

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
ESCUELA DE POSGRADO



La muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTOR

Ismeria Huaman Fernandez

ASESOR

Elaine Lazaro Alcantara

<https://orcid.org/0000-0002-7705-626X>

Chiclayo, 2024

**La muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del
paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023**

PRESENTADA POR

Ismeria Huaman Fernandez

A la Escuela de Posgrado de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el grado académico de

MAESTRO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR

Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

PRESIDENTE

Julia María Nureña Montenegro

SECRETARIO

Elaine Lazaro Alcantara

VOCAL

Dedicatoria

A Dios, que es luz y fortaleza en mi vida.

A mi familia por su apoyo incondicional, mi esposo Sebastián y mis hijos Sebastián, Sandi y Santiago Nicolás que son la fuente de mi inspiración y esfuerzo en el día a día.

A mi ángel de la guarda Sami, que su partida me ha fortalecido en el desarrollo del tema, y siempre estará en nuestros recuerdos.

A las futuras generaciones que son ellas las semillas del saber y forjadores de un mañana mejor y a todas aquellas personas que toman la decisión de luchar por la defensa de la vida, sirviendo a los demás a pesar de las múltiples circunstancias que puedan presentarse en el desarrollo de su carrera profesional.

Agradecimiento

A mi asesora Dra. Elaine Lazaro Alcantara por su orientación y perseverancia constante para la culminación del presente trabajo de investigación.

A los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Oncología y Especialidades, quienes me brindaron su apoyo para realizar el presente trabajo, gracias a sus experiencias y conocimientos, sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

informe final tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%	5%	0%	1%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	moam.info Fuente de Internet	1%
2	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
3	www.revista-portalesmedicos.com Fuente de Internet	<1%
4	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
5	www.psicologaonline.es Fuente de Internet	<1%
6	pt.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
7	www.buenastareas.com Fuente de Internet	<1%
8	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
9	www.psigma.cat Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	10
Materiales y métodos	17
Resultados y discusión	20
Conclusiones	38
Recomendaciones	40
Referencias	41
Anexos	51

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue describir los atributos conceptuales de la muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023. El método propuesto para el estudio fue cualitativo-descriptivo. La Población lo conformó 20 enfermeros de la Red Lambayeque. La selección de los participantes se realizó por conveniencia, con muestra no probabilística, determinada por saturación y redundancia de los discursos. La técnica de recojo de información fue la entrevista semiestructurada con preguntas abiertas a profundidad, validada por juicio de expertos y registrada en un grabador de voz. El procesamiento de los datos se realizó mediante la Teoría fundamentada. Se garantizó la calidad científica y rigor ético de la investigación. Resultados: Se obtuvo tres Categorías: Categoría I: El sentir ante la muerte, subcategorías: límite natural, frustración ante las pérdidas, afectividad perturbada, rechazo a la muerte y descanso a sus sufrimientos. Categoría II: Espiritualidad y cuidado, subcategorías: La Espiritualidad en Enfermería: Separación de la Dualidad Cuerpo-Alma, Resignación ante la Voluntad Divina, Esperanza de una Vida Mejor. Coexistir con la Muerte mediante el Cuidado: Identificación y Acompañamiento, Cuidado Humanizado como un Arte de Cuidar y Descanso a sus Sufrimientos. Categoría III: Resiliencia de la enfermera, subcategorías: Evolución del significado de la muerte, valorar la vida y preparado para morir. La muerte es un hecho trascendental y único, es así como para el personal de enfermería que cuida del paciente oncológico tiene una conceptualización singular resultado de sus experiencias previas, saber y costumbres.

Palabras clave: Cáncer (C04); cuidados de enfermería (Q65.030); enfermo terminal (M01.873); Muerte (C23.550.260); Paciente (HP1.007.262); Teoría fundamentada (H01.770.644.241.424)

Abstract

The objective of this research was to describe the conceptual attributes of death from the perspective of the nurse as caregiver of the terminally ill cancer patient Chiclayo, 2023. The method proposed for the study was qualitative-descriptive. The population was made up of 20 nurses from the Lambayeque Network. The selection of participants was made for convenience, with a non-probabilistic sample, determined by saturation and redundancy of the discourses. The information-gathering technique was a semi-structured interview with in-depth open questions, validated by expert judgement and recorded on a voice recorder. Data processing was carried out using Grounded Theory. The scientific quality and ethical rigor of the research were guaranteed. Results: Three categories were obtained: Category I: Feeling in the face of death, subcategories: natural limit, frustration in the face of losses, disturbed affectivity, rejection of death and rest from their sufferings. Category II: Spirituality and Care, subcategories: Spirituality in Nursing: Separation of Body-Soul Duality, Resignation to the Divine Will, Hope for a Better Life. Coexisting with Death through Care: Identification and Accompaniment, Humanized Care as an Art of Caring and Resting from their Sufferings. Category III: Nurse resilience, subcategories: Evolution of the meaning of death, valuing life and preparing to die. Death is a transcendental and unique event, which is how for the nursing staff who take care of the cancer patient it has a unique conceptualization resulting from their previous experiences, knowledge and customs.

