellos la edad, pues como lo indica Aguinaga cuando cita a Ellen Marie Bratt y Karen Lee Fontaine, existe varias edades que el ser humano posee entre las que se encuentra: La edad biológica que se refiere a los cambios biológicos inherentes a un individuo en el tiempo, acabando con la muerte. La edad social, se refiere a los roles, hábitos y capacidad de las personas para comportarse en una sociedad específica cuando se compara con otros que tiene la misma edad. La edad psicológica se refiere a las respuestas adaptativas que presenta una persona para cambiar las demandas ambientales (72).

Las reacciones anteriores varían de acuerdo con la edad, las condiciones socioculturales del paciente, si se trata de un padecimiento agudo o crónico, las molestias, dolor y sufrimiento que produce el mismo y, desde luego, el cuidado y apoyo recibido del equipo de salud, familiares y amigos (73). Desde el punto de vista ético, como lo señala Aranda Otero (2005-2006) en su artículo “La Ética del Cuidado”, el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en el más amplio y rico sentido de la palabra, es un

atributo que hace la diferencia en el momento de la muerte de un paciente, pues reconoce en él su dignidad y su diferencia (36).

Subcategoría 1: “Cuando Muere Una Persona Joven”.

La muerte de personas jóvenes no es vista como un proceso natural, sino como un *absurdo*, pues con él muere el pasado, el presente y gran parte del futuro (74). Cuando se muere una persona joven, aunque no se esté ligado emocionalmente a ella, la reacción de este suceso siempre va a ser mucho más intensa; impresiona más la muerte de un joven, pues la expectativa es que esa vida tiene que durar mucho más por su misma condición, y es allí donde el imaginario del futuro se trunca y detiene: ya no va a ver una vida larga, no se van a procrear hijos, la ilusión de una profesión se pierde y esa creación personal se acaba, produciendo indignación, tristeza e ira en muchas ocasiones (75).

Estos profesionales de enfermería indican que la muerte de las personas jóvenes genera en ellos otra clase de sentimientos, produciendo sensaciones fuertes en el momento del fallecimiento, que algunas veces se manifiestan con el llanto, situación que sucede porque no se espera que muera, por ejemplo, cuando hacen paro cardíaco y/o respiratorio, pues son considerados como personas vitales para el sostenimiento de la sociedad venidera y porque tienen una vida por delante, la cual no han vivido por lo que no han desarrollado su proceso evolutivo. Además esta muerte les afecta aun más cuando conocen la historia anterior del paciente y han podido tener contacto con la familia conociendo cómo era esa persona dentro de su grupo familiar:

“Pues me afecta más de saber que era una persona que tenía futuro, que tenía la vida, que le faltaba realizar proyectos.” C1E2P5

“con los pacientes jóvenes, uno tiene otra clase de sentimientos, porque son personas que eran vitales para la sociedad y si conoce uno lo que te digo, si conoce la historia anterior y ha podido tener contacto con la familia, respecto a cómo era esa persona dentro de su grupo familiar, pues eso le afecta a uno no más”. C3E1P1

“Pues porque es lo natural, son las personas jóvenes, las que tienen toda una vida por delante, eso es lo que uno piensa, que no han vivido, que no han hecho un proceso, no han desarrollado todo su proceso evolutivo y que son la sociedad venidera y de sostenimiento de esto, entonces es diferente.” C3E1P24

“En las ocasiones que he tenido jóvenes que han fallecido en mi turno... si me ha afectado mucho más fuerte... no he podido dejar de llorar, entonces, ya se me salen lagrimas y me afecta durante varios días, si?, estoy triste, me dan ganas de llorar.” C4E1P6

También a estos profesionales de enfermería les afecta mucho más la muerte de las personas jóvenes cuando saben que son cabeza de familia, pues se cuestionan por: el qué

será la vida de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar y que no tienen a nadie y argumentan que se ponen en la piel de esos niños:

“yo sé que era cabeza familiar, que era joven, que era la cabeza de la familia, que tiene muchos hijos, de que él dependía el sustento y toda la estructura familiar, pues la afectación es muy grande.” C3E1P1

“es como si yo me pusiera en el pellejo de esos niños que quedan solos, desamparados, que van a sufrir, a llorar, que no tienen a nadie, que qué será la vida” C3E1P12

Asimismo, la muerte de un paciente joven los lleva a pensar en su propia muerte y en los proyectos personales y familiares que en esos momentos dejaría de realizar si le llegara a suceder este evento:

“Me afecta en que, me pongo a pensar en que de pronto también puede ser uno. Entonces yo me pongo a pensar si a mí me pasara eso, en donde quedan todos los planes de vida y proyectos que tengo con mi familia, entonces es bastante pesado.” C1E2P6

Además, la muerte de un paciente joven es difícil de afrontar porque se asocia la situación del paciente y la familia con personas que estos profesionales conocen como amigos y su propia familia, especialmente con sus hermanos cuando tienen la misma edad:

“porque de pronto uno no es capaz de diferenciar con las personas que uno conoce y uno lo asocia, lo asocia con esas personas por ejemplo con mis hermanos, otras personas jóvenes que yo conozco y ver el dolor de la familia y uno saber que de pronto es una persona que le va hacer falta a la sociedad, pues eso es duro, uno trata de aumentar el esfuerzo, quizás por la edad.” C5E2P1

Sin embargo, ellos argumentan que antes del momento previo a la muerte de un paciente joven, se agotan al máximo todos los refuerzos y recursos terapéuticos: tratamiento, cuidados de enfermería, cumplimiento de protocolos, todo ello para salvar la vida de este paciente, excepto, cuando son pacientes terminales o en edad avanzada:

“En el momento previo a la muerte, uno agota todos los recurso. Uno quisiera poder hacer y uno ingenia cosas. Mueve el cielo y la tierra por ayudar a esa persona, sobre todo cuando es joven, repito.” C5E1P5

“Pues que uno al agotar recursos empieza con los médicos con todo el equipo interdisciplinario a hacer lo máximo, máximo para llegar a salvar una vida que se desea salvar, cuando no es un paciente ya terminal o un anciano muy muy viejito, entonces, se le ocurren a uno muchas cosas, a eso me refiero con ingeniar cosas y el esfuerzo terapéutico es muy amplio” C5E2P7

La corta edad de la persona que fallece hace más doloroso el duelo, pues, se acepta con mayor resignación la muerte a edades avanzadas, ya que se supone que las personas han podido llevar a cabo su proyecto de vida. En los casos en que una persona joven fallece, el ciclo biológico natural se invierte, el profundo dolor, el desconcierto inicial, sensación de despojo e injusticia son las primeras emociones, se produce una ruptura epistemológica donde el sistema de creencias del individuo se siente profundamente modificado.

Subcategoría 2: “Cuando Muere Una Persona Adulta Mayor”.

La muerte se acepta mejor cuando se tiene el sentimiento que la persona ya cumplió las etapas de vida (76). Esto va muy ligado a la cultura, pues ésta en términos de reacciones, es la más aceptada, siendo percibida y vivida la muerte de un anciano como algo natural, justo y necesario, por haber vivido cronológicamente, sin importar las obras, las ideas, los sentimientos, ansiedades y temores o expectativas del que muere y, aunque produce dolor y tensión entre las personas y la familia por ser una pérdida significativa, su aceptación es considerada como un designio de Dios, como una forma de descansar o como alguien que vino a la vida a hacer algo y como tal merece no sufrir (77).

Para este grupo de profesionales de enfermería el significado de la muerte de un paciente de edad avanzada se acepta y se percibe como algo natural, por lo que la afectación es menor que la muerte de un paciente joven. Sin embargo, esta afectación depende de algunas circunstancias como: la patología que cursa, la actividad física que ellos realizaban antes de su hospitalización, si son pacientes que están postrados en cama, el apoyo familiar con el que cuentan, la percepción de cansancio en las personas cuidadoras, siendo todo esto una condición que genera en los profesionales sentimientos de compasión, hasta llegar al punto de pedirle a Dios que se lo lleve, que no lo deje sufrir más:

“Pero cuando uno tiene un abuelo, que considero yo que ya ha vivido todas sus etapas, ya digamos, ya está culminando su vida prácticamente, no es que no le duela, sino que uno se sienta a pensar de que él ya vivió, tiene una serie de enfermedades que lo que hace es, agrandarle más el sufrimiento tanto a él, como a la misma familia,?” C6E2P2

“pesar de que la familia muchas veces dice “que no, que ellos se los llevan así, que a ellos no les importa” pero creo que uno tiene que pensar más en esa persona que está ahí, sufriendo en una cama, con una serie de medicamentos, con una serie de soportes que le están prologando pues la vida, pero uno dice. “la vida a costa de qué?, Acosta de sufrimiento C6E2P3

Además, éste grupo de profesionales de enfermería argumentan que los pacientes de mayor edad tienen una hospitalización larga en la unidad; este paciente presenta mayor sufrimiento y la familia alcanza a hacer el duelo con anticipación, es decir, se prepara esta familia para el momento de la muerte de su ser querido:

“Porque son personas que hacen un descondicionamiento físico, deterioro neurológico y que con mucha dificultad se recuperan Entonces pues una persona que es ya mayor, tiene mayor sufrimiento y que la familia ya como que, que ya ha hecho ese duelo con anticipación antes de que la persona fallezca, uno nota eso en la experiencia.” C5E2P2

También este grupo de profesionales asignan denominaciones de “anciano” “viejitos” “abuelo” a los pacientes de edad avanzada e indican que durante su hospitalización muchos de ellos señalan sus deseos de descansar:

“un anciano 80,90 años, pues uno dice: “dejémoslo que descanse” y ellos muchas veces lo manifiestan que es el deseo de ellos y pues eso también lo mueve a uno, eso también lo toca a uno, que ellos digan: “ya déjenme” y uno sabe: soportes inotrópicos muy altos, uno dice: “no”, “esta persona se quiere morir, morir”. Y pues yo soy católica y yo creo en esas cosas, en que ya Dios lo está llamando a uno y ya ha cumplido un ciclo, de pronto son personas que pues como que no dejan que la vida de sus familiares fluya normalmente, entonces, pues es lo mejor. C5E1P5

Segunda Categoría: “Estar Ahí En La Partida”

El interés y motivación de enfermería es brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida y se remonta a los orígenes de la profesión. Florence Nightingale cuidaba de los soldados heridos en la guerra de Crimea proporcionándoles medidas de confort orientadas a mantener un entorno agradable manteniendo una adecuada ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y aislamiento del ruido; los acompañaba al bien morir incluso durante la noche, por eso se le conoce como la dama de la lámpara (78).

Si se tiene en cuenta lo anterior y después de analizar la información suministrada por los participantes, surge esta categoría: “*estar ahí en la partida*”, la cual se convierte en una característica de este grupo de profesionales de enfermería: el estar presente en la agonía, inminencia de muerte y en la propia muerte de un paciente, es decir, quieren hacer la presencia auténtica de enfermería como lo señalan los patrones de conocimiento personal y estético (79), pues como lo exteriorizan ellos hay que brindar bienestar, es decir, evitar el sufrimiento, aliviar el dolor y de esta forma, ofrecer un cuidado con atención total teniendo en cuenta la dimensión espiritual. Por eso, es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica como lo indica la Ley 911 (25). Además de esto, tiene que estar preparado para asistir, entender, acompañar y ayudar a cualquier ser humano (paciente y familia) en los difíciles momentos de todo el proceso de la muerte (80).

También, López (2001) señala en su investigación que el aspecto emocional y espiritual tiene el primer orden de importancia en la percepción de cuidado que requieren los

pacientes en fase de muerte inminente. La necesidad de estar y sentirse acompañado es de gran significado para las personas que se encuentran cursando con el proceso de muerte, porque el sentirse acompañado por alguien les permite atenuar el miedo y satisfacer algunas otras necesidades de orden físico (81).

Subcategoría 1: “Brindarle Bienestar”.

