

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO
ESCUELA DE POSTGRADO**



**Vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a
una persona en agonía en una UCI estatal -
Chiclayo, 2012**

AUTORA: Blanca Esther Ramos Kong

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

Chiclayo, Perú 2012

**Vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a
una persona en agonía en una UCI estatal -
Chiclayo, 2012**

POR

Blanca Esther Ramos Kong

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el grado
académico de:

MAGÍSTER EN ENFERMERIA

APROBADO POR:

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete
Presidenta del Jurado

Mgtr. Mercedes López Díaz
Secretaria del Jurado

Mgtr. Blanca Loayza Enríquez
Vocal/Asesora del Jurado

CHICLAYO, 2012

A Dios por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido
mí
soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia, especialmente a Germàn y Cynthia por brindarme la fortaleza
necesaria para seguir adelante

A la Mgrt. Blanca Loayza Enríquez, asesora de esta tesis, porque ha
dedicado su valioso tiempo a ello y ha mostrado su preocupación e interés
para su desarrollo satisfactorio.

Agradezco a Dios, dueño de mi vida, quien fortalece mi corazón y quien me
brinda luz y entendimiento en cada paso que doy.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes del problema	17
1.2. Aspectos teórico-conceptual	20
CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	
2.1. Tipo de investigación	29
2.2. Trayectoria metodológica	30
2.2.1. Descripción fenomenológica	30
2.2.2. Reducción fenomenológica	31
2.2.3. Interpretación fenomenológica.....	32
2.3. Sujetos de investigación	32
2.4. Escenario	33
2.5. Instrumentos de recolección de datos	33
2.6. Procedimiento	33
2.7. Análisis de los datos.....	34
2.7.1. Análisis ideográfico	34
2.7.2. Análisis nomotético	34
2.8. Criterios éticos.....	34
2.9. Criterios de rigor científico	35

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	37
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	60
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	62
ANEXOS	65
ANEXO 01: Declaración de Consentimiento Informado.....	66
ANEXO 02: Guía de entrevista	67

RESUMEN

Se estableció como objetivo conocer y comprender las vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a la persona en agonía, hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo 2011. Es un estudio de enfoque cualitativo con abordaje de tipo fenomenológico como filosofía que se interesa por el mundo vivido, con el fin de recopilar y comprender las experiencias tal como son vividas por las enfermeras. Los sujetos de investigación fueron 8 enfermeras, delimitadas por saturación. Se recolectó la información a través de una entrevista semiestructurada que tuvo como base una pregunta norteadora, identificada como unidad programada para orientar la develación del objeto en estudio. Los datos se analizaron a través del análisis fenomenológico con el análisis ideográfico y nomotético, los cuales dieron lugar a las siguientes proposiciones acertóricas: Vivenciando sufrimiento al cuidar del paciente agónico, incomprensión del sufrimiento humano, impotencia frente a la muerte a pesar del imperativo tecnológico, Frente a la muerte: respeto a la persona en el trance del morir y la muerte. Estas proposiciones reflejan la esencia de la experiencia vivida por las enfermeras en esta unidad crítica que van desde la incomprensión hasta la aceptación del ciclo vital humano, viviendo la satisfacción de cuidar con dignidad hasta la muerte, imponiéndose al imperativo tecnológico.

Palabras claves: Vivencias, cuidados enfermeros, paciente agónico, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

He set a goal to know and understand the experiences of nurses in providing care to the person in agony, hospitalized in intensive care unit Regional Hospital The Mercedes-Chiclayo 2011. Study is a phenomenological qualitative approach to philosophy that is concerned with the lived world, to gather and understand the experience as it is lived by nurses .. The sample was determined by the saturation technique. Information was collected through a semistructured interview was based on the research question, qualitative flexible, identified as unit pre-programmed to guide the conversation. The data were analyzed using thematic analysis was used in ideographic and nomothetic analysis, which resulted in the following propositions.: Demonstrating caring for the patient suffering the agony, misunderstanding of human suffering, powerlessness against death by presence of the technological imperative, the face of death: respect for the person in the throes of dying and death, satisfaction in the care, proposals that reflect the essence of the lived experience of nurses in this unit .. this critical research has possible to know in depth the experiences of ICU nurses. where most of the utterances addressed to one's feelings were continually present in the nurses when providing care to people in agony, and active resistance to the technological imperative.

Keywords: experiences, nursing care, dying patients, Intensive Care Unit

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Medicina Intensiva ha modificado sustancialmente el concepto de muerte en los últimos años por el impetuoso avance científico técnico, de modo que los médicos en muchas ocasiones solo pueden modificar la forma y el tiempo en que se produce¹. Mientras que hasta hace unos años la muerte era un acontecimiento natural e irremediable, hoy puede prolongarse hacia una vida “artificial” pues los avances tecnológicos han revolucionado el cuidado de la salud en las etapas finales de la vida y han “rescatado de la muerte” a un gran número de personas² haciendo posible prolongar su vida que en otras circunstancias estarían condenados a fallecer a corto plazo como consecuencia de una enfermedad o de una agresión traumática ³.

La existencia de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ha sido un factor preponderante para prolongar o salvar la vida de las personas. Se trata de espacios asistenciales destinados a manejar "agresivamente" los estados considerados como "críticos", utilizando aparatos y procedimientos de avanzada tecnología; siendo las técnicas de reanimación y el uso de la tecnología para mantener la vida, lo que han hecho que la muerte deje de ser un proceso natural para convertirse en algo paranatural e incluso antinatural: un accidente que, de alguna manera, puede ser controlado por el hombre.¹ La muerte, en el contexto hospitalario y desde el punto de vista de la ciencia, parece llegar más como el resultado de un fracaso técnico que como un acontecimiento que tiene un lugar determinado e inamovible dentro del ciclo vital de todos los seres vivos.²

A pesar del avance tecnológico, la muerte es una realidad que con frecuencia ocurre en las UCI. Sin embargo; el ambiente de la UCI por su alta

tecnología, el enfoque de los cuidados, centrado en la curación y en medidas para salvar la vida, hacen que no sea el entorno más natural para que se dé el proceso del final de la vida.⁴ Las UCI se crearon para salvar la vida de personas amenazados por enfermedades agudas graves, utilizando tecnologías de soporte vital y de personal altamente cualificado; pero dos factores han modificado esta idea original, la necesidad de atender a pacientes con situaciones ya no tan reversibles debido a la avanzada edad o a enfermedades crónicas subyacentes y el cambio en el tipo de enfermedades amenazantes. Así, mientras que inicialmente se atendían traumatismos y arritmias secundarias a infartos de miocardio, actualmente son más frecuentes las sepsis en pacientes inmuno deprimidos y las reagudizaciones de las enfermedades crónicas respiratorias y cardíacas².

La situación actual es que dentro de los hospitales hay un número creciente de ingresos en las UCI que terminan en fallecimiento debido a la edad avanzada de los pacientes y a la pluripatología. De aquí se desprende que un número nada despreciable de los enfermos que ingresan en UCI mueran en ella, tal principio justifica la existencia de las mismas; sin embargo, no es raro que en las UCI sean aceptados y manejados por tiempo largo pacientes cuya recuperación no es posible, pese a la variada y sofisticada tecnología con que se cuenta².

Las características especiales de la UCI como espacio cerrado, altamente tecnificado y con rigurosos horarios de visitas, le adjudica a la enfermera el puesto protagonista como cuidadora del enfermo ingresado en esta área.

Los profesionales de la salud y, en especial, las enfermeras son quienes están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y esto sin duda representa una dificultad. Al respecto K. Eissler pregunta

¿Qué es realmente difícil, morir o presenciar la muerte? A algunos esta pregunta les puede parecer cínica o hipócrita; sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto íntimo con los moribundos. Y es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el cuidado del paciente y de sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso de morir y las actitudes del personal sanitario⁵. Sin embargo desde la formación las enfermeras no están preparadas para afrontar el morir y la muerte de sus pacientes ⁵. Y esta realidad no solo obedece a lo que vive la enfermera; sino que también es necesario mirar desde quienes son los protagonistas principales de este proceso: los pacientes moribundos quienes se enfrentan al final de la vida con diferentes sentimientos, sobre todo, cuando el paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana.²

La enfermera en este ámbito debe recordar que, cuando alguien sufre, lo que más desea en ocasiones es que los seres queridos estén junto a él, no sentirse solo, y que los profesionales no les abandonen, que les escuchen y que estén disponibles cuando los necesiten para poder aliviar sus síntomas molestos hasta el extremo que sea necesario; ⁷ sin embargo, no siempre el personal de salud es capaz de percibir estas necesidades de cuidado y centra su atención al ámbito netamente biológico.

En las UCI también interactúan personas que requieren cuidado y que parecen invisibles a los ojos del personal de salud, los familiares de las personas hospitalizadas, quienes se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano..., está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos..., no saben si son las últimas horas que van a estar a su

lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida³. También es frecuente que los familiares del paciente crítico se encuentren confortados al comprobar los recursos humanos y técnicos disponibles, así, el solo hecho de la presencia próxima de la enfermera y su disposición para prestar ayuda con profesionalidad puede proporcionarle cierta tranquilidad en esos difíciles momentos.⁴

En el escenario del cuidado de la persona en agonía el personal de enfermería puede verse involucrado en un conflicto moral cuando se compromete con la voluntad del enfermo y comprende la situación que atraviesa, una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico. Percepción que puede despertar en ella inquietud, ansiedad e impotencia, así como cansancio y desgaste emocional por el hecho de tener que afrontar situaciones de emergencia y de sobrecarga en el trabajo cotidiano, así como estar en contacto continuo con el sufrimiento de otras personas. Todo ello, sumado a la ausencia de desarrollo de estrategias para hacer frente a la muerte de sus pacientes, produce un bloqueo en el momento de detener los tratamientos curativos, en la comunicación de malas noticias y en el soporte posterior de las familias. Ello conlleva un sentimiento de insatisfacción y ansiedad que conduce a un progresivo aislamiento que interfiere con el trabajo en equipo, tan necesario en estas unidades, y a un distanciamiento aún mayor hacia los propios pacientes y sus familiares. ¿Qué cuidados de enfermería debe brindarse a un enfermo moribundo? Valdría la pena detenerse ante la respuesta que muestra con más dureza y crueldad la realidad de la muerte: "no hay nada que hacer". Y se afirma esto porque no hay nada que hacer "técnicamente", para la recuperación de la salud de la persona; es decir desde la curación. Pero queda mucho por hacer desde el punto de vista del cuidado. Es en este punto cuando empieza el otro trabajo, el trabajo de acompañar. El mundo interno de esa persona hecho de sentimientos y sensaciones, continúa creciendo, enriqueciéndose y

haciéndose cada vez más viviente, mientras que el mundo de la efectividad se arruina y empobrece ⁸

En algunas oportunidades se ha observado la variabilidad que existe en los cuidados que realiza el personal que asiste directamente a este tipo de enfermo, así como el aislamiento e incluso abandono que puede sufrir el paciente moribundo ingresado en esta área y la investigadora se ha preguntado ¿cuál es el motivo de las actitudes y acciones que supone una falta de cuidado humanizado?² Mirando tras el lente de la experiencia puede decirse que la sobrecarga de trabajo que en ocasiones tienen que sobrellevar los profesionales de cuidados críticos; así como, el gran deterioro y dependencia de medidas de soporte vital que con frecuencia requieren los pacientes que se encuentran atravesando la etapa final de su vida son obstáculos en el esfuerzo de los profesionales de enfermería para procurarles unas condiciones adecuadas; además, la frecuencia con la que se ve morir puede llegar a "endurecer" en cierta manera e incluso puede llevar a trivializar este desenlace ⁴, realidad que reclama ser sistematizada mediante la investigación científica.