Keywords: Cancer (C04); nursing care (Q65,030); terminally ill (M01.873); Death (C23.550.260); Patient (HP1,007,262); Grounded Theory (H01.770.644.241.424)

Introducción

La muerte es un concepto muy cotidiano en el actuar de la enfermera, constituyendo además un desenlace al final de la vida. Este evento puede provocar miedo en la mayoría de las personas, lo que se manifiesta en la relación que se ha tenido con ella a lo largo de cada momento que ha vivido una persona. Desde una mirada social carece de sentido y sus atributos se delinearán en base al contexto cultural, el pasado de las personas y sus convicciones (1). Por lo que la muerte no solo debe considerarse como un fenómeno biológico, estresante y natural, sino inevitablemente un suceso que abarca el ámbito social (2).

Actualmente el concepto de muerte se ha reconfigurado en el mundo occidental, y cada día se evidencia que va constituyendo una experiencia de vida, compartida por un pequeño círculo de personas probablemente muy allegadas a la persona que acaba de perder la vida, sin embargo, esto no siempre fue así pues en tiempos pasados, la muerte era considerada de alto impacto en el grupo social. Esto le ha conferido a la muerte una connotación individual donde cada individuo posee una manera particular de percibirla y afrontarla, debiendo por ello quienes cuidan de otros conocer el significado atribuido por estos, más aún cuando la persona atraviesa el proceso de morir de manera consciente y sus reacciones dependerán de sus connotaciones individuales, su propia realidad, estructuras mentales, conceptuales y actitud frente a ella (3).

En el pasado la escena típica de la muerte estaba asociada al anciano moribundo en su hogar rodeado de los suyos; en la actualidad hay cambios notorios, ahora es una muerte solitaria, anónima e impersonal (4); pudiendo afirmarse que esta ya no quiere ser experimentada en el ámbito doméstico y progresivamente se ha transferido a centros asistenciales y/o velatorios (5), de tal manera que la persona actualmente estará rodeada de toda clase de extraños y sofisticados instrumentos que despersonalizan el cuidado de los familiares y amigos (6).

Debido a que la muerte es un hecho universal e irrecusable que se presenta inevitablemente, se reconoce que está plagada de mitos, ritos y actividades creadas y recreadas por las personas a través del tiempo y que estas son asimiladas en una perspectiva cultural en la ciencia de Enfermería. Este proceso que el profesional de enfermería lo vive cotidianamente, puede ser percibido como una pérdida que genera frustración por la sensación de fracaso ante lo vivido por el paciente (7); por lo que la experiencia que acumulada por estos profesionales estará dada

tanto por las propias experiencias de las enfermeras ante la pérdida de amigos y familiares o por las interacciones con los pacientes durante la hospitalización (8).

Hace unas décadas, se preparaba a la enfermera para no involucrarse en los problemas de los pacientes (9). Hoy, el personal, además de no perder el control, el equilibrio y la fuerza, se supera para ayudar a los pacientes y familiares en esos momentos expresando libremente sus sentimientos, mediante el llanto, el abrazo, la oración, empatía, etc., aceptando que estas actitudes son parte de sus intervenciones terapéuticas en el cuidado del otro (7). En este sentido se puede afirmar que, el comportamiento de las enfermeras está dirigido a satisfacer las necesidades del paciente planteadas por la situación (8).

Diversos estudios han demostrado que la muerte vista en el contexto de la oncología adopta unas características muy suigéneris, puesto que la persona sabe que se está muriendo y es consciente que el tiempo y la efectividad del tratamiento son factores que pueden estar en su contra. El servicio de oncología y especialidades forma parte de los servicios del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, dicho servicio mantiene un alto índice de mortalidad, debido a la permanencia de pacientes que se encuentran etapa terminal, donde la enfermera brinda sus cuidados, interacciona con el paciente y familia, a la periodicidad con la que reciben las quimioterapias y se hace frente a la muerte, en forma constante.

Es por ello que surgió muchas interrogantes como: ¿se siente preparada la enfermera para afrontar la muerte de su paciente y de su propia muerte?, ¿Qué es la muerte para la enfermera? ¿Qué sintió al ver morir a su paciente al que cuidaba? ¿Prepara a su paciente que se encuentra en fase terminal ante la muerte? ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las enfermeras frente a la muerte? Todas estas interrogantes se integraron en la siguiente pregunta de investigación. ¿Cómo es interpretada la muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023?