Una política de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en cuanto a los cuidados paliativos es llegar a conseguir una comunicación eficaz, control de los síntomas y apoyo a la familia, todo esto con el fin de lograr alivio del dolor y otros síntomas; no alargar, ni acortar la vida; dar apoyo psicológico, social y espiritual; reafirmar la importancia de la vida; considerar la muerte como algo normal; proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible; dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo (80).

Esta política de la OMS, no está tan apartada de la realidad para este grupo de profesionales de enfermería, puesto que ellos consideran que para brindar bienestar se debe tener en cuenta las posibles alteraciones que presenta la persona que está en agonía, inminencia de muerte y muerte, como son alteraciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales, incluyendo a la familia que también requiere el mismo apoyo social, psicológico y espiritual en numerosas ocasiones.

Es por eso que para este grupo de profesionales de enfermería es importante evitar el sufrimiento físico y psicológico, el cual es relacionado con el dolor y lo que puede llegar a sentir el paciente: por la separación de la familia y el tratamiento invasivo que tiene la estancia en la unidad de cuidado intensivo cuando el paciente no tiene buen pronóstico. Además considera que la muerte debería ser sin sufrimiento sin ningún tipo de sufrimiento:

“pienso que la muerte debería ser sin sufrimiento, que debería para las personas en general y para uno llegar sin ningún tipo de sufrimiento físico ni psicológico”
C3E1P3.

“Sufrimiento es dolor, es separación de los familiares de su entorno familiar. Sufrimiento es invasión de cosas: tubos, chuzadas, tomarles exámenes, ¿si?, hacerles cantidad de cosas invasivas a la persona, cuando ya no tiene opción por ejemplo. Entonces eso no debería existir.” C3E1P4

Además consideran que otra clase de sufrimiento que se presenta en la Unidad de Cuidado Intensivo es el aislamiento al que están sometidos los pacientes que ingresan a la misma, pues no se les permite que la familia esté permanente con ellos, generando así un dolor en el alma que puede llegar a sentir esta persona, siendo manifestado de diferentes maneras como ansiedad y mutismo; las personas no les interesa comunicarse, lloran algunos:

“si, hay otra clase de sufrimiento que es el aislamiento al que a veces se someten los pacientes a donde no se les permite o, en general, los que tiene que venir a UCI, de que la familia no está permanente con ellos, no se les permite, eso es un sufrimiento para ellos.” C3E2P5

“Pero dolor del alma eso lo siente uno, ¿si? una ansiedad, no sé cómo expresar ese dolor, ese sufrimiento; pero uno ve que la gente, que los pacientes si sienten ese sufrimiento porque entran en mutismo, no hay comunicación y lloran algunos.” C3E2P6

También estos profesionales indican que cuando un paciente está en agonía, tratan de administrarle algún calmante o sedante para que no sufra, porque piensan que siente dolor y de esta manera le brindan bienestar:

“Pues me da tristeza y trato de que se le administre algún calmante, algún sedante para que no sufran esa agonía, porque pienso que siente dolor, que siente, se trata de darle un bienestar” C3E2P17

Así mismo, estos profesionales indican que otra forma de brindar bienestar es ayudando a arreglar el cuerpo del paciente cuando ya ha muerto y su muerte ha sido de manera gradual:

“A veces lo ayudo a arreglarlo, pero como una forma de despedirlo y lo hago con calmita, lo hago con suavidad, o sea, ayudo a quitar las venopunciones suavemente, le quito el catéter”. C4E1P12

Del mismo modo, para estos profesionales de enfermería, brindar una atención total es permitir que los pacientes puedan morir dignamente, es decir: permitirle que la familia lo esté acompañando todo el tiempo, que la persona no sufra dolor, asfixia, frío, hambre y que se le preste una atención total por parte del personal de enfermería: que se le haga todo hasta el último momento como un paciente que tiene buen pronóstico:

“Pues la atención total es que se le bañe, se le peine, se les hagan todos los cuidados de la piel, como si fuera un paciente, cualquiera que se espera que sí va salir, ¿si? así sea que se espere que va morir, se le haga todo.” C3E2P19

“Que estuviera el familiar al lado, que se le permita a la familia estar con su familiar y que no sufra dolor el paciente, que no sufra de asfixia, que no sufra frío y que no sufra falta de comida, digamos alimentación, entonces eso es lo digno de la muerte en una unidad, y con la atención total, hasta el último momento del personal de enfermería.” C3E2P18

Subcategoría 2: “La Despedida”.

Esta subcategoría surge porque estos profesionales señalaron que una de las acciones que hacen cuando se muere un paciente en la unidad es hacer una “despedida”, la cual consiste en hablarle, cogerle la mano, quedarse ahí al lado y dejar entrar a la familia, estas acciones se hacen como muestra de respeto hacia el paciente y contribuyen a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada, como lo señala López (2001). El sentirse acompañado es un antídoto inherente a la soledad de morir (81). Esta despedida, por parte del profesional de enfermería, se hace de manera individual y personal, cuando se tiene el tiempo disponible para hacerlo, puesto que muchos de ellos manifestaron que se sienten incómodos cuando alguien del grupo de salud los ve despedirse del paciente, pero si está la familia cerca del paciente prefieren que ellos hagan esa despedida:

“Yo creo que uno despide, es su recuerdo de él o algo así... Como que no es hacia el paciente, porque uno sabe que ya no está ahí. Es respeto, respeto por el cuerpo del paciente y por lo que fue el paciente y porque uno tuvo una relación con el paciente. Pero una forma como de decirle a uno bueno, esto es lo último que voy hacer de especial con usted y ya, ya se va. Es como eso.” C4E1P14

Otro significado que tiene la despedida cuando el paciente está en inminencia de muerte *es de acompañamiento*, es por eso que estos profesionales realizan este acompañamiento al paciente a través de diferentes acciones como coger la mano, deja entrar la familia si esta se encuentra en este momento, hablarle al oído o simplemente se queda cerca de él, pero no lo toca. Para realizar algunas de estas acciones los profesionales prefieren privacidad, es decir, estar solos para realizarlo sin el auxiliar de enfermería a cargo del paciente y sin el médico. También indican que deben estar sin estrés, sin ninguna sobrecarga de trabajo y no tener interrupciones como llamadas. Si no se presentan estas condiciones prefieren no hacerlo:

“Pues si me quedo... cuando yo ya veo la inminencia de que el paciente por los signos vitales, se está hiendo. Entonces ya si tengo un paciente super bradicárdico, que va a entrar en asistolia, con todos los signos ya inminentes de muerte, ya ahí si trato de no irme porque sé que el paciente ya se va ir, entonces, es como acompañarlo” C4E2P13

“A veces le cojo la mano, Y a veces le hablo al oído, cuando se puede. Cuando no estoy sola, sino está el familiar, deajo entrar al familia para que esté ahí, cuando se ha podido y básicamente eso, o me quedo cerca y no lo toco”. C4E2P15

“Pues, a veces cuando se van muy gradual, cuando no es fulminante. Cuando se van gradual, pues yo espero que se vayan. Generalmente me quedó ahí. No me quedo haciendo como, como haciendo un rito no, sino me quedo ahí esperando. Si se demora mucho en irse el paciente, si eso es, voy hago algo y regreso, estoy pendiente, pendiente, pendiente.” C4E1P12

Otra de las acciones que realiza estos profesionales es hablar con el paciente en la agonía y en la inminencia de muerte y lo hacen con el fin de que ellos pidan perdón y se vayan tranquilos, en paz, y utilizan frases como: “vaya tranquilo, no tenga miedo” y esto lo hace porque este profesional considera que van a un lugar mucho mejor:

“Pues le hablo, le hablo precisamente en ese momento... que se van, de poderles decir que se vayan tranquilos, de poderles hablarles, de que no tengan miedo si?, considero que van a un lugar mucho mejor que el que estaban.” C6E1P7

“hablar con ellos, el contacto físico para mí es muy importante, yo estoy hablando y le estoy tocando la mano, tocando el hombro, yo digo, lo último que uno desearía es morir uno en soledad, al menos digo yo, no se va a sentir sólo, que se está yendo solo. Entonces el contacto físico para mí es muy importante, entonces generalmente le tomo la mano o le cojo el hombro y hablo con él. Eso” C6E2P36

“Y de que hablo con él: del perdón, del amor, de ese proceso de dejar un cuerpo, de ir a otro lado, de irse a descansar definitivamente y es algo que siempre, siempre lo he hecho. Es algo que desde que comencé mi profesión, siempre lo he hecho, con la mayoría de mis pacientes.” C6E2P40

La experiencia de coger la mano en la despedida para este grupo de profesionales tiene varios significados como señal de acompañamiento, apoyo y vínculo entre Dios, el paciente y el profesional:

“Coger la mano, es el hecho de que va sentir como el contacto con uno, con una persona que no se va sentir que esta allá tirado en una cama, sin que ni siquiera a nadie le importe lo que está viviendo él en ese momento, si? es como decirle: “yo estoy aquí, a mí me importa”. Sí?, es eso”. C6E2P37

“a mí me gusta cogerles la mano, como para que sintieran que cuando se morían no se estaban muriendo solos, porque había alguien que los estaba acompañando”. C2E1P9

“es un acompañamiento, por más que jamás en la vida lo haya visto, pero no más con el hecho de que yo lo toque con cariño y le diga: “váyase en paz o le haga la oración”, igual se va sentir acompañado. No se va sentir igual de acompañado que si yo hubiese tenido un proceso de interacción con él, pero si se va sentir acompañado, por más que sea mi primera vez que yo lo veo, se va sentir acompañado” C2E2P10

“coger la mano es como un símbolo de apoyo, de decir: “mire usted no está solo, estoy aquí presente, no está solo”. C2E1P10

“es como un vínculo con el paciente, y con Dios, como que estamos conectados los tres en ese momento.” C5E2P34

Para estos profesionales de enfermería la compañía de la familia en el momento de la despedida, es importante, puesto que consideran que los pacientes escuchan, por lo que escuchan a sus seres queridos decirles “que lo aman” y de esta manera se van en paz. Por lo que creen que es la mejor forma de morir. A pesar que los profesionales consideran una situación difícil de afrontar el hecho de llamar a la familia para despedirse de su familiar, los profesionales queda más tranquilos al saber que la familia alcanza a llegar a despedirse, manifestar los sentimientos y acompañar al paciente para que no muera en soledad, sin embargo, una de las preocupaciones en ese momento de los profesionales es que la familia vea a su ser querido lo mejor posible, antes de desconectarle la terapia invasiva:

“Uno al principio, cuando se está entrenando en UCI, uno piensa que no va poder, que la mente no va poder soportar eso, si?, por ejemplo, un paciente no tiene pronóstico, llame a la familia para que se despida, eso siempre me ha parecido muy duro y todavía me parece muy duro.” C5E1P24

“entonces me parece bien que esa persona sepa que la aman. Yo creo que para una persona muy viejita que manifiesta deseos de morir ya, de descansar, para ellos tiene que ser muy agradable escuchar que alguien les diga: “que los ama y que se vaya en paz”, eso me parece bonito.” C5E1P25

“Ahora, quedo como más tranquila que la familia alcance a llegar, que vengan a despedirse y a acompañarlo, entonces la familia llega y pues manifiesta sus sentimientos y acompaña al paciente y uno queda más tranquilo que el paciente no se quede en ese momento” C5E2P27

“El acompañamiento es que esté el familiar más querido, que lo pueda tocar, que le pueda hablar, que le pueda masajear, que pueda estar con él lo últimos momentos” C3E1P18

“Irse en paz es saber que está acompañado en los últimos momentos de su vida, que lo van a recordar, que lo quieren, que no tiene deudas con nadie, ni rencores, que las personas más allegadas lo perdonan por alguna cosa que hubiera hecho y que le están diciendo: “tranquilo, descanse, váyase”.” C5E1P26

Sin embargo, para uno de los profesionales el apoyo y su colaboración en la despedida para la familia consiste en enfocarla con respecto al duelo que están viviendo y enfatiza en indicarle la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues como lo indica ella, siempre se espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cuando este profesional hace este cuidado busca que no la afecte:

“trato de que no me afecte eso, pero si trato de colaborarle a la familia en que le hablen a esa persona que está ahí, a que le expresen sus sentimiento, para que ellos tampoco se queden con ese, como con ese taco en la garganta, sin decir qué no pudo expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos, ya a último momento, cuando esa persona se nos está yendo para decirle muchas cosas si? pero igual, pues, trato de enfocar a la familia, con respecto al duelo, eso sí.” C6E1P10

No obstante, en algunas ocasiones es difícil hacer la despedida, sobre todo cuando el profesional de enfermería se siente identificado con el paciente en cuanto a su situación y no acepta que él se va a morir:

“Yo le hablaba, yo lo tocaba, el tenia su muerte cerebral y yo le decía: “No, mire, Giovany, tiene que salir adelante”. Yo le tocaba su carita, sus manitos y yo lo miraba tan frío y en ese momento yo quería calentarlo, le poníamos la cobija térmica y yo no aceptaba que él se iba a morir.” C2E1P19

También la despedida se hace como una forma de hacer conciencia de dejar partir a la persona:

“uno va haciéndose la idea o uno se va convenciendo a uno mismo de que ya hay alguien que no va a estar. De que ya hay alguien de que ya se va a ir y que toca empezar a dejarlo ir, no solamente en lo físico, sino que ya tiene uno que empezar a dejarlo ir en el corazón. Y saber que lo va a extrañar y que le va a uno a afectar” C4E1P2

Subcategoría 3: Comunicación Espiritual.