Desde la formación universitaria la enfermera aprende a centrarse más en las técnicas y no se fomenta mucho la formación de habilidades sociales, escucha y otros, nadie ha dicho mientras se estudiaba cómo sufren las personas y sus familias ¹¹. Sobresalen los conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable, la filosofía académica está basada en preparar esencialmente en el manejo de una medicina curable y triunfalista. No se tiene un criterio formado sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte, no se puede actuar de acuerdo con los conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal, tal como lo manifiestan en su tesis de pregrado estudiantes de enfermería.¹⁰

La UCI Polivalente del Hospital Regional Docente las Mercedes, es una unidad que funciona desde el 2000, atiende aproximadamente un promedio de 22 pacientes por mes, ingresando en ella adultos mayores con pluralidad de patologías, con una estancia de 5-7 días a más, excepcionalmente ingresan pacientes pediátricos. La mortalidad es alta, ya que supera los estándares. 25%.¹² En ella trabajan un total de 10 enfermeras, 5 técnicos de enfermería y 5 Médicos intensivistas, la capacidad es de 6 camas y se atiende 3 pacientes por enfermera quienes están capacitadas y tienen amplia experiencia en el cuidado del paciente crítico.

La investigadora al laborar en la UCI pudo observar la situación de extrema tensión a que muchas veces estaban sometidos el paciente como su familia, tensión que provocaba susceptibilidad y nerviosismo, ya que estos eran sometidos por su estado crítico a la sedación obligatoria, a la intubación endotraqueal, a procedimientos invasivos por lo que había interferencia en su comunicación con el entorno; esto suprimía los símbolos para interpretar el ambiente y para actuar en consecuencia, no logrando vencer muchas veces la muerte. Por otro lado, los familiares siempre estaban pendientes por lo que pudiera ser su desenlace final.

Las enfermeras verbalizaban en general que el paciente era el elemento más importante y que su trabajo se debía centrar en él. En las situaciones de urgencia a veces primaban las técnicas y se olvidaban los sentimientos. Había mayor cantidad de actividades técnicas y a mayor gravedad del proceso podía haber menor cantidad de comunicación y relación con el paciente y su familia. A veces atribuían la falta de comunicación a las dificultades que ofrecía este proceso en pacientes intubados, traqueostomizados, sedados. Diversos factores hacían que en ocasiones sea muy difícil llevar a cabo esta actitud y no se prestaba la suficiente atención que este trance merecía, privando tanto al paciente como a sus allegados de lo que podría ser una honesta aportación en una situación que no por

esperada dejaba de ser dolorosa: formación, comunicación, medios de trabajo, coordinación de trabajo en equipo, afrontamiento de situaciones de emergencia y carga de trabajo cotidiano, capacidad de expresar los sentimientos generados por la muerte y de comunicar malas noticias, entorno de trabajo, sentimientos de fracaso y angustia en relación con la muerte de los pacientes, capacidad de actuación ante dilemas éticos, etc.

Para todos los enfermeros suponía un reto el poder desenvolverse en situaciones de sufrimiento ajeno, sin implicancias emocionales hasta el punto de verse afectada su actuación y a la vez ser sensibles a las necesidades de sus pacientes y sus allegados para que su labor les reportara mayor beneficio. Así, es común que durante estos desenlaces la población percibía muchas veces actitudes negativas en ellas, dándoles los adjetivos de insensibles, sangre fría, fuerte y/o indiferente. Sin embargo, es necesario un acercamiento a su mundo fenoménico y preguntarse ¿Cómo son sus vivencias dentro de la UCI? ¿Qué sienten al tener que estar en contacto permanente con la muerte de otras personas? ¿Están preparadas para afrontar el morir y la muerte de otras personas? ¿Están las enfermeras formadas para proporcionar unos cuidados holísticos y de calidad que favorezcan el desenlace de una muerte digna? ¿Qué mecanismos utilizan para expresar y canalizar estos sentimientos y emociones ante la pérdida inminente? ¿Los cuidados que brindan son adecuados? Frente a ello, la investigadora realizó la siguiente pregunta científica, el siguiente cuestionamiento ¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras al brindar los cuidados a la persona en agonía, hospitalizadas en la UCI del HRDLM-Chiclayo? con el objetivo de develar y comprender las vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a la persona en agonía.

Conocer las vivencias de las enfermeras en el cuidado que brindan a la persona en agonía en la UCI del HRDLM-Chiclayo, permitió a la investigadora ayudar a definir una serie de pautas o guías de manejo de los

pacientes en el final de la vida, ya que pudo percibir cómo se daba el cuidado a estas personas en los últimos momentos de su vida, asimismo identificó el énfasis que se daba al cuidado para la vida y de que existía un vacío, respecto al cuidado cuando no hay curación. También la mayoría de las verbalizaciones se dirigieron hacia los propios sentimientos que continuamente estaban presentes en las enfermeras cuando brindaban cuidados a estas personas en agonía, así como una resistencia activa al imperativo tecnológico.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del problema

La investigadora realizó la búsqueda de antecedentes que permitieron delimitar el inicio de la presente investigación y añadir conocimiento respecto al objeto de estudio. En esta búsqueda se encontraron los siguientes trabajos:

En Querétaro-México (2008): El objetivo fue identificar la percepción de la enfermera en torno a la muerte en pacientes terminales. Se concluyen que 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 religiosos. Se les dificulta brindar atención de calidad dentro del aspecto psicológico.

Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez y José M. Merino Escobar, en su estudio descriptivo correlacional se tuvo el propósito de valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, así como identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano (Chile). Este estudio se sustentó en los conceptos actitud y muerte. Para recolectar la información se utilizó un instrumento con tres escalas: Características biosociodemográficas, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte (CAM). Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Se concluye que es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes. También es de relevancia, mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas.

Zoraida Carmona y Cira Bracho de López en su trabajo de investigación realizado con el objetivo de interpretar el sentir de médicos y enfermeras ante el duelo y la muerte del paciente, llegaron a los siguientes resultados: Sentido de la palabra muerte: Fin de la existencia terrenal, vacío, dolor, mucha tristeza, hecho nefasto, fracaso. Sentir emergente ante vivencias de muerte y duelo: 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: Temor a la muerte y temor a la reacción del familiar. Preparación del equipo de salud: No está preparado para el mantenimiento de la vida, falta de talleres.

Del Barrio Linares y otros, en su tesis (2007-España) *Cuidados del paciente al final de la vida: Ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos*, se plantearon como objetivos: a) conocer las ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos en la atención del paciente al final de la vida y b) analizar si existe relación entre las ayudas y obstáculos percibidos por las enfermeras y las variables sociodemográficas. El método de estudio fue descriptivo correlaciona. Entre las conclusiones: Las enfermeras perciben como prioritario el adecuado control del dolor, que entre el equipo médico haya unanimidad de criterios en la toma de decisiones y que se favorezca, tanto al paciente como a la familia, un entorno digno durante todo el proceso.

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 de Enfermería, 2006; 52-53: 25-29.* Estudio de diseño cualitativo que desentraña el significado que tiene la muerte en los trabajadores de una residencia de ancianos, así como las actitudes y comportamientos que tienen con los moribundos, usando como herramienta la entrevista semiestructurada. En el amplio apartado de resultados destaca que la actitud de los profesionales es distinta con el moribundo respecto al resto de los residentes, y el hecho de que el profesional considera la muerte de los residentes como un descanso. Se pone de manifiesto la necesidad de hacer más estudios que analicen el tema de la muerte en nuestra sociedad desde el paradigma cualitativo.

Beck strand RL, Kirchhoff KT. *Providing End-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. American Journal of Critical Care, 2005; 14(5); 395-403.* Estudio realizado sobre una muestra aleatoria de 1500 enfermeras, que tiene como objetivo cuantificar la intensidad y frecuencia de los obstáculos percibidos por dichas enfermeras en el cuidado del proceso de muerte en UCI. En los resultados destaca como mayor obstáculo el rol limitado de estas en la toma de decisiones y la planificación de los cuidados de estos enfermos, así como las discrepancias con los médicos en cuanto a qué cuidados son los más adecuados. En el desarrollo del estudio se denuncian las deficiencias reales que existen dentro de estas unidades en cuanto al cuidado del enfermo moribundo.

Mallma Cotrado, Julia Elena realizó un trabajo titulado “*Vivencias de las enfermeras en el cuidado al paciente moribundo en la UCI. del Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Agosto 2004- Enero 2005*”. Los objetivos fueron describir, analizar e interpretar las vivencias de las enfermeras en la atención al paciente moribundo, las consideraciones finales fueron: “El personal de enfermería que participó en el estudio, le da a la muerte un significado estrictamente biológico, considerándola como el fin del ciclo vital o el cese de las funciones vitales.” “Consideran el proceso de muerte un evento doloroso, siendo estos sentimientos mas intensos cuando la pérdida es de pacientes con los que se ha tenido vínculo emocional profundo, cuando los que mueren son jóvenes o cuando presentan una agonía larga.” “Frente a las reacciones emocionales como dolor, pena, sufrimiento de la familia, muestran una actitud de alejamiento hacia la familia, lo cual impide brindarle al paciente un cuidado integral desde un enfoque holístico.

1.2. Aspecto teórico-conceptual

Abordar el mundo fenoménico de las enfermeras para aprehender sus vivencias en el cuidado de las personas en agonía, supone definir qué es una

vivencia, de allí que Vivencia es "una experiencia vivida con gran intensidad por un individuo en un lapso de tiempo aquí-ahora (génesis actual), abarcando las funciones emocionales, cenestésicas y orgánicas. Wilhelm Dilthey (1833-1911), primer investigador del sentido de las vivencias, define la vivencia como "algo revelado en el complejo anímico dado en la experiencia interna de un modo de existir la realidad para un cierto sujeto" ¹⁶.

Las vivencias son fenómenos "interiores" de los seres vivientes; transcurren en la "inmanencia" de su propio ser y no más bien en el "exterior" de este; por eso no son susceptibles de ser miradas en sí mismas desde un punto de observación externo. Ellas miran "hacia dentro" de la misma vida y no más bien "hacia fuera" de esta. Las vivencias permiten a estos seres vivientes experimentarse a sí mismos como "sujetos" de ellas y no más bien como objetos, como sucede, en cambio, con su propio cuerpo. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad de estos seres, estas vivencias se consideran "entidades subjetivas" ¹⁷.

El término vivencia se incorporó a nuestro idioma a principios del siglo XX. José Ortega y Gasset lo propuso como traducción del vocablo alemán Erlebnis, con el que él estaba familiarizado a través del estudio de la fenomenología; precisamente la escuela de pensamiento en que se formó Edith Stein. Usualmente tiene la palabra vivencia una connotación ligada a lo emocional. Sin embargo, ya la primera acepción que registra el diccionario permite designar a un campo más vasto de actos subjetivos como vivencia: "El hecho de vivir o experimentar algo, y su contenido". Esto es más acorde con la fenomenología, que entiende por vivencia toda clase de actos conscientes inmanentes al sujeto: percepciones, recuerdos, expectativas, actos de fantasía, deseos, sentimientos, entre otros... Por consiguiente, bajo el título de vivencia se registran no solo emociones afectivas sino también sensoriales, imaginativas, volitivas, que sirven de matriz al pensamiento conceptual y se entrelazan con él ¹⁸.