La muerte por ser un fenómeno, natural, universal, único poco estudiado, pero a la vez un proceso comúnmente vivenciado durante el ejercicio profesional reviste de importancia ser investigado.

El cáncer es el segundo problema de salud pública en el Perú, después de los accidentes de tránsito, según el Instituto nacional de Salud, por lo que investigar un evento invisibilizado por

la connotación que tiene, es relevante principalmente para el cuidado de enfermería, pues justamente esta invisibilidad hace que los cuidados al moribundo y fallecido, se reduzcan simplemente a aspectos físicos, denominados cuidados “postmortem”, más aún cuando el cáncer también en su connotación social, es estereotipado por el personal al pensar “que no hay más por hacer”, por lo tanto su desenlace ya no es de interés social.

Por ende, la atención que se presta al paciente moribundo implica no solo aspectos físicos sino también sociales y culturales, revelados a partir de los significados, valores y creencias que otorgan a la muerte y su repercusión en la atención de enfermería (9). Así mismo, este estudio adquiere originalidad metodológica porque utilizó la Teoría Fundamentada (10) la cual permitió la fundamentación de los conceptos, explicar y predecir este acontecimiento, como es la muerte.

Los resultados han permitido cumplir con los objetivos trazados de describir los atributos conceptuales de la muerte del paciente oncológico en fase terminal y a su vez se desarrolló un modelo un conceptual de los atributos conceptuales de la muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal en Chiclayo, 2023.

Revisión de literatura

En el trabajo de Sevilla M, referido a la cercanía del cuidado ante la muerte enfocado desde la Teoría Fundamentada (10,11), cuyo objetivo fue explorar y comprender el cuidado ofrecido al moribundo desde la perspectiva de enfermería, un estudio cualitativo que sigue los procedimientos de la Grounded Theory y genera los ejes que emergen de su discurso: la muerte de una persona , el cuidado del moribundo y de la familia, y el impacto de los profesionales del cuidado, demostrando la importancia de este proceso y la posición del enfermero en el enfrentamiento de los fenómenos de investigación. La importancia se manifiesta en la co-creación de sistemas que los acojan y donde la búsqueda del buen morir es un objetivo prioritario para la atención al final de la vida. Este estudio hizo un aporte muy importante, no sólo por la metodología utilizada tal cual, la teoría fundamentada, sino también porque enmarca la posición de la enfermera ante la muerte y el cuidado que brinda frente a este hecho.

En otros estudios, que abordaron las percepciones de los enfermeros sobre la muerte en pacientes terminales, con método fenomenológico, los discursos fueron tratados a través del análisis de texto, derivando como conclusión que las enfermeras consideran que la muerte les

genera sensaciones de miedo, pérdida, dolor, importancia y tristeza, significados que son recurrentes en este tipo de investigaciones (12,13,14). Así mismo, se tiene claro que, aunque las enfermeras estén en constante contacto con la muerte, todavía experimentan una alta sensibilidad a la misma.

Aceptar la muerte es difícil para las enfermeras, considerando que es un evento que se contrapone a la preservación de la vida, siendo este último un objetivo importante de la profesión de enfermería, sintiéndose más de las veces limitadas ante la pérdida del paciente dificultando las intervenciones de acompañamiento y apoyo a los familiares, sintiendo un vacío en su conocimiento empírico en el que puedan amparar su actuar (15).

En un estudio sobre la atención de enfermería para pacientes con enfermedades terminales aplicado a una muestra de dos mil trescientos treinta y tres enfermeras de un hospital oncológico, se evidenció que las enfermeras sentían mayor confianza en proveer atención centrada en las necesidades fisiológicas o físicas, mientras que se sentían menos confiadas para brindar atención espiritual y responder a necesidades psicosociales. En cuanto a la actitud de estas profesionales frente a los pacientes terminales, a menudo existió la tendencia de que preferían que los pacientes desconozcan el verdadero estado de su salud, o al menos demoren lo más posible en brindarles dicha información, considerando que esto podría servir para que se distancien física y emocionalmente de la sensación de estar muriendo, evitando pensar en su propia muerte y sintiendo miedo (16).

La Muerte, tiene su etimología en la palabra latina mors, mortis (17). La muerte desde un enfoque conceptual e histórico ha cambiado a lo largo del tiempo. En los primeros tiempos, se consideraba muerte el hecho de que el corazón dejara de latir y un ser vivo dejaba de respirar. Durante mucho tiempo se creía que la muerte era la raíz de todas las religiones, y con el desarrollo de la ciencia comenzó a entenderse como un proceso que en algún momento se volvió irreversible (18). La muerte es un tema que siempre ha sido de interés humano en la historia y desde la antigüedad se ha reflexionado sobre su origen, causas, significado, características y efectos, tratando de encontrar respuesta al misterio que rodea a esta muerte (19,20).