En cuanto a esta subcategoría, la comunicación espiritual está influenciada por el conjunto de creencias y actitudes características de la vida espiritual que tiene cada uno de los profesionales de enfermería. Como lo señala Ray (1997) cuando habla del cuidado espiritual ético, ella indica que los imperativos éticos del cuidado que se asocian al aspecto espiritual se relacionan con nuestras obligaciones morales para con los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas simplemente como un medio para un fin o como un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones (82).

Si se tiene en cuenta lo anterior y lo que dice cada uno de los participantes de esta investigación, las creencias religiosas y el conocimiento de enfermería están muy ligados, como lo indica Sánchez (2004), ya que son varios los motivos para que la espiritualidad,

vivida de manera religiosa, sea útil en la salud, entre ellos, se ha reconocido que la oración o la meditación generan un estado de paz interna que ayuda a la recuperación, y el tener pensamiento positivo, es terapéutico. De otra parte, los grupos religiosos dan soporte social. Más aún, el sentido de la disciplina y la esperanza, propios de las culturas religiosas, se han podido asociar con mejor acatamiento de los regímenes. El cuidado de quienes viven con enfermedad, o sufren a consecuencia de ella, debe priorizar aspectos espirituales, donde se logren espacios de reconciliación con Dios, un ser o fuerza superior, compañía de los demás y reflexión de la propia vida, como parte fundamental de la experiencia de la salud. (83). Según Winterkon (2008), la espiritualidad es lo que produce transformación interior en el ser humano a partir de la profundidad del cambio interior, la espiritualidad desencadena una red de transformaciones en la comunidad, en la sociedad y en sus relaciones con la naturaleza y el universo (84).

Cuando este grupo de profesionales tiene en cuenta la comunicación espiritual hace referencia a las acciones que realizan cuando se ven enfrentados a la muerte de un paciente. Las acciones que hace son orar, Darle la bendición al paciente y darse la bendición, encomendárselo a Dios y guardar la esperanza. Todas estas acciones buscan la *paz interior*:

“La bendición es como una conexión de encomendar esa alma a un mejor sitio, digamos...” C3E1P7

“en ese caso, es pedir una oración Por la persona, Encomendársela a Dios y saber que yo hice todo lo posible, eso me hace sentir tranquilo.” C1E2P8

“Guardar la esperanza es como un sentimiento, de que algo va salir bien, de que va mejorar... Todo el mundo, la tenemos pues es como la fe... es como un sentimiento positivo de bienestar, digamos.” C3E2P14

Tercera Categoría: “Reflexión Sobre Lo Sucedido”

Bayés (2004) cita en su artículo a Callahan D (2000), el cual señala que uno de los objetivos fundamentales de la medicina del siglo XXI es ayudar a los seres humanos a morir en paz, por eso, los pacientes esperan que los profesionales de salud los ayuden a aliviar su sufrimiento, reducir la carga que suponen para sus familiares, estrechar las relaciones afectivas con sus seres queridos e incrementar la percepción de control sobre sus vidas (85).

Enfermería no es ajena a esta realidad, como lo indica Aguinaga (2010), el profesional de enfermería que trabaja cerca de la muerte, cuida al moribundo y atiende a la familia de este. Sin embargo, cuando se dispone a dar cuidado, tiene dos caminos para recorrer durante su jornada, que requieren el mismo gasto energético y emocional: el camino de la queja, el lamento y la postergación; o el camino del entusiasmo, el esfuerzo, la dedicación y acción.

En otras palabras, debe escoger entre sufrir la amargura durante su turno y por ende en la vida, o vivir bien el turno y disfrutar el goce de lo cotidiano: el cuidado (71).

Teniendo en cuenta lo anterior, este grupo de profesionales de Enfermería no se apartan de esta realidad y surge esta categoría como reflexión de lo que piensan, después de haber enfrentado la muerte de un paciente. Ellos indican que después de este evento los pensamientos se dirigen hacia cómo se presentó: si se dieron las condiciones para una muerte digna y concluyen en lo observado y en la experiencia: que la Unidad de Cuidado Intensivo no es el lugar indicado para morir. También estos profesionales reflexionan sobre la nueva situación de la familia que deja el paciente y cómo esto les afecta. Pero a pesar de las dos situaciones anteriores, indican que el vivir a diario con la muerte los ha llevado a concebirla como un proceso natural de los seres vivos y ésta connotación hace ver a la muerte y la vida de manera diferente.

Subcategoría 1. “La UCI No Es El Lugar Indicado Para Morir”.

A esta conclusión llegó este grupo de profesionales de enfermería quienes tienen muy en claro dos aspectos: primero, que los pacientes que ingresan a la unidad tienen un alto riesgo de morir, al cual se enfrentan todos los días y segundo, que la Unidad de Cuidado Intensivo no es el lugar indicado para morir, pues no se brindan las condiciones para tener una muerte digna por lo que se presentan varias situaciones que los llevan a esta conclusión.

“la muerte en cuidado intensivo por lo mismo que los pacientes, siempre que ingresan acá, se ven afrontados a la muerte, eso es una realidad” C5E1P1

Existen también otras razones que los llevan a pensar que la unidad no es el lugar adecuado para morir: Se dan cuenta que existen diferentes formas de morir. Una de ellas, la que se vive en una unidad de cuidado intensivo: sólo, inmovilizado, con personas extrañas, todo un personal de salud ocupado que, cuando llega la muerte a un paciente, ésta se ve reflejada en la soledad y el frío. Y la otra forma es la que se vive en otro lugar diferente, acompañado con los seres queridos.

“...a mi me parece que si dicen: “paciente sin pronóstico”, deberían decirle:”su merced, lléveselo para la casa...” pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece.... Entonces, por qué no se la llevaban a morir a la casa, en compañía de la gente que quería. No estar con visita de una hora y no puede ver a nadie más y sin cariño...” C5E1P27

“Creo que no es la manera adecuada de morir. Yo creo que la muerte, si uno tuviera que morirse, yo preferiría morirme frente a mis seres queridos, mi familia,

mis amigos. Pero acá en la unidad, uno muere totalmente solo. Abandonado, creo que no es la forma correcta de terminar sus últimos días.” C1E1P34

Indican también que la persona que ingresa a la unidad no está con la familia y no se respeta su voluntad, pues han observado que a los pacientes de mayor edad cuando toman la decisión de que los dejen morir, ésta voluntad no es tenida en cuenta:

“Yo digo que lo mejor sería como estar rodeado de la familia... por ejemplo pacientes que ya llevan mucho tiempo que se le ha hecho, vuelve y sale y vuelve y entra, si? y que ya están cansados y ellos le dicen a uno: “yo ya estoy cansado, yo ya me quiero morir, déjenme morir”, yo digo que deberían respetarle esa parte, porque aquí no se respeta.” C6E1P13

“...rodeado de los seres que uno quiere o que lo quieren a uno, mejor. Sí, yo pienso que rodeado con los, las personas más cercanas y que siempre lo quieren a uno: hijos, esposo, esposa, padres, hermanos, todo. Y ojalá sin dolor me imagino... Solo eso: en compañía de la familia y sin dolor. C4E1P26

Además señalan que en lo observado, las personas que laboran en las unidades se vuelven como máquinas a las que sólo les interesa cumplir funciones: que el monitor y el cuerpo funcionen bien, es decir, que se encuentre con signos vitales estables. Aunque también indica que no siempre es así, puesto que hay algunas oportunidades que tratan al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener unos signos estables bien, a mantener el monitor estable. Pero pues, eso es lo que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida, pero no quiere decir que, no podamos de pronto en un momento, mirar el paciente, preguntarle: que angustias tiene, que problemas y que está pensando..., uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione. Entonces, sí, si es triste estar en la UCI, no es lugar para morir.” C5E1P28

Estos profesionales mantienen la filosofía que cuando un paciente tiene una enfermedad terminal y si ya los métodos tradicionales de medicina no le pueden ofrecer algo más, debería tener una muerte digna, considerada como: estar en la casa, rodeado de la gente que más lo quiere, sin sufrimiento, sin dolor y sin cosas extrañas. También que no sufran asfixia, hambre, frío, que estén cómodas, sin estarle provocando dolor con procedimientos invasivos una hora antes de fallecer y según las creencias con un guía espiritual:

“No, no, no en las unidades que tenemos acá. “El paciente, pues la persona debería estar con su familia, rodeado de su familia, a la hora que sea... con buena analgesia, si la persona tiene una creencia con alguien que esté ahí, guiándolo en

su parte espiritual, sobre todo con su familia, con sus seres queridos. Sin causarle dolor horas antes: le están tomando gases, lo están pinchando o lo estamos pinchando, estamos haciendo, a veces les duele al movilizarlo.” C4E1P25

“yo soy de la filosofía de que un paciente terminal, debería morir en su casa, Si?, si ya no tiene opción, si ya la medicina no le puede ofrecer nada, le deberían permitir dar salida a su familiar a la casa y que tenga una muerte digna allá a su casa.” C3E1P18

Ellos piensan, que deben existir unas condiciones para morir dignamente como son brindar comodidad a una persona para terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos:

“Morir dignamente para mí, es, es estar acompañado de la familia, de los seres queridos que, que uno tiene. Que le brinden a uno todas las opciones y le den a uno la comodidad de una manera adecuada de terminar sus últimos momentos, con una oración, tranquilidad y en compañía de los seres queridos.” C1E3P23

Terminan señalando que morir en el hospital es inhumano, porque la filosofía que se maneja en la parte médica es biológica y no se piensa en la dignidad de la persona y en los deseos por seguir viviendo. Por lo que la persona muere en medio de extraños:

“Primero morir en el hospital es inhumano por que los médicos y el personal de salud se fija solamente en las condiciones fisiológicas del paciente, no en la dignidad, ellos acceden a realizar todos los procedimientos sin detenerse a pensar en un segundo ¿será que el paciente quiere continuar con esto?... ellos no ven a la persona de una manera integrar biosicosocial sino solo biológica. No piensan en lo que estará sintiendo el paciente... además de manera personal a mi me gustaría que en el momento de mi muerte tuviera la opción de morir al lado de mis seres queridos no allá en medio de extraños.” C2E3P7

Por lo anterior es importante tener en cuenta lo que señala Sanz Ortiz (2006), que dice que para conseguir una muerte en paz se deben cumplir las siguientes premisas: a) seleccionar el lugar que nos permita, según las circunstancias de cada persona y cada familia, la mayor comodidad y paz; b) conseguir tanta atención de bienestar como sea necesaria para aliviar los síntomas, y c) hacer que el proceso no se prolongue innecesariamente. También señala que es necesario tener los siguientes componentes para tener una muerte en paz: Dejar buenos recuerdos, estar unido con la familia y el personal de salud en una comunicación permanente, evitar el sufrimiento con un buen alivio de los síntomas, no sentirse abandonado, es decir, mantener el control de la situación, la privacidad, la dignidad y el apoyo, estar preparado espiritualmente, despedirse y morir acompañado, callada y tranquilamente (86).