Las vivencias constituyen estadios de experiencia en que la realidad deviene en diversas formas a la conciencia. Sin embargo, el que dicha experiencia sea en sí misma una forma de conciencia no afecta el hecho que la vivencia es una parte del mundo, especialmente dentro del complejo de los hechos psicológicos, que definen una esencia pura y aprehendida en la ideación como pura idea. En la esencia de la vivencia misma entra no solo el ser conciencia, sino también de qué lo es y en qué sentido preciso o impreciso lo es. Las vivencias suponen un entramado complejo de conexiones entre el yo y el mundo, y definen espacios de sentido para el darse efectivo de las cosas. El yo es una sucesión interminable de vivencias dispuestas en un incesante fluir de formas de conciencia, que se conectan y se superponen entre sí. El mundo y el yo van constituyéndose y definiéndose recíprocamente en un eterno ir y venir de sentidos relativamente trascendentes respecto de su origen en la conciencia ¹⁹.

Existen varios grados o modos en los que puede tener lugar la comprensión de las vivencias de otras personas, según Scheler. Primero, diferencia Scheler la “Gefühlsansteckung” o contagio afectivo. En este caso, una persona estaría triste y nosotros nos contagiaríamos de su tristeza al verlo, al escuchar su llanto o sus explicaciones y entonces nos podríamos tristes también. Se trata de un procedimiento que tiene lugar de un modo subconsciente. Lo que sentimos en el caso del contagio afectivo no es el sentimiento de otra persona, sino un sentimiento propio. Es por ello que el contagio afectivo no presupone que tengamos una experiencia consciente de la existencia de otra persona. Se trata de una experiencia primitiva de la subjetividad ajena, que por lo general transcurre de modo subconsciente, y no podemos hablar en propiedad aquí de intersubjetividad ²⁰.

En segundo término distingue Scheler el fenómeno del “Nachfühlen. En este tipo de acto sentimos lo que otra persona siente a partir del conocimiento de sus vivencias, experiencias, situación personal y contexto. Este sería el

caso, por ejemplo, cuando una persona nos explica que está triste por una serie de razones y entonces nosotros comprendiendo las razones por las cuales está triste, podemos sentir la tristeza que esta persona siente. Con todo, aquí, nosotros no necesariamente nos ponemos tristes. Este tipo de vivencias posibilita una primera experiencia de los demás y nos abren las puertas a la comprensión de sus vivencias como vivencias ajenas. En estos casos de sentir lo que otra persona siente no es solo que tengamos un conocimiento del otro como tal, o que sepamos que otra persona siente algo en concreto, sino que sentimos y vivenciamos lo que ella siente, sin por ello tener el mismo estado afectivo que este. El sentir lo que otra persona siente se distingue del contagio afectivo en dos aspectos esenciales. Por un lado, en el sentir lo mismo que otro es necesario comprender los motivos de la tristeza de una persona, mientras que en el contagio afectivo no lo es. Por otro lado, en el sentir lo mismo que otro no nos ponemos necesariamente tristes a pesar de comprender los motivos, en el caso del contagio afectivo aún no comprendiendo los motivos, nos contagiamos de su tristeza y estamos tristes²⁰.

En tercer término, distingue Scheler otro fenómeno afectivo al que denomina “Einsfühlen” o el sentirse uno con el otro. En este caso nos sentimos en unidad con el otro y, por ello, es posible compartir las mismas vivencias emocionales. En este caso hay una identificación completa con el otro y se puede sentir lo mismo que él.

En cuarto lugar, describe Scheler el acto del “Mitfühlen” o de la simpatía en sentido estricto. En la simpatía tenemos un sentimiento en el que nos son dadas de un modo inmediato las vivencias de la otra persona.

Estos cuatro tipos de vivencias en los que se nos posibilita una aproximación a las vivencias de las otras personas constituyen diferentes grados de intersubjetividad. Desde el mero contagio afectivo en el que solo de

un modo subconsciente, vago y primitivo experimentamos lo mismo que otro, sin que este otro tenga capital importancia; luego el sentir lo mismo que otro que considera ya la experiencia de una subjetividad ajena como tal; después la completa identificación con esta otra subjetividad en el sentirse uno con el otro; hasta llegar a la simpatía pura como experiencia de un modo inmediato las mismas vivencias que otra persona, hay una escala que va de menos a más en lo que concierne la experiencia de otra persona como tal. Si atendemos a estos actos afectivos, vemos que se trata de actos que son fundamentales para la constitución y posibilitamiento de una experiencia de la subjetividad ajena y por lo tanto sientan las bases de la intersubjetividad ²⁰.

La Enfermería es una profesión que se enfrenta cada día a situaciones cercanas al morir y la muerte. El contacto directo con pacientes moribundos y sus familiares precisa de una formación específica para el colectivo de enfermeras en estos temas tan difíciles de afrontar. La enfermera, además de poseer habilidades para el control de síntomas físicos, debe ser capaz de ofrecer un cuidado integral a las personas cercanas a la última etapa de su vida. Para ello, debe poseer habilidades sociales y de comunicación que le permitan acercarse y acompañar en todo momento a este tipo de pacientes y a sus familiares quienes posteriormente se enfrentarán al proceso de duelo ²¹.

A través de la historia de enfermería se ha identificado el CUIDADO como el ser y la esencia de la profesión y se entiende como todas las acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o de los grupos; de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud. El interés y motivación de la enfermera por brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida se remonta a los orígenes de la profesión, bien es sabido como 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 ²² .

Las diferentes enfermeras al profundizar en sus modelos y teorías enfatizan la importancia del cuidado a las personas que viven esta etapa; entre ellas se mencionan las siguientes:

Virginia Henderson considera que la función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana en la “realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios”

²²

Calixta Roy, como resultado de sus estudios e investigaciones, afirma que el objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación (fisiológico y físico, autoconcepto de grupo, desempeño del rol e interdependencia) y así contribuir a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad. En sus últimos escritos mencionan “La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatir todos ellos del mejor modo posible ²².”

Por otra parte la Declaración del CIE, con respecto a “la función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias”, afirma que las enfermeras están preparadas para ofrecer cuidados compasivos, aliviar el dolor y el sufrimiento de las personas en la fase final de la vida y brindar apoyo a la familia; respetando sus valores culturales y el derecho a tomar decisiones informadas, a recibir o rechazar un tratamiento y

a tener una muerte digna. Mantiene además, que las enfermeras son miembros claves en los equipos interdisciplinarios que brindan cuidados ²².

Según Watson “el cuidado es un proceso humano intersubjetivo que expresa respeto por el misterio del ser en el mundo, reflejado en las tres esferas de mente, cuerpo y alma. Las transacciones de cuidado humano se basan en la reciprocidad y permite una única y auténtica presencia en el mundo del otro”. Mientras exista el “yo”, percepción de sí mismo, se ha de considerar al paciente como ser unitario, por lo tanto, se le debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones ²³.

La agonía constituye momento previo antes de la muerte, que se suscita horas antes que se produzca el deceso de la persona; otros refieren que puede suscitarse hasta los últimos 3 a 5 días, si es que se hacen evidentes signos y síntomas del proceso de morir, por tanto, la agonía es aquella en la que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto; representa el momento más crítico de los cuidados por las cargas emocionales que conlleva. La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios. En general, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar. Se observa un visible debilitamiento de la persona y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima ²⁴.

El proceso de morir es un período preciso para experimentar intensas emociones que ponen en evidencia la fragilidad y la limitación de la vida humana. En este proceso están involucrados el paciente moribundo, la familia y el equipo de salud. La fragilidad de este momento va a generar

sentimientos difíciles de contener y vivenciar. La ansiedad y el temor se harán presentes a medida que se acerca el momento final de la vida del paciente. Dentro del equipo de salud los profesionales de enfermería serán los que más probablemente sufrirán y vivirán esta situación tensa que genera la muerte básicamente por dos motivos: El primero, porque la muerte del paciente le hace tomar conciencia de su propia finitud y de las pérdidas que ha sufrido a lo largo de la vida, y en segundo lugar porque es la enfermera quien más horas pasa al lado del enfermo. Esta proximidad espacial y temporal, conlleva por lo general, intensas reacciones emocionales que de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad o estrés ²².

En toda relación humana, las emociones juegan un papel importante. Y en el proceso de morir todavía más por la presencia de la muerte. Para el enfermo el sentirse comprendido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida, o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, se convierten en necesidades primordiales que deben ser satisfechas. Al mismo tiempo para la enfermera, el sentirse útil y humana, el poder facilitar la comunicación y el cuidado de los aspectos físicos se convierten en el centro de sus preocupaciones. Pero a medida que se deteriora la salud del enfermo, las necesidades psicológicas suelen prevalecer sobre las físicas. En este contexto, el poder satisfacer estas necesidades proporciona a la enfermera la oportunidad de expresar afectos y dar una dimensión humana a su labor profesional. La experiencia vivida suele consolidar su propia autoestima además de fortalecer los sentimientos de eficacia y competencia. No obstante el hecho de estar horas, e inclusive días, al lado de la persona en el proceso de la muerte va a confrontar al personal de enfermería a veces con el miedo de la propia muerte ²².

Así mismo, se destaca el hecho de que estar trabajando con la muerte día a día, va a generar probablemente en el profesional de enfermería, una

necesidad de canalizar sus ansiedades y miedos relacionados con la muerte. Si esta canalización no se lleva a término de forma adecuada, es probable que la negación y el distanciamiento sean los mecanismos principales de adaptación que utilizarían. Reconocer y comprender nuestros miedos, así como recibir soporte emocional y mantener la implicación emocional sin caer en la identificación o en la indiferencia, son algunas de las medidas profilácticas que pueden ayudar a superar el estrés y el miedo que genera el trabajar con enfermos al final de su vida en forma diaria ²⁵.

La persona, “en el proceso de morir”, vivencia en su interior soledad, abandono, ansiedad, marginación, lo cual pone en evidencia que el paciente tiene necesidades que van más allá de la mera aportación científica y técnica, y por lo tanto requieren cuidadores que den confianza, esperanza, consuelo y apoyo, expertos de gran sensibilidad humana abiertos a todo aquello que pueda ayudar a comprender al enfermo, su interioridad, mundo, cultura, capaces de comprender al enfermo en todas sus vivencias, para ofrecerle un cuidado personal e individualizado.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación

Esta investigación es cualitativa, desde la vertiente metodológica de la fenomenología.

Se utilizó este abordaje dada la naturaleza del objeto en estudio el mismo que fué las vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a las personas en agonía, hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes. Pretendió aproximarse al conocimiento de las enfermeras en su contexto, saber lo que sienten y poder llegar a comprender sus vivencias, describir cómo las enfermeras dan sentido a sus vivencias y cómo las interpretan, por lo tanto, el presente trabajo permitió obtener respuestas humanas y acercarnos a la comprensión del fenómeno estudiado.

2.2. Trayectoria metodológica

El abordaje de esta investigación fue la fenomenología. Según *Husserl* la fenomenología es la ciencia que describe las esencias de la conciencia y sus actos, es decir, la fenomenología busca el significado de los fenómenos en la correlación entre la conciencia y el objeto. La idea fundamental y básica de la fenomenología es la noción de la intencionalidad, la cual parte de que la conciencia siempre está dirigida a algo.

Intentar conocer las vivencias de las enfermeras que cuidan de las personas en agonía hizo necesaria la interiorización de esta realidad en los sujetos investigados, por lo tanto en la presente investigación se buscó que las enfermeras reflexionen sobre su realidad de acompañantes de las personas en agonía y sean capaces de verse a sí mismas como sujetos que vivencian ese acontecimientos y a la vez como objetos que son evaluados por sí mismos para indagar sobre el impacto que tiene sobre su propio yo. Es decir, se buscó llegar a la intencionalidad que posee la enfermera cuando cuida de la persona en agonía y al mismo tiempo develó quién es ella y cómo se concibe como persona al reflejarse en ese otro que es la persona en agonía.

Esta metodología tuvo una trayectoria con tres fases definidas:

2.2.1. Descripción fenomenológica

En la presente investigación esta descripción se inició con la recogida de datos a través de la entrevista semi estructurada a profundidad, previo consentimiento informado por parte de los participantes, una vez recopiladas las entrevistas se procedió a la degrabación buscando retratar cada frase, palabras, teniendo en cuenta el tono de voz, los silencios, es decir no solo se tuvo en cuenta lo escuchado si no cómo lo dijo cada participante. Toda esta información recopilada fue transcrita tal como lo dijo el investigado.

Fue importante por que permitió algo esencial: conocer las vivencias a partir del discurso de las enfermeras, por ello se señala que la herramienta indispensable de los investigadores es procurar una descripción sin perder de vista los diferentes aspectos del fenómeno tratando de comprender lo que es esencial; por lo que, la intencionalidad estuvo dirigida a comprender las vivencias de las enfermeras cuando brindan cuidados a una persona en agonía

2.2.2. Reducción fenomenológica

Este segundo momento permitió rescatar la esencia de las respuestas espontáneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado para lograr comprenderlo. Este momento ayudó a valorar y codificar unidades de significado.

Para ello fue importante realizar el apojé fenomenológica, que significó dejar entre paréntesis todo aquello que queda fuera del objeto de estudio, no solo en los investigados; sino también en la investigadora. Se inició convirtiendo las entrevistas en discursos, convirtiendo las oraciones interrogativas en afirmativas o negativas, dependiendo de las respuestas de las informantes.

De los discursos se extrajeron oraciones con sentido completo, las que fueron reducidas mediante el apojé fenomenológica. De esas oraciones se extrajeron las unidades de significado, los cuadros que permitan obtener las unidades de significado (las cuales tuvieron una estructura que permitió su análisis: sujeto (que realiza la acción), un verbo (que refleje la acción del sujeto) adverbios (de frecuencia, intensidad), adjetivos (calificativos, entre otros; que permitieron extraer las ideas principales que den cuenta de la intencionalidad de los sujetos. Luego se reunieron en cuadros de convergencias, los mismos que nuevamente fueron reducidos buscando acercarnos más a la esencia del objeto en estudio. Con este cuadro se inició el siguiente momento

2.2.3. Interpretación fenomenológica

Este momento consistió en pensar sobre los significados y una explicación de lo que iba a ser comprendido en los discursos, estuvo ligado a la descripción y reducción fenomenológica

De las unidades que han convergido y han sido reducidas, emergieron las proposiciones, que al ser reunidas, permitieron plasmar el análisis ideográfico que describió la esencia de cada participante.

Finalizada la aproximación hacia el ser de cada participante, abordando sus vivencias y experiencias, se buscó conocer la esencia de los participantes en torno al objeto en estudio. Es decir, que se ha buscado también abordar el sentido del todo, mediante el análisis nomotético, que se concreta en visualizar las convergencias, divergencias e idiosincrasias de las proposiciones que permiten acceder a las vivencias de las enfermeras en el cuidado de las personas en agonía.

2.3. Sujetos de investigación:

La población de estudio fue el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes. Esta unidad cuenta con 10 enfermeras, participando 8 en el trabajo de investigación. La situación laboral de este personal son 100% nombradas, 70% con estudios de especialidad en cuidados críticos y emergencias, el 100% con una experiencia laboral en UCI mayor de 2 años.

Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron: acceder voluntariamente a participar en el estudio y tener experiencia profesional en cuidados intensivos. Se consideró a efectos prácticos como tal llevar como mínimo 2 años trabajando en UCI en forma continua. El número de entrevistas que se realizaron estuvo determinado por el criterio de saturación de la información.

2.4 Escenario

El presente trabajo de investigación se realizó en la UCI polivalente del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, con un área común y capacidad de 06 camas. Ubicado en el segundo nivel del servicio de hospitalización de Emergencia, la primera sala de distribución corresponde a la UCI y la segunda distribución al residentado médico separado por un pasadizo que constituye la sala de espera de UCI.

2.5. Instrumentos de recolección de datos

Para efectos de la presente investigación se utilizó como técnica para recolección de datos la entrevista semiestructurada a profundidad. El instrumento fue la guía de entrevista (anexo N° 01) y una grabadora, la cual fue validada con personal de enfermería que trabaja en la UCI del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

2.6. Procedimiento

Validado el instrumento se procedió a su aplicación en los sujetos de estudio, grabando las entrevistas. Se solicitó la autorización del informante, indicándole que se iba a mantener absoluta reserva en cuanto al origen de la información. Se realizó en un ambiente cercano a la sala de hospitalización en UCI (sala de enfermería) a puerta cerrada, sin interrupción con una duración de 20 a 30 minutos.

Asimismo, fue necesario tomar para la realización del presente trabajo de investigación el consentimiento informado, en donde los participantes de la investigación contaban con la información adecuada respecto de la investigación, lo que permitió aceptar su participación.

2.7. Análisis de datos

2.7.1. Análisis Ideográfico (empleo de ideogramas):

Consistió en la interpretación de las ideas genuinas expresadas en los discursos transformándolas en símbolos o códigos (la escritura) que se asignó a cada uno de los significantes extraídos de los mismos discursos para tornar visible la ideología contenida en los mismos, luego se prosiguió a ordenar las ideas de modo que se produjo una reducción fenomenológica, buscando convergencias dentro del mismo discurso que permitió establecer las unidades de significado. Posteriormente surgieron las proposiciones que consistió en reunir las unidades de significados buscando convergencias y se produjo nuevamente reducción fenomenológica siendo muchos los pensamientos que fueron sintetizados y tematizados según las vivencias que emergieron del fenómeno.

2.7.2 Análisis Nomotético:

Consistió en la estructura de la esencia final del fenómeno, obteniendo como resultado la comprensión, traducción de los símbolos en divergencias, convergencias e idiosincrasias que se muestran en casos individuales. Fue vital para considerar los significados de los participantes. En este caso fueron las vivencias de las enfermeras referentes a los cuidados que brinda a la persona en agonía en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes. Se buscó la esencia final de las respuestas siendo el resultado la comprensión de convergencias (esencia en las coincidencias de las personas) y divergencias (opuestos en las coincidencias del sujeto).

2.8. Criterios éticos

En esta investigación se tuvieron en cuenta los criterios de la ética personalista de Elio Sgrechia.

El primer principio es el del valor fundamental de la vida humana. En tanto el presente trabajo de investigación se enfocó a las vivencias de las

enfermeras, se tomó en cuenta su bienestar y disponibilidad para participar activamente y no se vieron afectados con la investigación, procurando en todo momento que no se les dañe en ninguna de sus dimensiones.

Otro de los principios es el de la libertad y responsabilidad. En este sentido se respetaron la decisión de las enfermeras de participar o no de esta investigación. Antes de iniciar la aplicación de la entrevista se dedicó tiempo para explicar en qué consistía su participación, la utilización de un seudónimo, aclarar dudas y presentar el consentimiento informado.

Por último, se tuvo en cuenta el principio de socialización y subsidiariedad, donde los resultados nos pudieron dar una luz del impacto social del presente trabajo, cuyos aportes se darán a conocer a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes.

2.9. Criterios de rigor científico

La calidad de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que los investigadores permanentemente debemos garantizar y que los profesionales de los servicios de salud necesitamos evaluar antes de utilizar los resultados de los estudios. Existen algunos criterios que permiten evaluar el rigor y la calidad científica de los estudios cualitativos y sobre los cuales hay acuerdo parcial. Estos criterios según Guba y Lincoln ²⁶, son la credibilidad, auditabilidad, transferibilidad o aplicabilidad.

En la presente investigación se tuvieron en cuenta:

Principio de credibilidad

La credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado.

El criterio de credibilidad se pudo alcanzar porque la investigadora para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, regresó a los informantes durante la recolección de la información y estos reconocieron que

la información dada en su entrevista era una aproximación sobre lo que ellas piensan, sienten; siendo así, que los resultados dados en la investigación fueron validados por las personas que fueron entrevistadas. Asimismo, la investigadora se involucró teniendo paciencia, reflexión y una evaluación permanente para describir los sujetos de investigación.

Principio de auditabilidad

La auditabilidad o confirmabilidad se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Lo que pretendió la investigadora fue dejar evidencia de la metodología utilizada a fin de que otros investigadores puedan seguirla. Sin embargo, es importante resaltar que en un estudio fenomenológico lo que se busca es abordar la singularidad de las personas, por lo tanto no se espera que otros investigadores lleguen a conclusiones iguales o similares. Es más importante resaltar que estos resultados son evidencias acertóricas, por lo tanto en los mismos informantes estos resultados pueden variar en otros tiempos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Siendo el objeto de estudio las vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a una persona en agonía en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, una vez tratadas las entrevistas y analizados los discursos que reflejan el significado expresado por ellas , son relevantes las siguientes proposiciones acertóricas:

- 1.- Vivenciando sufrimiento al cuidar al paciente agónico.
- 2.- Incomprensión del sufrimiento humano.
- 3.- Impotencia frente a la muerte a pesar del imperativo tecnológico.
- 4.- Frente a la muerte: Respeto a la persona en el trance del morir y la muerte.

1.- VIVENCIANDO SUFRIMIENTO AL CUIDAR AL PACIENTE AGÓNICO

Los profesionales de la salud y, en especial, las enfermeras son quienes están continuamente enfrentadas a la realidad de la muerte de otras personas y esto sin duda representa una dificultad.² generando en ellas sufrimiento que es una de las realidades más conflictivas de la experiencia humana, ya que desafía su sentido de búsqueda de paz y felicidad. Su impacto es tan grande que solo cobra significado en lo más profundo del ser humano, del espíritu, el cual queda desvelado y al descubierto al encontrarse a la persona en situación límite²⁷, como es el caso de las enfermeras que laboran en la UCI del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, cuando nos manifiestan:

“Como enfermera soy persona con sentimientos y en el trance de la muerte de estas personas me ha invadido la tristeza, la pena y he compartido y expresado esos sentimientos con el personal de salud e incluso con los familiares”. LIRIO

El estar en contacto continuo con la muerte, permite comprender lo que las enfermeras sienten al cuidar a las personas en agonía, pena, tristeza, que es un modo de vivencia experimentada cuando ella comprende la situación crítica que vive la otra persona. Scheler afirma que existen varios grados o modos en los que se puede comprender las vivencias, siendo la simpatía, el Mit-fühlen, sentir-con, co-sentir, que, en sus formas de congratulación y compasión, la describe como “aquellos procesos en los cuales parecen hacérsenos inmediatamente ‘comprensibles’ las vivencias de otros seres, pero en las cuales ‘participamos’ (teilnehmen)”. Como vemos, Scheler distingue la comprensión de las vivencias ajenas de la participación en ellas. La segunda presupone la primera, pues no puedo alegrarme de la alegría del otro o sufrir por su sufrimiento sino no comprendo que se trata de

una alegría o un sufrimiento ²⁷ Por esencia, “compadecer” es “padecer por el padecer del otro” situación vivida por nuestras informantes al estar presentes cuando una persona está en agonía generando en ella simpatía por el otro el Mit-fühlen.