Subcategoría 2. “La Nueva Situación De La Familia.

Esta subcategoría surge porque una de las preocupaciones que presentan estos profesionales de enfermería es “que va a pasar con la familia después de que saben que falleció el paciente” y como lo indican en las diferentes entrevistas, para ellos es importante que la familia se despidiera del paciente. Además, ésta subcategoría, va muy relacionada con las características que tiene el paciente como la edad, la naturaleza de la muerte si es inesperada o esperada y lo que él representa para sus seres queridos.

Como lo indica Aguinaga (2010), la familia experimenta un choque, al cual debe adaptarse. Algunos de los signos y síntomas que experimenta la familia son estancamiento: falta de motivación, sentimientos de culpa, sensación de abandono y deseo de claudicar, también experimentan el cambio de rol de cada uno de los integrantes. Es por eso que el cuidado de enfermería debe estar dirigido al contexto, a las necesidades de la persona moribunda y la familia durante la hospitalización y después de esta, situación que también los ayudará en la búsqueda de elementos de conservación, entendimiento, aclaración, unidad y cooperación, pues existen familias que necesitan nueva información para renovarse y poder sobrevivir y otras que necesitan tratamiento especializado, sobre todo en las familias cerradas, es decir, las que no permiten influencia externa (77).

Para los profesionales encuestados, la situación familiar les genera sentimientos de tristeza, pero principalmente de incertidumbre, pues consideran que ésta es la más afectada en este proceso de la muerte; el profesional, en ese momento, tiene una reacción que puede ser de sufrimiento, tristeza, desesperación, incertidumbre por lo que va a pasar con ellos (la familia) sin esa persona, debido a que no hay nadie que los oriente y les brinde apoyo:

“Pues, Lo primero que siempre pienso es en la reacción de la familia y el sentimiento de la familia, que es más lo que más me acoge a mí.” C1E1P1

“Es importante porque la familia independientemente después de la muerte, es la que más queda afectada, son las personas que van a sufrir, en esos momentos van a estar con mucha tristeza, mucha desesperación y de pronto en el momento no hay nadie que los oriente, no hay quien les diga una palabra, entonces, es muy triste saber que no hay ninguna persona que se acerque al familiar y le dé unas palabras de apoyo o algún tipo de explicación” C1E2P40

Además, se evidencio lo que dice Bravo Mariño (2006): “La muerte es una experiencia de desprendimiento tanto para el que muere como para los que quedamos vivos”, y con respecto a esto, en enfermería existen dos vertientes: por una parte, argumentan que en la unidad no hay preocupación por esta situación y que por otro lado no queda tiempo para hacer alguna intervención, todo ellos llevando a un no acompañamiento a la familia (87):

“Siento pesar por la familia. Uno de familiar no asume una muerte como: “va estar mejor”, uno asume la muerte como que “el afectado voy hacer yo y la tristeza va hacer para mí”, entonces siento pesar porque la familia no puede manejar eso y uno tampoco acá en la UCI no se preocupa mucho por manejar eso y no le queda tiempo.” C5E2P14

El otro punto de vista se refiere, a que sí existe el apoyo a la familia ante la inminencia de muerte y este consiste en enfocar a la familia con respecto al duelo y la importancia de expresar los sentimientos a esa persona que va a morir, pues indican que el ser humano, siempre espera hasta el último momento para exteriorizar los sentimientos. Cabe aclarar que cuando este profesional realiza esta acción busca que no le afecte:

“trato de que no me afecte eso, pero si trato de colaborarle a la familia, de que le hablen a esa persona que está ahí, a que le expresen sus sentimiento, pues para que ellos tampoco se queden con eseeee, como con ese taco en la garganta, sin decir que no, que no pudo expresarle cuando estuvo vivo, porque desgraciadamente nos pasa así, dejamos de expresar nuestros sentimientos cuando están vivos, cuando nos pueden escuchar, cuando nos pueden decir y encontramos ya a último momento cuando esa persona se nos está yendo de decirle muchas cosas si? pero igual, pues, trato de enfocar a la familia, con respecto al duelo, eso sí.” C6E1P10

Subcategoría 3. “Ver La Muerte De Manera Diferente”.

Como lo indica Bravo (2006) *La muerte es una separación. Morir no es sólo perder el cuerpo, es algo más profundo y doloroso, que implica siempre la posibilidad de un aprendizaje* (87).

Realmente este aprendizaje se encontró al analizar la información que recoge esta subcategoría, puesto que todos los profesionales indican que el enfrentarse a la muerte de un paciente es un aprendizaje que se va adquiriendo en el transcurso de la vida profesional y el hecho de estar trabajando en la Unidad de Cuidado Intensivo hace que todo el tiempo se esté en contacto con la muerte, y es por eso que la muerte se aprende a llevar y, esto hace que con el tiempo, se considere como un proceso natural de la vida y que depende de cada uno la visión y la forma como lo enfrenta, pues estos profesionales consideran que dependiendo de la visión positiva que se tenga sobre este evento no le va a afectar en su vida, a diferencia de los profesionales que no saben cómo afrontar la muerte, pues siempre que se les muera un paciente, se van a sentir conmovidos:

“...eso como que lo aprende uno por el camino a troncosos... Tú tienes que aprender a la buenas o a las malas a llevar este proceso y depende de ti como lo lleves, para bien o para mal definitivamente, si? Porque hay las dos contra partes: si lo llevas para bien sin que te afecte a tu vida o lo llevas para mal para que todo el tiempo te afecte tu vida recordando cosas que ya pasaron, de pacientes que ya no

están con nosotros, pero que se encariñaron con uno y uno pasa a esa parte en la que todo te afecta...” C6E1P14

Igualmente, los profesionales en su totalidad indican que con el paso del tiempo cambia los sentimientos hacia la muerte y esto es por el estar enfrentados a la muerte de un paciente muchas veces. Para que este cambio se produzca en el profesional de enfermería, éste tiene que pasar por lo que yo denomino el **ciclo de afectación** en cual se originó del análisis de la información.

El Ciclo De Afectación.

Este ciclo consta de tres etapas que son:

Etapa 1: “Al comienzo el enfrentarse a la muerte de un paciente es difícil y está acompañado por un sentimiento fuerte”.

Cuando estos profesionales hablan sobre la primera experiencia que tuvieron ante la muerte de un paciente, argumentan que es una situación difícil, porque no saben cómo enfrentarla, pues, no se está acostumbrado a que se mueran las personas, como ellos mismos lo indican “lo coge a uno como fuera de base”, además recuerdan y afirman que cuando entran a la unidad el profesional es muy sensible frente a este hecho. También refieren que los sentimientos que surgen en este evento son como el miedo o terror que algunas veces son inculcados en la casa, sobre todo cuando muere una persona conocida; además el ver el dolor, sufrimiento y aislamiento que tiene que pasar el paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo lejos de la familia, es algo que también les afecta y algunos lo manifiestan por medio del llanto. La actitud que mas predomina en esta etapa es la de salir corriendo o huir:

“al principio, cuando se morían a mi me daba muy duro, yo lloraba, porque... yo comparaba y yo decía: puede ser mi hermano, puede ser mi papá, puede ser... o sea, cuando uno entra a la unidad, uno entra muy sensible, porque uno no está acostumbrado a que se muera la gente” C2E1P7

“Al comienzo pues duro, duro porque no sabias como enfrentarlo como se enfrentaba la muerte de una persona, pues puede que no sea familiar tuyo ni nada, pero igual es muy duro tener uno que enfrentarse a la muerte de una persona...” C6E1P1

“cuando la persona muere, al principio cuando moría uno no era consciente de que esa persona tenia esto, tenia lo otro, que su calidad de vida iba ser pésima, si sobrevivía. Pero o que si lo estábamos teniendo ahí vivo a la fuerza, y que igual se iba a morir, no uno no lo pensaba porque lo tenía más con el corazón, que con la razón “C2E2P9

“cuando yo empezaba a ver que se moría una persona, pues, me parecía trágico, triste, deprimente o sea como que no me cabía en la cabeza como una persona se le iba a uno de las manos...” C2E2P9

“De la primera vez que se murió el paciente. Pues salí corriendo a buscar a mi profesora.” C3E2P9 “...el miedo ese de la primera vez... como se dijera: es diferente porque ese miedo de antes nunca uno lo había vivido, por eso me dio, digamos de salir corriendo de tal, de ahí”, C3E2P15

Etapa 2: “Después se toma una actitud crítica”.

En la medida que el profesional de enfermería tiene más contacto con la muerte, ya comienza a pensar y a tener en cuenta la situación del paciente y la evolución con respecto al tratamiento cuestionando el actuar, es decir, si se está haciendo el bien dependiendo del pronóstico y se considera cómo va a ser la calidad de vida después de la hospitalización, llegando a concluir si se está realizando encarnizamiento terapéutico. En esta etapa el sentimiento que se tenía en la fase anterior se vuelve más de pensamiento y de razón, algo más consiente, el cual le permite tomar la decisión de actuar o no actuar, lo que se refleja en preguntas como: ¿estará bien que lo toque o que no lo toque?, ¿le conviene o no morir a ese paciente? También, se atreve a comparar situaciones tanto del paciente como de la familia, sin embargo, al recordar algunos momentos, todavía se le llenan los ojos de lagrimas al relatar algunas experiencias, sobre todo las que más le han afectado:

“ya con el tiempo uno ya lo va pensando y va como metiéndole más el aspecto lógico, de si es mejor que muera o es mejor que viva, eso fue lo que cambio, paso de ser sentimiento a ser algo más abstracto a ser algo más de pensar, sirve o no sirve, sirve trabajarle o le estamos haciendo un mal al trabajarlo.” C2E2P9

“... pero con el tiempo uno ya empieza a ser consciente” C2E2P9

“...ya cuando uno mira la situación clínica de los pacientes ya uno se va más hacia el paciente, a decir: “le convenía morir, le convenía seguir el tratamiento, que era lo que le convenía a él”, entonces ya ahí es cuando uno se viene acostumbrar a la muerte.” C2E1P7

Etapa 3: “Se transforman los sentimientos y la forma de ver la muerte con el paso del tiempo”.

La última etapa, lleva al profesional a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella. Es por eso que en esta etapa, con el tiempo se considera que la muerte es lo último a lo que uno se enfrenta en la vida y es el proceso que se aprende a llevar también con el paciente. En esa medida, se van venciendo

los temores y se va adquiriendo más confianza personal por lo que se atreve a coger la mano, mirar a los ojos y buscar que la persona en inminencia de muerte no se sienta sola y de esta manera, logra concientizarse de lo que es mejor para él paciente:

“Pero llega un momento en que no es que no le importe a uno, sino como que ya tu sabes que es un proceso, que es la ultima puerta definitivamente que uno en esta vida tiene que atravesar y es a lo último que se tiene que enfrentar uno en la vida, que es la muerte. ¿sí? Digámoslo que lleva uno y que uno aprende de todos modos a llevar ese proceso también con el paciente.” C6E1P1

Ver la muerte de manera diferente lleva la profesional de enfermería lleva concluir que es una situación muy difícil de afrontar pero que cambia con los años, dependiendo de las vivencias y experiencias, lo cual hace el sentimiento cambie o se transforme como lo argumenta uno de ellos:

“No, no cambia, se transforma que es diferente. Se transforma porque puede que en el momento que yo por ejemplo empecé a oír las experiencias de muerte con mis pacientes, el primer momento es de miedo, de temor porque en la casa siempre le dicen a uno: “se murió tal persona, que miedo”... enfrentarse uno a la muerte no es fácil, y la primera vez que te toca te mueres del miedo, porque tú no sabes que hacer, comenzando porque no mas el hecho de ir a tocar a uno persona que ya está muerta, no es fácil, no es fácil ya esta fría, esta tiesa, le sale olores por todos lados y no es fácil..” C6E1P8,

Si se transforma si se transforma, dependiendo de tus vivencias, de tus experiencias..., si usted en la primera vez tuvo una experiencia mala, créame que el resto va ser muy difícil que usted asuma una actitud positiva con respecto a la muerte, si? pero todo se transforma y todo depende del ojo con que lo mire usted definitivamente.” C6E1P8

También el cambio se refleja en acciones a las que antes no se les veía la importancia y ahora son realizadas como: acompañar al médico a hablar con la familia e intervenir en la conversación con preguntas acerca de la muerte, pues esto los ayuda a enfrentarla; esta acción es realizada por el profesional como pauta para indicar que ya no le tiene tanto miedo ni temor a la muerte como antes:

“Pues antes de pronto veía a la muerte como algo de temor de miedo, como algo así feo y ya pues, ahorita en este momento. Uno sigue cambiando mucho, o sea, la muerte siempre será algo que al ser humano no es muy agradable, pero por lo menos ya, antes si me enfrentaba algo de la muerte yo por lo menos, cuando ese paciente se murió ni siquiera acompañé al médico para hablar con la familia, ni después me interesé por saber del caso ni nada, no supe nada mas de eso, no quise saber porque igual era un pueblo pequeño”:

“Pero ahora como que ya uno puede adentrarse un poquito más, puede hablar con la familia acerca de la muerte, ayudarlos a enfrentarla un poco más; no hacerle el quite, sino, intervenir un poquito más, no tenerle tanto miedo, tanto temor e igual, igual no deja de producir como expectativa de que va a pasar o que va a suceder y mucho.” C4E1P19

Este cambio que ha ocurrido en estos profesionales, como lo indican Lazarus y Folkman (1984), pertenece a un proceso de afrontamiento que “significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros, con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno” (88).

Es por eso que hasta el concepto de muerte que cada uno tiene también ha cambiado:

“Si, han variado muchísimo porque ya, yo veo la muerte, ya la afronto como un proceso natural, como el fin de la vida, es parte de la vida. (Mientras habla mueve mucho las manos). Entonces ya lo asumo como que sucedió y no se puede evitar, a pesar de lo que se hubiera hecho por evitarlo.” C5E1P17

“Pues que uno sale de la universidad viendo que los riesgos de muchas patologías es la muerte... cuando fui estudiante nunca experimente nunca la muerte de un paciente y entonces mi primera experiencia como enfermera era traer muchas vidas al mundo, entonces era mucha felicidad y uno pasar a la UCI adulto, donde llega muchos pacientes y fallecen, entonces, pues es un golpe muy duro. Uno no piensa que la muerte sea tan en serio y más que yo tampoco en mi vida familiar he experimentado muchas muertes, entonces fue duro.” C5E2P20

“Si cambia, yo digo que es que también depende de la visión que uno tenga sobre la muerte si? Si para mí la muerte, es una tragedia y es la muerte total de la persona y es una pérdida, es diferente a que si la muerte para mí es un paso para el cielo.” C2E1P23

Sin embargo un profesional considera que la muerte le trae a uno unos sentimientos claros de tristeza, los cuales no cambian a pesar de haber tenido varias experiencias frente este evento:

“No, yo creo que la muerte le trae a uno, unos sentimientos claros de sensibilidad, como de tristeza, no sé cómo expresarlo, pero creo que esos sentimientos para mí no han cambiado, yo sigo siendo la persona sensible ante el dolor de las personas. O sea no ha cambiado con el tiempo.” C3E2P11

Cuarta Categoría: “Lo Que Quiero Evitar Y No Quiero Llegar A Ser”

Esta categoría surge de la preocupación que manifiesta este grupo de profesionales de enfermería por dejar de ser enfermeros humanos, es decir, el llegar a volverse máquinas y perder la esencia del cuidado: entender a quien se le brinda cuidado.

Como lo indica Montoya (2006) en su investigación, muchos de los profesionales han construido a lo largo de los años “escudos” para acostumbrarse a la muerte y que no les afecte en el plano personal. Muchos de estos “escudos” están basados en la no implicación emocional, aunque algunos profesionales prefieren afirmar que han “asumido” la muerte o la ven como algo natural (89).

También cuando se habla de acostumbrarse a la muerte, Moss (2003) citado por Montoya (2006), argumenta que muchos profesionales deben hacer frente a una gran carga emocional derivada de las constantes pérdidas humanas que se producen en el trabajo. Es por eso que dotan de significado a la muerte de los pacientes y contemplan el fallecimiento como un descanso, el fin a un sufrimiento, elaborando estrategias para considerar el proceso de morir como normal, lo que lleva al profesional a acostumbrarse a esta etapa de la vida (90). Es por esta razón que la búsqueda de la humanización en el cuidado se les ha convertido a estos profesionales en una lucha cotidiana y, a la vez en una preocupación, debido a que en una parte los factores laborales no permiten que la humanización se visualice, llegando a considerarse como máquinas humanas, las cuales están pendientes de un monitor y dejan de lado al ser humano que es la razón de la esencia del cuidado.

Subcategoría 1. “Acostumbrarse A La Muerte”.

Acostumbrarse a la muerte, para este grupo de profesionales, tiene diferentes significados. Uno de ellos ha surgido de la observación y recuerdos que han tenido al llevar mucho tiempo trabajando en la unidad y uno de esos recuerdos es el trato irrespetuoso en el momento de la muerte. Se observa que al manejar muchos momentos de muerte se olvida que el paciente era una persona con sentimientos:

“Pues yo siempre había escuchado que, cuando las personas llevan mucho tiempo trabajando en salud y con pacientes se les olvida como tratar. Tratan la enfermedad pero se les olvida que hay un ser humano, se les olvida que es un persona que tiene sentimientos” C1E2P21

“acostumbrarse a la muerte es vivir un caso tras otro y como desgraciadamente la mayoría de las veces son personas ajenas a uno las que están con nosotros, entonces uno no le da, como la importancia a ese proceso” C1E2P28

Estos profesionales de enfermería consideran que en las Unidades de Cuidados Intensivos se ha perdido la parte humana al acostumbrarse al estrés y a la dinámica que maneja la unidad, haciendo que se pierda algunas cosas, como el cuidado humano:

“en las unidades de cuidados intensivos se vive a la carrera, se vive mucho estrés por la misma complejidad de los pacientes, pero lo que te digo, de la costumbre se pierde algunas cosas y se pierde la parte humana. Entonces a mí me parece, que no solo es esta unidad de cuidados intensivos sino en la mayoría, se ha perdido como esa parte, esa parte humana, no? Esa partecita interna que tenemos todos y que nos gustaría que nos hicieran a nosotros como a nuestra familia o algún familiar de nosotros.” C1E2P37

Uno de los profesionales de enfermería señala que no es conveniente el hecho de acostumbrarse a la muerte y lo indica como un error, como un sentimiento inhumano que no debería existir en el personal de enfermería, porque la base de enfermería es la esencia del cuidado con humanidad. Entonces, acostumbrarse a la muerte de una persona, es en pocas palabras, como si se perdiera la esencia de la vida. Sin embargo, en algunas circunstancias, a partir de las condiciones de vida que tiene el paciente se piensa y se dice: “que es mejor que el paciente se muriera”, entonces, el paciente se muere y se siente como tranquilidad de decir: “ya paró su sufrimiento”:

“me parece tenaz... como que eso no está bien hecho, eso es un error. Por que cómo se va acostumbrar uno a que se muera una persona?, cuando esa persona es el mundo para otras personas, es el todo. Entonces, me parece un sentimiento inhumano, incluso me parece que hasta eso no debería existir en el personal de enfermería, porque, se supone que nuestra base es la esencia del cuidado con humanidad, entonces que uno se acostumbre a la muerte de una persona, es como si uno estuviera tratando con animales. No es comparable un animal con una persona, pero es más o menos eso, es como si se perdiera la esencia de la vida.” C2E2P8

“Acostumbrarse a la muerte es que uno mira, si el paciente estaba muy mal, si es mejor que muriera a que se le siguiera haciendo, o sea, si realmente iba a tener malas condiciones más adelante, uno dice: “era mejor, que el paciente se muriera”, entonces, el paciente se muere y uno siente como tranquilidad de decir: “ya paró su sufrimiento”” C2E1P8

La rutina es otro de los significados que lleva a acostumbrarse a la muerte, como lo indican estos profesionales de enfermería. Las personas que laboran en las Unidades de Cuidado Intensivo se vuelven como máquinas a las que solo les interesa cumplir funciones: que el monitor y el cuerpo funcionen bien, verificar que los signos vitales se encuentren en estables condiciones y demás quehaceres del turno, pero no se piensa en lo que el paciente está sintiendo:

“Porque acá todos venimos a cumplir las funciones, a mantener bien unos signos estables, a mantener el monitor estable. Pero pues, eso es lo que uno se fija, en un monitor, para nosotros eso representa la vida... uno no tiene tiempo de dedicarle a la persona, uno solo le dedica al cuerpo, a que el cuerpo funcione”. C5E1P28

“Sí, porque acá estamos pegados a los signos vitales, que no se vayan a desacoplar del ventilador y que todo esté dentro de parámetros normales y vivimos en función de eso y como las máquinas: pues no sentimos ni se nos ocurre pensar que es lo que está sintiendo el paciente muchas veces, por eso.” C5E2 P31

“... generalmente uno pierde mucho el contacto con el paciente que esta sedado o con el paciente que está inconsciente, porque simplemente se mecaniza uno administrando medicamentos y ni siquiera un: “hola, adiós, ni hasta luego”, ni siquiera ir a tocarlo y decirle “fulanito como esta, como se siente” si?” C6E2 P4

Aunque también indican que no siempre es así, puesto que hay algunas oportunidades en las que se trata al paciente consciente con sus angustias, problemas y pensamientos:

“...pero no quiere decir que podamos de pronto en un momento, mirar el paciente que angustias tiene, que problemas y que está pensando. Un paciente que este consiente y no sé, un paciente que esté sedado que tanto puede pensar en sus problemas y sus cosas, yo creería que si puede pensar...” C5E1P28

Sin embargo, el ambiente laboral influye para actuar libremente cuando se ve enfrentado a la muerte de un paciente, puesto que consideran a la UCI como un entorno de trabajo pesado, porque se maneja mucha comunicación y tensiones, además indican que se tiene mucho estrés y que su trabajo se convierte en una rutina por las tantas actividades que deben realizar, razón por la que no queda tiempo suficiente para hacer las actividades de cuidado directo como lo es mirar al paciente a los ojos y comunicarse con él por medio de expresiones como: ¿Quiere que se le traiga un cura? ¿Qué quiere?, esto con el fin de brindar buen descanso, tranquilidad y paz; también señalan que cuando fallece una persona todo el personal de salud está ocupado y cuando la muerte ocurre en la madrugada, la soledad y el frío se refleja en el cuidado:

“Uno quisiera decirle cosas como que: “¡luche, mire salga adelante!”. Si uno se lo dice en el periodo antes de que muera, pero uno, pues, a veces por el tiempo, por el mismo estrés que lleva como si, o sea como acá en la UCI, entonces uno a veces lo pasa, lo pasa, no lo hace... también a veces uno quisiera decirle:” ¿qué quieren? ¿Quieren que les traiga un cura? ¿Qué quiere? para que descanse bien, para que descanse en paz” Pero uno llega y hace su rutina de enfermería, que tantas actividades que a uno no le queda tiempo de ir a dirigirse al paciente y a mirar al

más crítico, porque uno sabe que ya se va a morir, entonces a uno no le queda tiempo de decirle todas esas cosas...” C2E2P3

“Váyase para su casa y dure vivo tres días, pero muérase en su casa, no acá en la soledad y el frío de la madrugada, por ejemplo, cuando los auxiliares o los enfermeros o los médicos están ocupados y ya se murió, desconéctelo, se murió, no me parece... porque acá todos somos maquinas.” C5E1P27

Subcategoría 2. “Volverse Indiferente”.