El estar en contacto continuo con la muerte, permite comprender lo que las enfermeras sienten al cuidar a las personas en agonía, generando en ella una serie de sentimientos encontrados y el sufrimiento está presente en sus vivencias, tal como lo corrobora Ignacio T. Lucero en Salvifici doloris n° 4, en el que se indica que el sufrimiento de otras personas suscita compasión, respeto y a su manera atemoriza.²⁸ Eric Cassell, quien ha escrito extensamente acerca de la naturaleza del sufrimiento, lo describe como el "malestar severo asociado a eventos que amenazan la integridad personal y la preservación del self". El sufrimiento, para Cassell, solo se da cuando se es consciente de la propia condición del tiempo y del futuro. "El sufrimiento comienza no solo cuando la persona no es capaz de hacer algo, sino cuando vea a otras personas sufrir, como en el caso de la enfermedad. ²⁹

Por otro lado, el sufrimiento es el límite de la praxis. Es aquello contra lo cual “yo”, al menos de momento, nada puedo hacer. y todos hemos experimentamos alguna vez tales situaciones donde los esfuerzos humanos llegan a su fin y sucede lo que no queremos el fin inevitable, causando impacto y marcando nuestra vida, lo que permite hacer un paréntesis para interiorizar lo que las enfermeras viven en su cotidianidad

“Me impactó ver a una persona consciente que decía que se moría, solicitó la presencia de su único hijo, le dio tantas recomendaciones a él y a sus familiares y luego poco a poco vimos cómo se iba apagando hasta que falleció y todo eso

sucedió en el lapso de una guardia nocturna, era una paciente cardiaca, era tanto el dolor que producían sus palabras que inclusive lloré con ellos cuando exhaló”. GERANIO

La angustia de esta enfermera ilustra perfectamente el llamado “sufrimiento empático” que nos permite “registrar” el dolor de otra persona-, un tipo de sufrimiento que, en su caso le impedía ayudar a los demás a salir del sufrimiento porque la muerte fue inminente. El sufrimiento empático es muy común cuando las personas se hallan profundamente conmovidos por situaciones que se presentan en forma inesperada, tal es el caso de las personas cardíacas, personas que estando despiertas, aparentemente estables se descompensan llegando a una situación crítica e inclusive a la muerte causando en las personas impacto o personas con larga estancia en la UCI y poco a poco van deteriorándose hasta que le llega la muerte inminente. Nos importa; pero lo que no puede pasar es que este sentimiento se convierta en un obstáculo para el desempeño y la asistencia profesional, o por el contrario, la falta de esta empatía vuelve insensible al personal de salud frente al dolor ajeno. Es nuestra la capacidad de empatizar y en cierta forma experimentar un sufrimiento ajeno, al cual somos todos vulnerables, de alguna manera, siendo posible el percibirlo casi tan vivamente como en el otro.

Para reconocer el sufrimiento del otro no se requieren grandes habilidades ni esfuerzos intelectuales. Se requiere que la empatía, o sea la capacidad de ponerse en el lugar del otro, no esté empañada por nuestros temores. Porque afrontar con el otro su sufrimiento, exige de parte nuestra, como lo mencioné antes, entender nuestra propia condición de humanos susceptibles de sufrir. Cuando el dolor ajeno está asociado al sufrimiento, este suele invadirnos hasta llegar a producir dentro de nosotros un sentimiento similar que se hará más grande cuanto más cercana afectivamente a nosotros sea esa persona que sufre.²⁹

Scheler, en sus grados o modos de vivencia, distingue el fenómeno afectivo al que denomina “Einsfühlen” o el sentirse uno con el otro. En este caso el sentirse en unidad con el otro y, por ello, es posible compartir las mismas vivencias emocionales. En este caso hay una identificación completa con el otro y se puede sentir lo mismo que él.³⁰

Estos resultados corroboran lo encontrado por María Gálvez Gonzáles en su trabajo de investigación “El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico”, quien afirma que el profesional de enfermería personaliza, asume como propio el dolor de la persona en agonía, hay excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, de vivir en este sentido un duelo tras otro.³¹

Asimismo, la experiencia del sufrimiento, el convivir un duelo tras otro duelo hace que la intensidad del sufrimiento que genera el convivir con la muerte varíe de una experiencia a otra,

“Me produce mucho dolor cuando una persona entra en muerte cerebral y no sé hasta que punto puede sentir o escuchar de todo lo que sucede a su alrededor” . MARGARITA

Dolor y sufrimiento manifiestan nuestras informantes cuando se enfrentan al trance de la muerte de otras personas, más aún si su agonía es larga producto del uso de la tecnología. Al hablar de sufrimiento hay que distinguirlo del dolor, el sufrimiento contiene una dimensión psicológica y espiritual que se añade al dolor físico. El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como "una sensación desagradable y una experiencia emocional asociadas con una lesión tisular, actual o potencial o descrita en términos de dicha lesión" . Si bien el dolor tiene origen físico, el sufrimiento atraviesa toda la estructura antropológica del ser humano, con causa en la interrelación psicofísica y psicoespiritual existente en la dimensión integral del ser humano.³¹

Según Polaino-Llorente, el dolor es una cuestión que interpela a cada persona, El sufrimiento resulta inevitable. Ningún hombre puede zafarse de la experiencia del sufrimiento. De una u otra forma, todos acabamos por ser *hombres dolientes*. Es importante distinguir dolor de sufrimiento. Sufrir es un fenómeno complejo. El dolor físico, el malestar, la sensación de desagrado, no son desde el principio idéntico al sufrimiento. El sufrimiento no se identifica, sin más, con el dolor físico ni con cualquier tipo de malestar. Muchas veces el temor al dolor hace sufrir mucho más que el propio dolor. El sufrimiento no es un dolor físico o moral, sino un dolor que condena a la pasividad, donde no se puede hacer nada. En el fondo es una situación de impotencia que pide serenidad de aceptación de lo que no se puede cambiar.²⁹

Rodríguez Guerrero hace una diferenciación clara en relación al concepto de sufrimiento y dolor. Si bien pueden usarse como sinónimos -y muchas veces van juntos el sufrimiento físico se da cuando de alguna manera duele el cuerpo, mientras que el sufrimiento moral es dolor del alma. Se trata en efecto del dolor de tipo espiritual y no solo de la dimensión psíquica que acompaña al dolor físico. Sin embargo, continúa actuando, despliega una vida propia, llega a ser un cuerpo extraño en el ser. En lugar de estimularnos a una actividad. nos condena a la pasividad. En este sentido hablamos aquí del sufrimiento. ³¹

De igual manera, en la presente investigación se corrobora lo encontrado por Mallma C, Julia en su trabajo *“Vivencias de las enfermeras en el cuidado al paciente moribundo en la UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Agosto 2004- Enero 2005”*, quienes “consideran el proceso de muerte un evento doloroso, siendo estos sentimientos más intensos cuando la pérdida es de pacientes con los que se ha tenido vínculo emocional profundo, cuando los que mueren son jóvenes o cuando presentan una agonía larga.” Como es el caso de situaciones que se viven en la UCI del Hospital las Mercedes donde se atienden pacientes lactantes hasta adultos mayores con problemas agudos y complicaciones de enfermedades crónicas que llegan en estado crítico al servicio y vemos que cada día es sometido a diversos procedimientos invasivos

y su organismo muchas veces no responde, deteriorándose cada vez más su salud llevándoles a ese estado de agonía y muchas veces a la muerte inminente generando en el personal de salud sufrimiento, identificación con la persona, más aún si son niños, adolescentes porque hacen suyo su sufrimiento en este proceso de la muerte imaginándose que la persona que atienden puede ser su hijo, hermano, padre, etc.

Si bien es cierto, el profesional de enfermería es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento que generan sentimientos de miedo e impotencia, de soledad, de excesiva identificación con el sufrimiento del paciente, de vivir en este sentido un duelo tras otro, esta se ve incrementada porque también se identifica con el sufrimiento de los familiares. Los familiares se encuentran en un ambiente desconocido, intuyendo que en cualquier momento se puede producir un trágico desenlace. Su padre, madre, hijo, hermano..., está inconsciente, rodeado de cables, conectado a tubos..., no saben si son las últimas horas que van a estar a su lado o si quedará incapacitado para el resto de su vida³. También es frecuente que los familiares del paciente crítico se encuentren confortados al comprobar los recursos humanos y técnicos disponibles; así, el solo hecho de la presencia próxima de la enfermera y su disposición para prestar ayuda con profesionalidad puede proporcionarle cierta tranquilidad en esos difíciles momentos. ⁴

“Como enfermera he vivido esa pena que siente la familia, estar tan cerca de ellos y no poder minimizarles ese dolor”. JAZMIN

La enfermera asume como propio el sufrimiento de los familiares. Según Scheler, un modo de comprender las vivencias de las personas es diferenciar la “*gefühlsansteckung*” o contagio afectivo. En este caso los familiares de la persona agónica al estar tristes, preocupados por la situación crítica de su pacientes y al ser escuchados, observados por la enfermera ésta se identifica, se contagia también de ese sufrimiento que vive la familia. Pues

se trata de un procedimiento que tiene lugar de un modo subconsciente. Lo que sientes en el caso del contagio afectivo no es el sentimiento de otra persona, sino un sentimiento propio, es por ello que el contagio afectivo no presupone que se tenga una experiencia consciente de la existencia de otra persona. Se trata de una experiencia primitiva de la subjetividad ajena, que por lo general transcurre de modo subconsciente ²⁰.

Por otro lado, la inversión de esfuerzos y energías que no se ven reflejados en la recuperación del paciente, o que no corresponden con el grado de satisfacción esperado, le puede causar al profesional de enfermería pérdida del bienestar en su actividad profesional, hasta el desequilibrio emocional, en el que experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre, tal como lo manifiestan nuestras informantes:

“Siento mucha tristeza y congoja cuando pese a los esfuerzos, a la persona le llega el final y no se puede hacer nada”. GERANIO

Es muy notoria la carga emocional y laboral que le afecta al profesional de enfermería en la forma de cuidar a los pacientes en agonía y esto va en detrimento de la utilización de la experiencia para tomar las mejores decisiones, para buscar caminos de mayor autorrealización, de actualización, de exigir reconocimiento a su labor desempeñada.¹ Scheler distingue como modo de comprender las vivencias el fenómeno del “nachfühlen” en la que es aplicable en esta situación y lo podríamos traducir como el sentir lo que otra persona siente. En este caso las enfermeras, lo que sienten a partir del conocimiento de sus vivencias, en este caso cuando brindan cuidado a una persona en agonía en los que las emociones y los sentimientos se solapan con los valores personales, la ética y la moral, impidiendo una deliberación razonada y serena.