Volverse indiferente ante el cuidado de las personas es no despertar interés o afecto como lo señala la Real Academia de la Lengua (91), por eso para este grupo de profesionales de enfermería, esta indiferencia se relaciona con las características del paciente:

“muchas veces uno se vuelve indiferente, aunque dependiendo la situación de la persona. Porque si es un viejito, que tiene cáncer, que en su vida cotidiana no puede comer bien, no hace sus necesidades por sí solo, yo digo, porqué alargarle el sufrimiento a esa persona, es mejor que muera... eso uno lo asume, pues en el cielo va a estar mejor y va a descansar, entonces es más relacionado hacia eso. Pero, en cambio si es una persona joven, uno dice: “no, una persona joven, no se puede”. Una persona joven, con hijos, su familia, sus papás, es como toda la situación como tal de la persona individual.” C2E1P12

También estos profesionales de enfermería refieren que la relación de los demás miembros del equipo de salud con el paciente y la familia, es de manera indiferente e impersonal, es decir, que no se aplica a nadie en particular (92), situación que se da al observar la forma como son arreglados, como los alistan, es como si se fuera limpiando una mesa lo que se percibe, como si la gente y el paciente no tuviera sentimientos, como si no les afectará nada. Además, consideran que este trato impersonal se está dando porque las personas que están llegando a trabajar en la unidad, son faltas en preparación para la sensibilización humana y emocional, por lo que consideran que no se está haciendo una buena selección del personal. Además, se llega a la reflexión que la rutina en el cuidado hace que este se vuelva mecanizado, situación que lleva a las personas a un trato más impersonal:

“Si, yo veo, yo observo, yo observo a la gente como si no tuviera sentimientos, digamos en el aspecto, la forma como los arreglan, los alistan, es como si fuera limpiando una mesa o si, pues percibo eso, no siento que sientan delicadeza de las personas que hacen esa actividad” C3E1P13

“como si fuera un objeto o alguna cosa... pero llega un momento cuando la muerte se vuelve tan impersonal, se murió, otro más en la lista, eso me da duro, me da duro en cuanto a eso. Lo he visto mucho con los médicos” C6E1P16

“Como muy impersonal, Recuerda que antes dejábamos, si esta el familiar llamémoslo, esperemos que venga, entrémoslo, que lo visite, fulana póngale una sillita, dele un vasito de agua, acompáñelo, si?. Ahora en esta UCI tan grande, donde los cuartos son tan separados, a veces uno ni se da cuenta” C3E1P11

“Por un lado porque la gente que está llegando, no la están preparando, les falta mucha preparación que digo yo emocional, sensibilización humana, es como si fueran maquinas y no sé, no se está eligiendo muy bien al personal de enfermería, no se le está haciendo una buena selección del personal, a mi modo de ver. Yo noto como que no les afecta nada.” C3E1P14

Además, estos profesionales señalan que han observado que la mayoría de los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidado Intensivo prefieren callar las experiencias que han tenido de cómo enfrentar la muerte de un paciente porque les es muy difícil y, cuando se habla sobre este tema, se hace de manera impersonal, es decir, se habla como si se tratara de un objeto o una cosa, no como si se estuviera refiriendo a una persona:

“muchas veces nos callamos muchas cosas: las experiencias que nosotros tenemos de las muertes que hemos tenido, de cómo enfrentarla, creo que la mayoría prefiere callarse, es lo que he visto yo. si? de hablar así como libremente de que “a no pues, que el paciente, pero tal cosa” es muy difícil, uno no se lo hacen impersonal si? un muerto más.” C6E1P15

Subcategoría 3. “Volverse Insensible E Inhumano”.

Antes de analizar esta subcategoría, es importante aclarar los términos insensible e inhumano. Insensible hace referencia a que no sienten las cosas que causan dolor y pena, esta privado de sentido por dolencia (93), e inhumano es la falta de sensibilidad, compasión de las desgracias de nuestros semejantes (94).

Cada vez es más frecuente escuchar quejas de los familiares y de los mismos pacientes acerca de la atención en enfermería. Es como escuchar un eco: “las enfermeras con el tiempo se vuelven insensibles ante el dolor, la enfermedad y la muerte”. “El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar esos sentimientos” (95).

Existen muchas circunstancias en las Unidades de Cuidado Intensivo, que afectan la autonomía de los profesionales de enfermería y que interfieren con la expresión de sus sentimientos y con la comprensión de los pacientes: Lugares inadecuados, que no guardan

un silencio respetuoso, espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable, actuaciones precipitadas, falta de tiempo, poca dedicación y contacto emocional con el paciente moribundo, situaciones estas que los aíslan de su realidad y los llevan a sentirse desprotegidos (96).

Los profesionales de enfermería reflexionan sobre el trato que se le está brindando al ser humano, se trata a la persona como un objeto, entonces llegan a la conclusión que la esencia de la vida se está perdiendo porque no se ve a la persona como es, es por eso que no quiere llegar a ser inhumanos e insensibles y define que ser inhumano: es asumir la muerte como una persona como una costumbre e insensible: es no ponerse en el lugar del otro:

“Hago referencia, a que ya no se tienen ese sentido de lo que es la persona como tal.” C2E3P1

“De manera personal, yo dije: -Dios mío, jamás en la vida quiero llegar a ser tan inhumana y tan insensible como él-, y fue lo único que yo pensé.” C2E1P17

“En ese momento pues, por la actitud de él, como asumió la muerte del señor: “ah, se murió, toca que se acostumbre”, entonces yo dije: eso no es ser humano, porque igual, el que se estaba muriendo era una persona, joven, entonces eso es ser inhumano.,” C2E1P18

“Insensible, porque es como no ponerse en el, en el sitio de él y ahora la familia que va a decir, que va a pensar, que va a sentir, como le vamos a decir.” C2E1P18

“Lo único que digo yo es que: cuando yo deje de sentir lo que siento, o sea o me sienta tan mecanizada de las cosas que me saquen de esto, porque es de humanidad... yo siempre he dicho: “nosotros no estamos manejando maquinas” C6E1P16

“digo yo: “¿estamos trabajando entonces con maquinas?”, y no es eso. Esto es amor a lo que hago y trabajamos con seres humanos, trabajamos con sentimientos, trabajamos con amor, entonces uno no puede poner una barrera de emociones ¿sí? decir yo no voy a sentir, yo no me voy a involucrar... no entiendo, cómo podemos entonces ayudar a ese paciente que está ahí, si no nos involucramos.” C6E2P18

6. CONCLUSIONES.

El significado que le asignan las enfermeras a las experiencias ante el proceso de la muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado intensivo, está en el tema central de esta investigación: *El contacto con la muerte enseña a verla de manera diferente*. Este significado en el tema contiene cuatro categorías: “La edad marca la diferencia”, “Estar ahí en la partida”, “Reflexión sobre lo sucedido”, “Lo que quiero evitar y no quiero llegar a ser”:

- 1- Para los profesionales de enfermería, la edad de los pacientes en proceso de muerte, tiene un gran significado, ya que *marca la diferencia* en los sentimientos, en las acciones y en las actitudes. Si es joven, piensan que tiene una vida por delante, una familia y un proyecto de vida. También los lleva a pensar en su propia muerte y en los proyectos personales y familiares que en esos momentos dejaría de realizar si le llegara a suceder este evento. Si es de edad avanzada, se acepta y se percibe como algo natural.
- 2- Estar ahí en la partida, significa para ellos *hacer presencia* en la agonía y en la muerte y eso está representado el ritual de la “despedida” que consiste en hablarle al oído, cogerle la mano, quedarse ahí al lado y dejar entrar a la familia, estas acciones se hacen como muestra de respeto hacia el paciente y contribuyen a que la persona que se está muriendo se sienta acompañada.
- 3- Llama la atención que en este grupo de profesionales, independiente de la edad que tenga cada uno, el sentido que le dan a la espiritualidad como un componente que permite alcanzar paz interior y buscar la manera de acompañar a la persona en sus últimos momento de vida, manifestándose en acciones como encomendárselo a Dios por medio de una oración y compartir la bendición, acciones que ayudan a guardar y preservar la esperanza, tanto para el profesional, el paciente y la familia.
- 4- Las experiencias y vivencias ante la muerte de una paciente en la UCI, lleva a los profesionales a cambiar o a transformar los sentimientos y la forma de ver la muerte, lo que termina cambiando su visión frente a ella, llegando con el tiempo a considerarla como un proceso natural de la vida y que depende de la forma como lo enfrenta, le puede o no afectar su vida.
- 5- A pesar de que el profesional de enfermería trabaja en la Unidad de Cuidado Intensivo, ellos refieren que este no es un lugar indicado para morir, pues muchos de ellos argumentan que el aislamiento y la soledad son los dos acompañantes

durante el proceso de muerte de los pacientes que mueren allí, esto debido al no permitir la presencia constante de la familia.

7. RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones se dan teniendo en cuenta lo expresado por los profesionales entrevistados y lo que surge del análisis:

La práctica:

Crear un programa o estrategia que permita a la familia del paciente que está en inminencia de muerte, dejarle compartir sus últimos momentos de vida, con lo cual se evitaría morir en soledad.

Crear espacios donde se dialogue y compartan experiencias que han tenido los profesionales como estrategia de acompañamiento y apoyo para afrontar de forma positiva la muerte de un paciente y, de esta manera, superar miedos e inquietudes que surgen alrededor de este evento.

Preparar al profesional de enfermería para afrontar el evento de la muerte y así lograr una atención más cercana y cálida, venciendo temores y aprehensiones hacia la persona moribunda y la muerte.

La academia:

Incluir en los planes de estudio el conocimiento y las herramientas necesarias y suficientes para afrontar esta etapa del ciclo vital, ya sea en sus pacientes o en ellos mismos, puesto que la muerte es tan importante como el nacimiento, por ello se recomienda mejores abordajes de la temática desde las aulas.

La investigación:

Se sugiere, a partir de esta investigación, que se realicen otras investigaciones de este tipo para conocer, corroborar o comparar si los significados de los profesionales de enfermería de Boyacá difieren con los de los otros profesionales del país, y de esta manera lograr un estudio que permita ver el significado de la muerte en Colombia.

Presentar los resultados de esta investigación, ante las instancias directivas y a los profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto, con el fin de motivarlos para que desarrollen programas de capacitación y acompañamiento a los profesionales de salud que trabajan en estas Unidades.

8. LISTA DE REFERENCIAS.

-
- 1 Galindo G. Êthos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 111.
 - 2 Carmona Z, Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Rev. De Salud Pública 2008; XII (2): 14-23.
 - 3 Esparza I. Actitud de la enfermera ante el paciente en agonía y muerte. Rev. La Salud en Durango 2000; II (Noviembre – abril): 19-24.
 - 4 Olive L. Ética y diversidad cultural. Ed. UNAM, FCE México 1993;71:131
 - 5 Gómez Sancho, R. El médico ante la muerte de su enfermo. En: Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán. 1999. Pag 57-68
 - 6 Gómez Sancho, M. El hombre y el médico ante la muerte. Madrid: Arán.2006.
 - 7 Fernández Fernández R, Baigorri González F, Artigas Raventós A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Med. Intensiv. 2005; 29(6): 338-41.
 - 8 Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, Libro de ingreso y egresos de la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto. Informe Epidemiológico Final de 2008 y 2009. (Fuente primaria).
 - 9 Godoy García JE. Miscelánea Cartas al Director: Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. Rev. Index Enferm. [en línea] 2008 [fecha de acceso 17 de mayo de 2011]; 17 (4). URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400017&script=sci_arttext
 - 10 Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez M^aC. et al. Actitudes Psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense No. 30. Octubre 2002. 39 – 50.
 - 11 Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Rev. Ciencia y Enfermería. 2009; XV (1): 38-48.
 - 12 Pereira LA, Thofehrn MB, Amestoy SC. A vivência de enfermeiras na iminência da própria morte. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(4): 536-42.