2.- INCOMPENSIÓN DEL SUFRIMIENTO HUMANO

La pregunta del por qué y del para qué del sufrimiento y del dolor es tan difícil de responder como la pregunta del ¿por qué del mal en el mundo? Es difícil de responder cuando el hombre se plantea al hombre, pero lo es también cuando es el hombre quien se la dirige a Dios. ³² De este modo, "es bien sabido que en la línea de esta pregunta se llega no solo a múltiples frustraciones y conflictos en la relación del hombre con Dios, sino que sucede incluso que se llega a la negación misma de Dios. En efecto, si la existencia del mundo abre casi la mirada del alma humana a la existencia de Dios, a su sabiduría, poder y magnificencia, el mal y el sufrimiento parecen ofuscar esta imagen, a veces de modo radical, tanto más en el drama diario de tantos sufrimientos sin culpa y de tantas culpas sin una adecuada pena". ³² : hay un grito del hombre y un silencio de Dios y un grito de Dios y un silencio del hombre, situación vivida por nuestras informantes, cuando refieren:

. ".....digo ¿Por qué? Si es tan joven, Por qué esa agonía indigna tanto sufrimiento para él, su familia...A veces hasta he pedido con la oración que Dios se lo lleve"

Ante la realidad del sufrimiento inesperado e hiriente aparece una actitud de queja y de rebeldía ante Dios. Lo que brota del fondo del alma es la pregunta: ¿cómo es posible que Dios permita semejante cosa?, ²⁹vivencias que interiorizan las enfermeras cuestionando a Dios por la presencia de jóvenes, niños e incluso adultos mayores con periodos prolongados de agonía.

"Ese sentimiento de pena, incompenSIón cuando gente joven llegan a la unidad este por algo intempestivo no, que puede ocurrir un accidente y tú lo ves pues que recién está empezando la vida y comienzas a luchar junto con él para que salga adelante, pero ves que no mejora, su agonía es larga y al final la

muerte es inminente y te preguntas por qué, si era tan joven, a puertas de ser profesional...” MARGARITA

“Una persona de 80, 90 años, como que ha desarrollado su proyecto de vida, pero un joven, un niño recién está empezando...” CLAVEL

En la praxis diaria los profesionales de la salud, cada día tienen que lidiar con el dolor y el sufrimiento de otras personas, despertando en ella una serie de sentimientos, sufrimiento y dolor más aún cuando es larga la agonía y son niños, jóvenes los que mueren en una forma intempestiva. El sufrimiento es realmente misterioso (*mysterium doloris*) ¿Cómo relacionar el sufrimiento con un Dios todo bondad y omnipotente? Lo cierto es que el Dios de Nuestro Señor Jesucristo no es vengativo ni masoquista, sino el Padre compasivo del hijo pródigo. Creemos que Dios es amor (I Jn 4:16) y que hay un Cielo. El sufrimiento es parte del proyecto de la vida humana que se realiza en el amor. Dios no se alegra de nuestras enfermedades; de hecho, en su hijo Jesucristo, compartió el sufrimiento con nosotros. La única respuesta a esa cuestión está en Cristo en la cruz. Por amor, Cristo murió por toda la humanidad. Él no rehusó el sufrimiento y la muerte.³²

El sufrimiento es mucho más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez aún más profundamente enraizado en la humanidad misma. La Sagrada Escritura es un gran libro sobre el sufrimiento. Al hombre se le presenta el sufrimiento y la muerte como un misterio que la mayoría no quiere tocar, ni siquiera con el intelecto: mientras sigue siendo misterio, no ahoga mi esperanza. El problema que se le pone al hombre al entrar en este enmarañado misterio de su dolor y su muerte, es que al entrar frecuentemente solo, no sepa salir, añadiendo un nuevo sufrimiento: el del sentimiento de la ausencia o el silencio de Dios frente a su misterio.³²

El hombre en su búsqueda de la verdad, de la felicidad y del sentido de la vida, se pregunta en ocasiones: ¿Quién soy?, ¿De dónde venimos?, ¿A dónde vamos?, ¿Para qué estamos aquí? Y son precisamente esas realidades las que a veces se ven amenazadas o desechas por la experiencia del sufrimiento, lo cual es intrínseco a la propia vida humana.¹, tal como lo viven las enfermeras cuando se enfrentan a la realidad de la muerte de otras personas y se enfrentan día a día en su cotidianidad a la muerte.

La enfermeras al cuestionarse el porqué del sufrimiento humano en su convivencia diaria con la muerte inevitable, que viene precedida en demasiadas ocasiones, por una larga agonía por el uso de la tecnología quien los “ayuda” a morir con antelación al permanecer sedados, farmacológicamente dormidos y por lo tanto “muriéndolos” socialmente de forma anticipada, crean en ella situaciones de conflicto interno, tal como se evidencia en la siguiente proposición.

3.- IMPOTENCIA FRENTE A LA MUERTE INMINENTE Y LA PRESENCIA DEL IMPERATIVO TECNOLÓGICO

La muerte se desafía con todo el armamento de la Medicina Intensiva como institución. Su sistema de conocimientos y su práctica diaria demuestran que son los profesionales quienes “controlan” las diversas fases del tratamiento del proceso mórbido del enfermo. La situación de agonía en la UCI no siempre se acompaña del reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte. Frecuentemente esta no es aceptada hasta que el fin esta muy cerca. Son los médicos quienes creen que orquestan y controlan la oportunidad de la

muerte, dando permiso al paciente para morir después de que fracasen múltiples ensayos de recuperación. La aceptación de la muerte es muy difícil en un modelo donde todo lo que no sea la curación es vivido como un fracaso del patrón médico dominante.

Esta era técnica ha dado paso a la muerte técnica. Es la muerte escamoteada, casi el morir en secreto que en el paciente dormido sin posibilidad de adiós a la vida, esta le dimite por agotamiento de su proyecto vital. En el seno de las UCI, una vez superados los primeros momentos críticos o la fase de resucitación no es fácil que se presente un fallecimiento no previsto. El grado de control al que están sometidos los enfermos y la previsibilidad de la bioquímica humana posibilitan la realización aproximada de previsiones a corto plazo. Instaurada la fase de “soporte prolongado de vida” (más de 72 horas de ingreso) las lesiones ya están evaluadas y casi pautadas las posibles complicaciones asociadas que pueden surgir, realidad que las enfermeras hacen evidente cuando verbalizan:

“Como enfermera me he sentido impotente por el uso prolongado de la terapia invasiva en este trance de la muerte que alarga aun más este período y he sugerido el uso de la limitación terapéutica porque son personas que están hipotérmicas, con mala perfusión tisular “. GERANIO

“Como enfermera me he sentido impotente cuando no he podido ayudar a las personas en agonía pese al uso prolongado de la tecnología y veo que el final de la persona es inminente”. MARGARITA

“.....impotencia de querer hacer algo más por esa persona y ver que no se pueda hacer nada más , ver apagándose poco a poco su vida, pese a todos los esfuerzos terapéuticos y uso prolongado del aparataje tecnológico”. ROSA

En la UCI los conocimientos y la habilidad, son necesarios, tiene que ir unida con tu talante, con tu madurez como enfermero, por qué llega un momento como dicen las informantes que sienten impotencia al ver que todos los esfuerzos que se hicieron por mejorar la calidad de vida de las personas no tienen un resultado positivo dándose la muerte inminente, pero tenemos que recordar que son personas, seres humanos y a todos nos llega nuestra hora.

En la presente investigación se corrobora lo encontrado por María Gálvez Gonzáles en su trabajo de investigación: La UCI y el “amor tecnológico”, refiere que hemos aprendido que somos superiores y que existe una solución técnica para cada problema. Y ahora tenemos pendiente el duro trabajo de desaprender que no somos dioses y aprender que la tecnología también debería tener limitaciones, de que tal vez sea necesario comenzar por aceptar nuestros propios límites y admitir que los seres que nosotros cuidamos son mortales. Llega un momento en el que nosotros no podemos impedirles morir, ni siquiera podemos impedirles sufrir por tener que abandonar una vida que aman así como a sus seres queridos.. No podemos impedir el sufrimiento que forma parte del camino de la vida de cada uno, pero deberíamos intentar que este no se viva en el abandono y en la soledad, sino en el encuentro.³³

En esta época de modernidad el profesional de enfermería se enfrenta a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica. La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas quedando la persona cosificada y sujeta a criterios de eficiencia y utilidad. La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, solo es válida aquella

que tiene cierta calidad, según unos parámetros: desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida.¹

¿Qué hacer ante un enfermo moribundo? Valdría la pena detenernos ante la respuesta que muestra con más dureza y crueldad la realidad de la muerte: “no hay nada que hacer”. No hay nada que hacer “técnicamente”, pero queda mucho por hacer. Es en este punto cuando empieza el otro trabajo, el trabajo de acompañar. El mundo interno de esa persona hecho de sentimientos y sensaciones, continúa creciendo, enriqueciéndose y haciéndose cada vez más viviente, mientras que el mundo de la efectividad se arruina y empobrece. Manifestar claramente nuestra presencia abierta y calmada, nuestra disponibilidad, nuestra atención, sin buscar que las personas en agonía salgan del camino sin vuelta atrás que han iniciado, sino más bien lo contrario, acompañarlos en esta despedida con ternura y respeto podría ser la solución para este problema tal como lo vivencias nuestras informantes en la siguiente proposición.

4.- FRENTE A LA MUERTE: RESPETO A LA PERSONA EN EL TRANCE DEL MORIR Y LA MUERTE

La posibilidad para una persona en el umbral de la muerte de sentir que no se reduce a un futuro cadáver depende de la calidad de la presencia de las personas que lo acompañen, de sus contactos, de su aceptación, de sus cuidados físicos y, sobre todo, de sus cuidados emocionales.³⁴

¿Qué hacer frente al sufrimiento de otros? siguiendo a Cristo el Buen Samaritano, todos tenemos que estar al lado de los que sufren, en nuestras familias y comunidades, para ayudarles a sobrellevar su sufrimiento, ino para aumentárselo!. En su obra Calígula, Albert Camus puso las siguientes palabras en boca de Escipión: "Calígula me dijo a menudo que la única falta que uno comete en su vida es causar sufrimiento a otros". Tenemos que estar

al lado de los que sufren de dolor y de soledad, y tenemos que hacerlo sin juzgarles, no con una actitud paternalista sino de comprensión, respeto y oración, puesto que ellos pasan por diferentes estadios psicológicos, como los cinco clásicos de la doctora Elizabeth Kubler-Ross, a saber: negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.³¹ Y como la muerte es una posibilidad diaria y presente en las unidades de cuidado intensivos, no se puede dejar de lado el tema de morir dignamente, Es una obligación del profesional de enfermería liderar el respeto de los derechos del enfermo terminal, los cuales contribuyen a una muerte digna adecuadamente entendida¹

En nuestros días, el lugar que se considera más adecuado para morir son los centros sanitarios, las enfermeras y enfermeros tienen un papel determinante en la provisión del derecho a morir con dignidad, por ser estos facultativos quienes tienen la responsabilidad última del cuidado del paciente.² . A este respecto Pagola relata que “el momento de la muerte recae casi por completo sobre el personal sanitario y de manera particular sobre los enfermeros. Son estos quienes la viven más de cerca” Y por ser la enfermera o enfermero quien tiene la responsabilidad del cuidado, una de sus funciones es el procurar que sus pacientes tengan, en la medida de lo posible, asegurado su derecho a morir con dignidad. Si bien es cierto que todo enfermero o enfermera debe tener los conocimientos, habilidades y actitudes, es decir, la competencia profesional necesaria para dispensar este cuidado, esta necesidad se evidencia en mayor medida en aquellas áreas en que la muerte convive con la labor que el facultativo enfermero realiza.³ situación que se vivencia y permite interiorizarlo en nuestras informantes cuando en su cotidiano manifiestan lo que viven.