-
- 13 McMillen RE. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs.* 2008; 24(4):251-9.
- 14 Fenwick P, Brayne S. End-of-life experiences: reaching out for compassion, communication, and connection-meaning of deathbed visions and coincidences. *Am J Hosp Palliat Care.* 2011; 28(1):7-15.
- 15 Vargas Daza ER, Pacheco Rodríguez A, Arella Martínez M, Martínez González L, Galicia Rodríguez L. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. 2008. *Rev Enferm IMSS -Méx-.* 2008; 116 (1): 37-44.
- 16 Silva FS, Pachemshy LR, Rodríguez IG . Intensivist nurses perception of intensive care unit dysthanasia. *Rev.Bras Ter Intensiva.* 2009; 21 (2):148-154.
- 17 Grau Abalo J, Llantá Abreu MC, Massip Pérez C, Chacón Roger M. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo. *Pensamiento Psicológico.* 2008; 4(10): 37.
- 18 Gutiérrez B, Blanco Alvariño AM, Ramírez Pérez MA, Luque Pérez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. En: XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (Sevilla, abril de 2007). *Enferm Global -Esp-.* 2008: 1-14.
- 19 Álvarez-Ramírez LY. Actitudes frente a la muerte en un grupo de adolescentes y adultos tempranos en la ciudad de Bucaramanga. *Aquichán -Col-.* 2009; 9 (2): 156-170.
- 20 Murrain Knudson E. La enfermería y la muerte. *Rev. Persona y Bioética.* 2005; 9 (24): 101-104.
- 21 Fernández AR. El sentir enfermero ante la muerte de un ser querido. *Invest Educ Enferm -Col-.* 2010; 28 (2): 267-274.
- 22 Raja R. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte. Tesis Doctoral. Univ. de Cádiz; 2001.
- 23 Comité para la Defensa de la Vida. La Eutanasia. [en línea] 2007 [fecha de acceso 28 de Julio de 2007]; URL disponible en: <http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/comisiones/ceas/familia/eutanasia.htm>.
- 24 Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM. Reflexiones - ensayos la muerte y el duelo. *Enferm Global -Esp-.* 2009: 1-8.

25 Ley 911 de 2004, Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. (Ley Deontológica de Enfermería, Título III, capítulo I; artículo 9).

26 Bayes R, Limonero JT, Romero E, Arrans P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?. Med. Clínica. 2000; 115:579-582.

27 Herrera Sánchez Rita, Cassals Villa Maura. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2012 Ago 28] ; 21(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003&lng=es.

28 Vargas Toloza R. E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid; 4 (4): 21 – 27.

29 Real academia de la lengua Española, Vigésima Segunda Edición. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=muerte

30 Kübler-Ross E. Questions and answers on death and dying. Mc Millan Publishers Co, New York 1974. p 53-153.

31 Kossier B. Enfermería básica. 2da ed. Editorial Interamericana; 1983: 400 – 405.

32 Clarke M. Manual de enfermería practica. 3ra ed. Editorial CECSA; 1984: 275 – 280.

33 Parrado M. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. Av. Enferm. [en línea] 2008 [fecha de acceso 27 de mayo de 2012]; (2):116-125. URL disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=528699&indexSearch=ID>

34 Real academia de la lengua Española, Vigésima Segunda Edición. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=experiencia

35 Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo: un texto de reflexión académica. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá – Colombia; 2010: 23-136.

36 Aranda Otero DA. La Ética del Cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. [en línea] 2007 [fecha de acceso 5 de junio de 2007]. URL disponible en: URL: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articul%20del%20cuidado.htm>

37 Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Mori Borrás A, Sans Riba L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidado intensivo. *Enfermería Intensiva*. 2006; 17 (4): 141-153.

38 Gálvez González M, Muñumel Alameda G, Del Águila Hidalgo B, Ríos Gallego F, Fernández Vargas ML. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Biblioteca Las casas*. [en línea] 2007 [fecha de acceso 03 de marzo de 2011]; 3 (2). URL disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>.

39 Di Caprio L, Di Palma A. La medicina y la muerte. *Medicina y Ética*. 1999;10:383

40 Domingo J. *Psicología de la muerte*. Madrid: Castellote; 1976.

41 Centeno C. *Manual de Cuidados Paliativos*, Asociación Española Contra el Cáncer. [en línea] 1994 [fecha de acceso 16 de marzo de 2010]. URL disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/medicina-paliativa/ultimoas-dias>

42 Landa Petralanda V, García García JA. El duelo. *Guía Clínica*. Grupo de estudios de duelo Vizcaya. [en línea] 2004 [fecha de acceso 13 de junio de 2011]. URL disponible en <http://www.infogerontologia.com/documentos/patologiaduelo.doc>

43 Fonnegra de Jaramillo I. De cara a la muerte: cómo afrontar la penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Editorial Planeta. 2003: 141.

44 Quijano Pitman, F, Quijano Orvañanos F. Historia de las unidades de cuidados intensivos: dos antecedentes mexicanos. *Cir. Gen*. 1995; 17(4):313.

45 Orozco Africano JM, Ortiz Ibáñez LO. Plan de desarrollo institucional, Fundación Unidad de cuidados intensivos doña Pilar, salud al servicio de la infancia. Cartagena, Colombia, 2011-2012.

46 Cabrera G. Historia de la medicina intensiva. Complejo Hospitalario Integral Privado – CHIP- [en línea] [fecha de acceso 24 de abril de 2012]. URL disponible en: http://www.chiphospital.es/index.php?option=com_content&view=article&id=126

47 Amaro Cano M del C. Esbozo histórico de los principales conceptos actuales utilizados en enfermería. *Rev Cubana de Enfermer*. 1994; 10 (1): 45-60.

48 Luce John M. Atención del Paciente en el Entorno de Terapia Intensiva. En: CECIL. *Tratado de Medicina Interna*. Editores: Lee Goldman, J. Claude Bennett. España. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. Año 2003. p. 527-529.

49 Takrouri MS. «Intensive Care Unit» (en inglés). *The Internet Journal of Health* (Internet Scientific Publications, LLC. [en línea] 2004 [fecha de acceso 24 de octubre de 2010]; 3 (2). URL disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Unidad_de_Cuidados_Intensivos

50 Olaechea Astigarraga P. Retos en el cuidado del fin de la vida en UCI. Declaración de la 5ª conferencia de consenso internacional de Cuidados Críticos. Bruselas, Bélgica. Hospital de Galdakao, Bizkaia. [en línea] 2004 [fecha de acceso 10 de julio de 2010] URL disponible en: <http://remi.uninet.edu> <<http://remi.uninet.edu/>>.

51 Muñoz Gutiérrez C. Hacia una teoría Cognitiva del Significado. [en línea] [fecha de acceso 12 de agosto de 2010]. URL disponible en: <http://www.ucm.es/info/pslogica/inconsistencia.pdf>.

52 Martínez Miguélez M. La Etnometodología y el Interaccionismo Simbólico: Sus aspectos metodológicos específicos. [en línea] [fecha de acceso 25 de agosto de 2010]. URL disponible en: <http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html>.

53 Arcila Mendoza PA, Mendoza Ramos YL, Jaramillo JM. Cañón Ortiz OE. Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Rev Diversitas - Perspectivas En Psicología*. 2010; 6 (1).

54 Blumer H, *Symbolic Interactionism*. Englewoods Cliffs. Prentice-Hall, New Jersey. 1969.

55 Definición ABC, Una guía en la red. La definición de Experiencia.[en línea] 2009 [fecha de acceso 25 de septiembre de 2009]. URL disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/experiencia.php>.

56 Rivera MS, Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. *Texto contexto - enferm*. [en línea] 2006 [fecha de acceso 21 de julio de 2012]; 15: 158-163. URL disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500019&script=sci_abstract&tlng=es.

57 Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª Sexta Edición. México: Editorial McGraw-HillInteramericana; 2000. p. 233-672 .

58 Souza AMA. Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. En Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, Editores. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 551-562.

59 Prado ML, Quelopana del Valle AM, Compean Ortiz LG, Resendiz Gonzalez E. *Investigación cualitativa en Enfermería*. En: *Contexto y bases conceptuales*. 9ª Ed. El

diseño en la Investigación Cualitativa. Washington: Organización Panamericana de la salud. Serie PALTEX Salud y Sociedad; 2000. p. 87-100.

60 Perfil epidemiológico de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, [en línea] [fecha de acceso 12 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co>

61 Sandoval C. Investigación Cualitativa. En: Programa especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá: ICFES. 1996, p.136-137.

62 Infante P. La Entrevista en Profundidad según J. Spradley The Ethnographic Interview, James P. Spradley, Holt, Rinehart and Winston. USA.1979. [en línea] 2001 [fecha de acceso 29 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg03.htm>

63 Santiago M. La participación local en procesos productivos sustentables: Estudio de caso en tres comunidades de la costa de Oaxaca. Citado por: SOTO, Virginia. El trabajo de campo clave en la investigación cualitativa. Aquichán -Col-. 2010; 10 (3): 253-266.

64 Varguillas Carmona CS, Ribot de Flórez S. Implicaciones conceptuales y metodológicas en la aplicación de la entrevista en profundidad. Laurus. Revista de Educación. [en línea] 2007 [fecha de acceso 29 de mayo de 2011]; 13: p.249-262. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/761/76102313.pdf>

65 Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: Modulo de Entrenamiento para estudiantes y profesionales, Traducido al español con una nota introductoria de Cesar Cisneros Puebla de la Universidad Autónoma Metropolitana- Iztapalapa. México. [en línea] 2001 [fecha de acceso 10 de abril de 2010]. URL disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>

66 Quintana A, Montgomery W. Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [en línea] 20006 [fecha de acceso 29 de mayo de 2011]. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/3634305/Metodologia-de-Investigacion-Cualitativa-A-Quintana>

67 Garzón Alarcón., Peña Riveros, B., Arango Bayer, G., Aguinaga Benítez, O., Munévar R., Prieto Silva, R., Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2008. P 1-24

68 Martínez Gómez R, Robayo Cruz EC. Lo que usted debe saber sobre derechos de autor. Universidad de la Sabana. Chía. [en línea] 2006 [fecha de acceso 03 de agosto de 2011]. URL disponible en:

<http://www.usergioarboleda.edu.co/fondo/LO%20QUE%20USTED%20DEBE%20SABER%20SOBRE%20EL%20DERECHO%20AUTOR.pdf>

69 Ministerio de Salud. República de Colombia. Resolución 13437 de 1991: Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. [en línea] 1991 [fecha de acceso 03 de agosto de 2012]. URL disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%2013437%20DE%201991.pdf>

70 Fuentes Vergara C. El modelo de análisis cualitativo de Harry F. Wolcott. INEVA en acción. Boletín informativo: Investigación y evaluación educativa, Universidad de Puerto Rico. [en línea] 2008 [fecha de consulta 20 de marzo de 2011]; 4 (3): p.12-14. URL disponible en: <http://ineva.uprrp.edu/boletin/v0004n0003.pdf>

71 Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo, Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 23.

72 Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo, Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 267.

73 Campillo SC. La angustia vital. Gaceta Médica Mexicana; 1994. p. 130-162

74 Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo, Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 91.

75 Cañadas MM. El duelo: vivir la pérdida más conscientemente. [Tesis doctora]. Sevilla: Escuela Española de Psicoterapia Transpersonal; 2011.

76 Trevisan Martins J, Cruz Robazzi MC. El trabajo del enfermero en una unidad de terapia intensiva: sentimientos de sufrimiento. Rev Latino-am Enfermagem [en línea] 2009 [fecha de acceso 15 de enero de 2012]; 17(1). URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100009&script=sci_arttext&tlng=es

77 Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo, Un texto de reflexión académica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 92 y 268.

78 Prieto de Romano G. Tribunal Nacional Ético de Enfermería. Cuidado de Enfermería en el final de la vida. En: Panel Dilemas éticos al final de la vida. Universidad de la Sabana, Facultad de Enfermería. Chía-Cundinamarca, 2005.