“Debemos tratar a la persona con mucho respeto y hacerlo como nos gustaría que nos traten”. MARGARITA

“Debemos tratar al ser humano hasta el final de la vida con dignidad. Yo pienso que aun después de muerto se tiene que tratar a la persona y familia con dignidad. La familia se siente complacida cuando observa que su paciente es tratado con respeto”. GERANIO

En los relatos manifestados por las enfermeras, demuestran en todo momento respeto en este trance de la muerte a la persona en agonía extendiéndose ese respeto a la familia que viene atravesando un momento muy difícil, eso demuestra el gran compromiso que tiene la enfermera hacia sus pacientes, su identificación con el sufrimiento de los demás, lo que se corrobora con lo que asume el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) quien afirma que las enfermeras son miembros clave de los equipos multidisciplinares que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. ⁶ Posicionamiento con el que se manifiesta su compromiso y el de la enfermería mundial de proveer una muerte digna al paciente moribundo. Siendo evidente que la función de la enfermera y enfermero es un pilar fundamental para que el derecho del paciente a morir con dignidad sea un hecho cierto. ²⁷

Frente a ello, el derecho a morir dignamente significa el derecho a morir en unas condiciones que suponen el respeto a la dignidad de la persona humana, entraña no dejar al paciente solo ante la muerte, proporcionarle cuidados apropiados que prolonguen su vida de forma humana y con la mejor calidad de vida posible, mientras se acerca a su muerte. ² situación manifestada por las enfermeras entrevistadas cuando afirman:

“Yo como enfermera como instrumento de ayuda, estoy junto al paciente en todo momento, Pienso que el acompañamiento debe ser permanente para darle seguridad y protección a la persona

que está experimentando este trance de la muerte..... entonces pienso yo que es importante esa compañía porque el ser humano necesita de esto porque es algo nuevo que está experimentando no ese pase de la vida a la muerte, pienso que es necesario”.

GERANIO

Lo expresado por las enfermeras permite hacer referencia que el proceso de muerte no se puede estancar en el tiempo, es un pasaje obligatorio, y el cuidar de alguien que parte es ayudarlo en esa travesía, acompañándolo hasta el umbral de la puerta, sabiendo decirle adiós, hacer sentir a la persona agónica que “estamos ahí”, acompañándole en el último tramo de su vida.

Tengamos presente también que en la persona agónica aunque disminuyan los sentidos, no debemos dejar de hablarle y por supuesto debemos seguir tocándole, acariciándole y no dejándole solo. El tacto es muy importante, ya que proporciona la unión con la persona, el último eslabón del contacto humano. Aunque el paciente no pueda responder de forma verbal, puede responder de otras formas: cierre de una mano, de los ojos, emisión de lágrimas, cosas tan obvias y tan sencillas como permanecer alrededor de la persona, sentados a la misma altura y mirándole a la cara, favorecen la comodidad de todos, pero sobre todo de la persona agónica. Hablar en tono suave, claro, evitando ruidos y sobre todo evitando conversaciones ajenas al paciente.⁷

“Como enfermera me acerco y le hablo y siento que me escucha. , hablarle en todo momento y acompañarle porque el sentido del oído es lo último que se pierde.....Recuerdo que en la mañana la paciente estaba siendo evaluada, le hablaban, y no había mayor respuesta entonces comencé a hablarle que no tuviera miedo, que nosotros estábamos con ella, acariciándole su cabello, su carita y

como es? yo pienso que el ser humano no deja de escuchar porque de lo que ella estaba allí comenzó a lagrimear sus ojos ”.

GERANIO

Las enfermeras mantienen hasta el final el contacto humano emocional con la persona en agonía y optimizan la satisfacción de sus necesidades. utilizando la comunicación verbal y no verbal, constituyendo las herramientas más importantes la palabra y el tacto.

Los cuidadores deben integrar el concepto de la comunicación en su relación no solo con el enfermo, sino también con la familia del enfermo, porque la familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo. Cuando una persona ingresa en un hospital, la familia no puede quedar excluida de participar en el internamiento sino que debe continuar siendo activa para velar por un cuidado integral y por un entorno terapéutico óptimo. Sin embargo, la propia dinámica de estos servicios produce frecuentemente el alejamiento de la familia respecto al paciente (Marco, 2000), la familia es poco considerada como parte de ese entorno, por consiguiente la terapia intensiva de los hospitales resulta un lugar que genera estrés y angustia para los familiares del paciente que ahí se encuentra internado, ellos se preocupan por el dolor, miedo o soledad que su paciente pudiera estar sintiendo (Bemat López & Fonseca 1999).⁵ El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está originado no sólo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con éste y la familia.¹

Frente al problema de las UCI “excluyentes” de los familiares, está apareciendo una actitud de cambio que favorece la participación de la familia en la asistencia a sus pacientes, mediante la realización pequeñas tareas de soporte que ayuda al enfermo a estrechar sus vínculos con sus familiares. Esta

nueva perspectiva implica el reconocimiento del papel preponderante de la familia fundamental en el plano emocional, ya que representa el único soporte afectivo del paciente y su único nexo de unión con el exterior (Torres, 2000) La escenografía es cuidada. Se realizan pequeños pero significativos cambios en las rutinas diarias: se le permite a la familia instalarse de forma continua en la unidad del enfermo, donde se organiza una sala de pre-velatorio, colocándose los familiares directos alrededor de la cama del enfermo. Entran en juego todos los valores acumulados de la familia. Lo usual es que todos intenten estar presentes en el momento final. Suelen respetarse las jerarquías, dando prioridad a los parientes más próximos. En estos momentos finales resurgen los lazos de sangre y difícilmente nadie discute los derechos que tiene la familia a estar físicamente presente, situación que se ha podido evidenciar en la UCI del Hospital las Mercedes, cuando nos manifiestan las enfermeras:

“Yo acerco a la familia junto al paciente para que le de el acompañamiento permanente y sienta su cercanía”. CLAVEL

“Yo acerco a la familia con la persona en trance de muerte para que permanezcan con él y el paciente sienta que está acompañado porque el oído es el último sentido que se pierde por lo tanto.....si la familia puede hablarle, hablarle también nosotros”.

LIRIO

“Yo pienso que se les debe dar una muerte digna acercándolos más a la familia en estos últimos momentos”. JAZMÍN

“Como enfermera preparo a la familia para el deceso final, ya no está al alcance de nosotros hacer más por esa persona , se hizo todo”. JAZMÍN

Siendo evidente que la función de la enfermera y enfermero es un pilar fundamental para que el derecho del paciente a morir con dignidad sea un hecho cierto y dado que posee también los conocimientos necesarios para procurarlo, lo expresado por las enfermeras demuestra una vez más la importancia de una muerte digna donde la familia no puede ser excluida, hay que hacer sentir a la persona agónica que su familiar “está ahí”, acompañándole en el último tramo de su vida.

Asimismo, a medida que se deteriora la salud del enfermo, las necesidades psicológicas y espirituales suelen prevalecer sobre las físicas. En este contexto, el poder satisfacer estas necesidades proporciona a la enfermera la oportunidad de expresar afectos y dar una dimensión humana a su labor profesional. Para el enfermo el sentirse comprendido y reconocido como ser humano, la reflexión sobre su propia vida o el poder despedirse de sus seres queridos entre otros aspectos, se convierten en necesidades primordiales que deben ser satisfechas, los cuales son identificados por nuestras informantes cuando nos manifiestan.

“Como enfermera brindo el apoyo espiritual que requieren por estar en trance de muerte y coordino con el sacerdote o el pastor”. GERANIO

“Como enfermera debemos tener en cuenta la parte espiritual de la persona, porque es difícil estar allí y no poder hacer lo que uno desea.....que sentiría la persona sino se han arrepentido, si recordarán lo que han hecho, si quisieran despedirse de alguien en especial y no poder hacerlo, que difícil es estar allí y no poder hacer lo que uno desea”. MARGARITA

“Por ser católica coordino con la familia para dar soporte espiritual a la persona en trance de muerte. Los acercamos a Dios mediante los sacramentos de extrema unción. Si la persona no es católica o profesa otra religión respetamos sus creencias e igual hacemos pasar a su pastor”. LIRIO

En su expresión las enfermeras muestran interés para dispensar cuidados a las personas moribundas y sus familias respetando sus creencias espirituales y religiosas. Esto crea un entorno solícito y positivo y contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna así como reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida.

Por lo expresado, la relación del profesional de enfermería debe ser por definición, “holística”, donde el cuidar contribuye a la restitución de la integridad. El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, quien al igual que Pellegrino, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medio ambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás.¹ Cuando en nuestra profesión hemos adoptado el cuidado como paradigma el concepto del mismo ha ido cambiando y adaptándose a cada una de las circunstancias de nuestra vida profesional. En esta reflexión sobre el cuidado al paciente agónico, queremos hacer nuestra la frase: “... con cuidado” y transformarla en el objetivo de nuestro aporte: cuidar con cuidado y no solo como un juego de palabras, sino como el centro de nuestro quehacer con el paciente agónico.

En esas circunstancias las enfermeras somos los profesionales responsables de los cuidados cotidianos: la higiene, la nutrición, la eliminación, la oxigenación,... la cobertura más primaria de las necesidades básicas del ser humano; que forman parte de la parcela del auto cuidado que la persona

realiza durante su etapa vital y por tanto es parte de su intimidad. El aseo y la eliminación son actividades propias y nadie suele estar presente en ambas, démonos cuenta de que podemos estar desnudos delante de otras personas, pero buscamos la más absoluta soledad para realizar estas otras. Pues bien, el paciente en estado final puede perder el control de sus esfínteres y los cuidadores vamos a ser partícipes de esa pérdida. Aquí nuestro cuidado debe ser doble, debemos realizar nuestra acción profesional con cuidado, es decir, con el empeño suficiente para no dañar y no molestar, pero también con la suficiente discreción de no invadir su intimidad más de lo necesario, de no violentar su parcela más íntima y propia. Debemos *cuidar con cuidado*. Como dice Simone de Beauvoir.