79 Boykin A, Schoenhofer S. La enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. Sexta edición. Madrid: Elsevier; 2007. p. 405-427.

80 Cuidados de enfermería en el enfermo terminal. [en línea] [fecha de acceso 09 de febrero de 2012]. URL disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/aula/aula_acredit_terminal_julio04.pdf

81 López Campos SP. Experiencia de cuidado en casa por personas crónicamente enfermas en fase de muerte inminente. Avances en Enferm. 2001; XIX (1).

82 Ray M.A. Teoría de la Atención burocrática. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. Sexta edición. Madrid: Elsevier; 2007. p. 121.

83 Sánchez Herrera CB. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Aquichán (Col). 2004; 4 (4): 6-9.

84 Winterkon L, Oliveira M. La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Rev. Latino-am Enfermagem. [en línea] 2008 [fecha de acceso 23 de julio de 2012]; 16(2). URL disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_07.pdf

85 Bayés R. Morir en paz: evaluación de los factores implicados. Artículo Especial Med Clin (Barc) Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España. [en línea] 2004 [fecha de acceso 15 de febrero de 2012];122(14):539-541. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v122n14a13060479pdf001.pdf>

86 Sanz-Ortiz J. ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas Med Clin (Barc). Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina. Santander. Cantabria. España. [en línea]2006 [fecha de acceso 20 de abril de 2012];126(16):620-3. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n16a13087720pdf001.pdf>

87 Bravo Mariño M. Cómo afrontar la pérdida de un ser querido. Revista Digital Universitaria. [en línea] 2007 [fecha de acceso 22 de abril de 2012]; 8(1):1-12. URL disponible en: www.tanatologia.entornomedico.net o http://www.revista.unam.mx/vol.8/num1/art06/ene_art06.pdf

88 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984

89 Montoya Juárez R. Aquellos que nos verán morir: Significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index Enferm* [en línea] 2006 Junio [fecha de acceso 23 de Mayo 2012]; 15(52-53): 25-29. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100006&lng=es.

90 Moss MS, Moss SZ, Rubinstein RL, Black HK. The metaphor of "family" in staff communication about dying and death. *J Gerontol B-Psychol* 2003;58B(5): 290-296.

91 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española. 22^a ed. Madrid. 2012. URL disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=indiferente

92 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española. 22^a ed. Madrid. 2012. URL disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=impersonal.

93 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española. 22^a ed. Madrid. 2012. URL disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=insensible

94 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española. 22^a ed. Madrid. 2012. URL disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=inhumano

95 Ferreira CI. Enfermería y Cuidados. Una mirada a la luz de la bioética. *Actual Enferm* [en línea] 2006-08 [fecha de acceso 02 de mayo de 2012]; 8(1): p. 23-25. URL disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9106-enfermeria.htm>

96 Uribe, C. la enfermera ante el paciente moribundo. *Actual Enferm*. [en línea] 2002 [fecha de acceso 10 de mayo de 2012]; 5-(3). URL disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5302-enfermera.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 1. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE PERMISO



Tunja, 24 de junio de 2011

Doctora
BEATRÍZ PÉREZ GIRALDO
Directora de Posgrados
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Universidad de la Sábana
Chía - Cundinamarca

Cordial saludo:

Por medio de la presente le informo que la enfermera Mónica Liliana López Torres, estudiante de maestría en Enfermería de la Universidad de La Sabana, radicó en esta coordinación el proyecto de tesis "Significado de las experiencias del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en la unidad de cuidado intensivo", para su respectivo estudio y aprobación.

Atentamente,


ARMANDO VELASCO ULLOA
Coordinador de Educación Médica



Carrera 11 No 27 - 2 7 Conmutador: 8-7405030 Ext.: 2314
www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co
e-mail: edmedica@hospitalsanrafaeltunja.gov.co
Tunja - Boyacá - Colombia



ANEXO No.2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA, FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION, PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA

Nombre del Sujeto: _____ Fecha: ___ / ___ / 2011

Título del Estudio: SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Investigadora: Mónica Liliana López Torres

Teléfono: (313)3902058

INVITACION A PARTICIPAR

Cordialmente estamos invitándole a participar en una investigación desarrollada por la estudiante de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, cuya investigadora principal es la enfermera Mónica Liliana López Torres y bajo la dirección de la Mgs. Carmen Helena Ruiz de Cárdenas. El objetivo general de esta investigación es “Describir el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja”.

El conocimiento derivado de esta investigación aportará, al conocimiento del significado de las experiencias que tiene los profesionales de enfermería en Colombia y especialmente en Boyacá ante la muerte de un paciente, le da a la enfermería y a la disciplina, conocimientos de cómo es el cuidado ante la muerte; pues es, en este espacio, donde enfermería tiene vacíos de conocimiento que se ven reflejado en la actitud de evasión que toma el profesional ante este fenómeno, como lo indican las investigaciones mencionadas en este estudio. Además este estudio contribuye al mejoramiento de los servicios de salud en los hospitales, pues es donde la calidad del cuidado disminuye, por no decir que es nulo el cuidado, pues se está preparado para cuidar la vida y no la muerte.

Este es un estudio de investigación para obtener el título de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana. Se espera que su participación en el estudio por cada entrevista, sea alrededor de 50 minutos. Su participación es absolutamente voluntaria. Usted debe leer la información aquí descrita y preguntar todo aquello que no entienda antes de decidir si desea o no participar.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Describir el significado de las experiencias del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja

2. PROCEDIMIENTOS

Si Usted decide voluntariamente participar en este estudio, se le pedirá lo siguiente:

- a. Tener la disponibilidad durante 50 minutos para realizar la entrevista, la cual será grabada por audio.
- b. Usted responderá en forma verbal a las preguntas, que se realizan con el fin de recolectar la información e identificar la manera como el profesional de enfermería experimenta la muerte de una paciente en la unidad de cuidado intensivo.
- c. El lugar y el momento para la entrevista será acordado con la investigadora, esto con el fin de no ser interrumpidas durante la entrevista.
- d. Después la investigadora realizará la transcripción escrita detallada de la entrevista anterior, para lo cual a usted conocerá la información y se le solicitará que profundice o aclare dudas con respecto a frases, palabras, o comentarios, expresados en la entrevista anterior, para esto se debe contar con la misma disposición del tiempo y lugar para la nueva entrevista, y así sucesivamente hasta lograr la saturación de la información por cada participante.

3. RIESGOS O MOLESTIAS POTENCIALES

Los riesgos de los procedimientos del estudio incluyen:

- a). Usted puede sentir cierta molestia por tener que responder ciertas preguntas sobre si mismo. Usted puede rehusarse en contestar aquellas preguntas que le generen molestia y esto no afectará su participación en el estudio. Sin embargo, si usted experimenta molestias, usted puede parar la ejecución y expresar a la investigadora su deseo de retirarse.
- b). Ésta investigación no supone riesgo para la salud, integridad o bienestar de los participantes.

4. BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA SUJETOS

Este estudio no generará ningún cambio o mejoría en su estado actual de salud. Usted tiene derecho a rehusarse a participar.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA, FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION,
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** __ __ / __ __ __ / 2011

Título del Estudio: SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Investigadora: Mónica Liliana López Torres

Teléfono: (313)3902058

Durante la recolección y el análisis de la información, especialmente en el resultado del texto de la transcripción se le dará la información para corroborar si lo que usted señalo en la o las entrevistas es lo correcto.

5. BENEFICIOS ANTICIPADOS PARA LA SOCIEDAD

El beneficio principal de ésta investigación es el aporte del conocimiento sobre los significados que le asignan las enfermeras a la experiencia vivida ante la muerte de un paciente en la unidad de Cuidado intensivo.

Los resultados de esta investigación serán muy valiosos para compartirlos e incluirlos en los programas de pregrado, especialización y Maestría de la Universidad de la Sabana, y también fortalecerán la Investigación de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana.

6. ALTERNATIVAS DE PARTICIPACION

Usted puede escoger no participar en este estudio. Si usted hace parte de la Unidad de Cuidado Intensivo de la ESE Hospital San Rafael de Tunja, su decisión de participar o no, no afectará su empleo de ninguna manera. Si usted escoge participar, usted podrá retirarse del mismo en cualquier momento sin perjuicio para usted de ningún tipo.

7. COMPENSACION POR SU PARTICIPACION

No se proporcionará dinero u otras formas de bienes materiales por la participación en ésta investigación.

8. POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES

Este estudio no generará como resultado el desarrollo de ningún producto comercial.

9. OBLIGACIONES FINANCIERAS

Usted no tendrá que pagar por la o las entrevistas que le sean realizadas para el objetivo del estudio.

10. CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Si usted firma esta forma de consentimiento, usted está autorizando la recolección, el análisis y el uso de la información para éste estudio. Ésta información obtenida durante el estudio será archivada en la Facultad de Enfermería y Rehabilitación (Campus Universitario de la Universidad de la Sabana, Chía Colombia), las grabaciones, transcripciones de las entrevistas y las notas de campo serán guardas bajo llave, así como los archivos electrónicos generados, serán protegidos con claves de seguridad.

Si usted no está de acuerdo con dar está autorización, no podrá participar en el estudio.

El equipo de investigación o el comité de ética, también puede necesitar acceso a su información, como parte de los procedimientos de estudio. Cuando los resultados de la investigación sean publicados o discutidos en conferencias, ninguna información correspondiente con su identidad se verá revelada.

Este formato de consentimiento, que contiene su autorización para el uso de los datos que arrojen su participación, no tiene fecha de expiración.

11. RETIRO DE SU PARTICIPACION POR PARTE DEL INVESTIGADOR

La investigadora puede decidir finalizar su participación en el estudio por las siguientes razones:

Cuando sea peligroso para usted continuar; cuando usted no está siguiendo los procedimientos del estudio como se le indica; cuando el estudio es detenido por la investigadora principal ó cuando usted desarrolla alguna enfermedad durante su participación, usted puede ser descontinuado, incluso si usted no lo desea. La decisión se dará ya sea para proteger su salud y seguridad o porque esta parte de la investigación requiere que en la participación de los sujetos no se desarrollen ciertas condiciones que afectarían los resultados de la misma

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA, FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACION,
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERIA**

Nombre del Sujeto: _____ **Fecha:** ___/___/2011

Título del Estudio: SIGNIFICADO DE LAS EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE LA

MUERTE DE UN PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Investigadora: Mónica Liliana López Torres

Teléfono: (313)3902058

12. DERECHOS DE SUJETOS DE INVESTIGACION

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como sujeto de investigación, o si usted tiene alguna queja, duda o solicitud, sobre su participación en el estudio, por favor comuníquese con la Mgs. Carmen Helena Ruiz de Cárdenas, asesora de la Investigación al **8615555/6666, Ext.: 2416** en Chía, Cundinamarca, o con la Directora de Posgrados en de la Facultad de Enfermería, Beatriz Pérez Giraldo **8615555/6666, Ext.: 2403-2409** en Chía, Cundinamarca.

FIRMA DEL SUJETO PARTICIPANTE

He leído toda la información contenida en este formato de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Tengo claro que si tengo alguna otra duda en adelante, cuento con los datos de contacto de las investigadoras para realizar las preguntas directamente. Yo autorizo el uso de mi información y mi identificación tal y como la registro en adelante. Autorizo el uso de mi información según lo registra este formato.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO YO ESTOY CONFIRMANDO QUE ESTOY DE ACUERDO CON PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN DESCRITA AQUÍ.

Nombre de Participante

Fecha

Firma de Participante

Número de Cédula

Nombre Testigo No. 1

Número de Cédula Testigo No 1

Firma de Testigo No.1

Relación con Participante

Dirección Testigo No. 1

Fecha

Nombre Testigo No. 2

Número de Cédula Testigo No 2

Firma de Testigo No.2

Relación con Participante

Dirección Testigo No. 2

Fecha

Firma y C.C de la persona que toma el consentimiento

Fecha