“Yo he dado atención de enfermería propiamente dicha, brindándole comodidad y manteniendo su presentación como persona en ese momento. Es nuestro deber como enfermeras brindarles el cuidado pos mortum”.
GERANIO

“Como persona he vivido la experiencia de la enfermedad y eso ha permitido comprender mejor a mis pacientes y poner mayor énfasis en el cuidado de estos pacientes críticos”. CLAVEL

“..... debemos mantener la integridad de su cuerpo en esta etapa de agonía”. MARGARITA

Las enfermeras dentro de sus vivencias en el cuidado del paciente agónico consideran que el enfermo debe ser considerado con todo el respeto que le es debido, como ser humano que es, aquí el cuidado debe ser doble con el empeño suficiente para no dañar, por lo que personalizar sus necesidades es una prioridad a cimentar por los profesionales de salud, familiares u otros cuidadores, respetando sus creencias y deseos, dando al proceso de muerte la

posibilidad de proseguir su curso, de forma natural, encaminándose para un fin digno y sereno.¹⁰

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados apuntan a que las enfermeras en la cotidianidad del cuidado a personas en agonía, genera en ellas sentimientos desagradables de dolor, pena, tristeza, considerando el proceso de la muerte un evento doloroso y de sufrimiento, siendo estos sentimientos más intensos cuando la pérdida es de pacientes con los que se ha tenido vínculo emocional profundo, cuando los que mueren son jóvenes o cuando estos presentan una agonía larga, por lo que su convivencia con el sufrimiento humano lo experimentan como propio y buscan respuestas; sin embargo frente al misterio del dolor y sufrimiento humano surge en ellas incomprensión, continuamente cuestionan el por qué del sufrimiento humano, el por qué de esa agonía indigna.

Asimismo, atribuyen que esta era tecnológica, si bien es cierto que contribuye a solucionar diversos problemas de salud, también el encarnizamiento terapéutico en estas personas resulta a veces indigno, dándoles una larga agonía, aumentando sus días de sufrimiento, por lo que muchas veces se tornan incompetentes frente a la muerte por el imperativo tecnológico. Las enfermeras manifiestan su presencia abierta, su disponibilidad hacia las personas en agonía, demostrando frente a la muerte respeto a la persona en este trance de la muerte y el morir, procurándoles una muerte digna, acompañándoles en esta despedida con ternura y respeto a él y a sus familiares. En este contexto, el poder satisfacer estas necesidades proporciona a la enfermera la oportunidad de expresar afectos y dar una dimensión humana, a su labor profesional y sentirse satisfecha con los cuidados que brinda proporcionándole crecimiento personal y profesional.

De los resultados incluidos en nuestro estudio se puede extraer dos aspectos claves en las vivencias de las enfermeras que brindan cuidados a la

persona en agonía, que ellas necesitan una preparación que no solamente tiene que ser empírica o científica sino otro tipo de preparación o conocimientos más profundos del ser humano y la formación de habilidades sociales que es lo que le va a dar la capacidad para poder enfrentar situaciones presentes en el día a día en la UCI como es la muerte, afrontar momentos duros como la impotencia que va unido al porqué.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Soneira Perez Jorge | Publicado: 19/04/2007 | Ética, Bioética. Ética médica. Ética en Enfermería, Medicina Forense y Legal, Cuidados intensivos y Cuidados Críticos |Cuidados Intensivos ¿Cómo se debe morir?
- 2.- Del Barrio Linares M. y otros. Cuidados del paciente al final de la vida: Ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de cuidados intensivos.
- 3.- 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, 2007; 3 (2).
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco240.php>
- 3.- Elizabeth Gómez Londoño. Persona y Bioética, Vol. 12, No 2 (2008). El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.
<mailto:%20elizabeth.gomez@unisabana.edu.co>
- 4.- Index Enferm v.17 n.4 Granada oct.-dic. 2008 doi: 10.4321/S113212962008000400017 Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI.
- 4.- Dr. Fernando Sánchez Torres Recomendación para la Atención Ético-Médica del Paciente Terminal (Aprobada en la Academia Nacional de Medicina, Sesión del 18 de abril de 2002) Pautas para el Manejo Ético-Médico.
- 5.- AC. Yagüe Frías. M.C. García Martínez. Diplomados en Enfermería. Actitudes de los profesionales de Enfermería ante los pacientes terminales
- 6.- Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de Posición del CIE sobre la Función de la Enfermera que Dispensa Cuidados a los Pacientes Moribundos y a sus Familiares. Biblioteca Las casas, 2006; 2 (3).
Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco161.php>
- 7.- Jacinto Batiz | Fuente: Condignidad.org Acompañar el sufrimiento
<file:///H:/tesis%20maestría/Catholicnet%20%Acompa%C3%B1ar%el%20sufrimiento.htm>
- 8.- Gómez-Londoño, Elizabeth. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Persona y Bioética, Vol. 12, Núm. 31, julio-diciembre, 2008, pp. 145-157 Universidad de La Sabana Colombia
Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83211487006;>
- 9.- María Eugenia Mejía Lopera. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm v.15 n.5410. Granada otoño 2006 doi: 10.4321/S1132129620060002000
- 10.- Enfermería y cuidados intensivos. una mirada a la luz de la bioética*
Actual. Enferm. 2006; 8(1):23-25 Santa Fè de Bogotá
- 11.- Cristina Cantalejo Recio. Ser enfermera en un hospital: vivencias, trabajo

- invisible, trabajo a la sombra MESA I: Enfermeras: Imprescindibles y desaprovechadas.
- 12.- Morbi mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Electrónica de Portales Médicos.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2313/1/Morbimortalidad-en-la-IPA> nuutbteolnirc:a ivdLoiocs:.. h2Ot8lmg/oal 6L/i2doia1 oFigueredo Maldonado Unidad-de-Cuidados
 - 13.- Cuidados de enfermería en el final de la vida-universidad de la sabana-facultad de enfermería- panel: dilemas éticos al final de la vida
 - 14.- Laidés Luna Vázquez, Mariela Valiente Duany¹ y C. José Miguel Goderich Lalán. Bioética frente al paciente moribundo Rev. Cubana Enfermer 2000; 16(2):117-21 Hospital Clínico quirúrgico "Dr. Ambrosio Grillo" Santiago de Cuba
 - 15.- Aimar, A., Videla, N., Torre, Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. Trabajo presentado en modalidad póster en el III Congreso Nacional de Educación en Enfermería celebrado en Córdoba, Argentina, los días 15 y 16 de agosto de 2005.
 - 16.- <http://www.biodanza-adrian.com.ar/vivencia.htm>
 - 17.- <http://diazolguin.wordpress.com/2008/07/17/el-hombre-y-sus-vivencias/>El hombre y su "vivencias" pm420083312008 22, 2007diazolguin
 - 18.- Una perspectiva sobre las claves de la vivencia mariana de Edith Stein
 - 19.- Adolfo Vásquez Rocca. Revista Observaciones Filosóficas - N° 3 / 2006.
 - 20.- Vendrell, Ingrid. Simpatía, empatía y otros actos sociales: Las raíces olvidadas de la sociología fenomenológica. *Espacio Abierto*. [online]. jun. 2008, vol.17, no.2 [citado 26 Diciembre 2010], p.303-315. Disponible en la World Wide Web:
http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-00062008000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1315-0006.
 - 21.- Ciencia y enfermería ISSN 0717-9553
Cienc.enferm. v.15 n.1 Concepción abr. 2009 doi: 0.4067/S0717-95532009000100006 Ciencia y Enfermería XV (1): 39-48,2008
 - 22.- Gloria Inés Prieto. Cuidado de enfermería en el final de la vida. Universidad de la Sabana. Facultad de Enfermería Panel: Dilemas éticos al final de la vida mayo 19 de 2005.
 - 23.- Joaquín Timoteo Limonero García, en su tesis doctoral (2005 – España). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña.
http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-112510175855/rcb1de1.pdf
 - 24.- Plotiquin L. "Agonía, Muerte y Cuidados Paliativos". [Tesina para la materia: Problemática jurídica y bioética de la Muerte. Maestría en aspectos Bioéticos y Jurídicos de la Salud]. Universidad del Museo

- Social Argentino. Argentina. 2004. disponible en:
<http://www.bioetica.org/bioetica/mono33.htm> ISSN 0717-2079
- 25.- Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez, José M. Merino Escobar. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes" , chile, ciencia y Enfermería *versión on-line* issn 0717-9553 v.15 n.1 concepción abr. 2009 doi: 10.4067/s0717-95532009000100006 www.scielo.cl/scielo.php?pid..
 - 26.-Souto Sanmartín, M.; Vásquez Castelos, I.A.; Vásquez Castelos, J.F.; García Martínez, C.M. Muerte digna: un reto para la enfermería Escuela Universitaria de Enfermería Juan Canalejo. Cad. Aten. Primaria 2005; 12: 23-28
 - 27.-Edelmira Castillo, Marta Lucía Vásquez. El Rigor metodológico en la investigación cualitativa.
<http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol34No3/cm34n3a10.htm>
 - 28.-Mariana Chu García Empatía, simpatía y amor en Husserl y Scheler Aproximaciones a la experiencia del otro. (18-20 de noviembre, 2010)
 - 29.- Ignacio T. Lucero. El dolor y el sufrimiento humano. Disponible en <http://enciclopedia.debioetica.com/index.php/todas.las.voces/168>.
 - 30.-Dr. Javier A.Molina López. Sufrimiento humano como experiencia profesional y personal. Disponible en www.cbioetica.org/revista/113/113-0409.pdf
 - 31.- Ingrid Vendrell. Simpatía, empatía y otros actos sociales: Las raíces olvidadas de la sociología fenomenológica. Vol. 17 N° 002. Pág. 303-315. Argentina Abril 2008.
 - 32.- Isa de Fonnegra de Jaramillo. El Médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte. Revista de estudios médico humanísticos. Vol. 3 N°3. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica3/03_Fonnegr
 - 32.- Fausto B. Gómez. El sentido de la vida, la dignidad humana, el sufrimiento y la muerte.
<http://www.fluvium.org/textos/etica/eti228.htm>
 - 33.-María Gálvez Gonzáles. La UCI y el amor tecnológico. Index de enfermería v.17 n.3. Granada jul-sep.2008 disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962008000300014>
 - 34.-María Gálvez Gonzáles. Cuando la familia lo vive, las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal. Monográficos de investigación en salud ISSN: 1988-3439-AÑO V-N-11-2011. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n11-12/192p.php>
 - 35.-M.L. Iglesias, A. La fuente. Asistencia al paciente agónico que va a fallecer en urgencias. Navarra v.33 supl.1 Pamplona 2010. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272010000200018&script=sci_arttext&tlng=e

ANEXOS

ANEXO N° 01

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado sobre los beneficios que podría brindar mi opinión referente a las vivencias al cuidar a la persona en agonía y que se encuentra hospitalizado en UCI y poder cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado “Vivencias de las enfermeras al brindar cuidado a una persona en agonía hospitalizada en la UCI del Hospital Regional Docente las Mercedes”, cuya finalidad es que con los resultados obtenidos los beneficiados serán el paciente, familia, personal de enfermería y la institución.

Tomando ello en consideración, Otorgo mi consentimiento a que esta opinión sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

FIRMA

ANEXO N ° 02

GUÍA DE ENTREVISTA

Instrumento de recolección de datos. Entrevista semiestructurada a profundidad.

Objetivos de la entrevista:

Recolectar información a fin de Conocer y comprender las vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a la persona en agonía hospitalizada en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

I.- DATOS GENERALES

Seudónimo -----Edad -----

Sexo -----

Tiempo de servicio ----- Religión -----

II.- DATOS ESPECÍFICOS

1- Me puede relatar ¿Cómo han sido sus vivencias cuando ha brindado cuidados ha a una persona en agonía?