La muerte es considerada un fenómeno biológico, psicológico y social que es trascendente en la vida humana y puede considerarse el final del proceso biológico (biología), estimulando la actitud de los dioses y comportamientos de las personas y los grupos (psicología y sociología)

y a lo largo del tiempo forman un universo de sentido (filosofía), en rituales, costumbres y hábitos (etnografía y antropología), y que la discriminación a menudo promueve procesos artísticos (arte, literatura). Parece que este es un límite en el que el instinto humano trata de alejarse lo más que pueda (medicina). Todos estos puntos de vista y otros puntos de vista, suplementos lógicos, pueden ser el hecho de que desde 1901, surgió la llamada tanatología, ciencia sobre la muerte (21).

De esto se puede concluir que el origen de la muerte es tan importante como el origen de la vida y, por lo tanto, es de interés de los científicos en varios campos. Sin embargo, la muerte también ha sido vista como una presencia monstruosa, en diferentes culturas en la historia de la humanidad y la civilización, adoptando diferentes representaciones.

No todos los autores sistematizan explícitamente la doctrina de la muerte aplicándola al contexto cultural de cada época, pero hay quienes prestan atención a los principios que conducen a la muerte, a la definición de una persona como "muerta"; es decir, diferentes autores en diferentes épocas han señalado la necesidad de una definición consistente de cuándo un cuerpo es inanimado. Ignacia P (22), habla de la creciente necesidad social de determinar la muerte por un método diferente y más sofisticado de seguimiento del estado del cuerpo. En el caso de la muerte, las contradicciones existenciales obligan a los individuos, por un lado, a darse cuenta de que se les acerca y, por otro lado, no pueden tener un conocimiento claro de lo que es la muerte. y para ellos, esto significa una fuerte y continua amenaza a su seguridad ontológica.

En ese momento comenzaron a surgir diversas inquietudes sobre las condiciones de muerte de los moribundos y la posibilidad de mejorarlas. Clark (23) señala que el enfoque en el Reino Unido está en la "retirada" médica para una persona moribunda que ha "fracasado" y "no puede hacer nada", ha habido protestas en los Estados Unidos por terapias que son inútiles cuando la muerte es inevitable, terapias que también causan todo tipo de dolor y sufrimiento.

Por otro lado, una crítica social realizada al proceso de morir en la sociedad moderna describe que la medicina lucha constantemente por poner fin a la muerte natural. De hecho, los principales aspectos de esta crítica se pueden resumir en cuatro puntos: a) las sociedades modernas han perdido la capacidad de aceptar la muerte y el sufrimiento como aspectos integrales de la vida; b) en estas sociedades existe un estado de "guerra total" con la muerte en todas las etapas

del ciclo vital; c) a la depreciación de los rituales tradicionales relacionados con la muerte y el morir se suma un debilitamiento del cuidado personal y familiar; d) se ha creado una forma de control social en la que los que están muriendo son vistos como hechizados y los que están de luto como una forma de desviación (24) .

En cuanto a cómo sucede la muerte, se puede comprender como que a veces vienen de repente, de golpe; otros pueden durar horas, días o incluso meses. En este sentido, Jomain, referido por Fernández FJL (25) identificó dos tipos diferentes de muerte: Muerte Lenta y Muerte Súbita. La muerte lenta es cuando la vida decrece y la muerte aumenta, la persona muere de forma paulatina, identificándose como agonizante, entrando en estado de agonía (etapa que conduce a la muerte o algo así). En la actualidad el avance tecnológico y médico, determina que este tipo de muerte sea común porque el momento del deceso pueda retrasarse.

Por otro lado, la muerte repentina, como la llama K. Slykeu (26), ocurre muy rápidamente sin previo aviso. No existen etapas preliminares de preparación para ninguna de las partes, ni para el enfermo, ni para los familiares. Esta forma de muerte suele estar asociada con un incidente como: accidentes, falla inesperada, enfermedad de causa desconocida (27), en este sentido la muerte súbita o repentina, por regla general, no tiene un lugar específico, y mucho menos una institución.

La muerte afecta a todos y sigue una secuencia cronológica (no siempre fija), ocurriendo con mayor frecuencia en la vejez (28). Por lo que, es parcialmente comprensible que las ideas sobre la muerte, sobre uno mismo como sobre los seres queridos, cambian a lo largo y en las etapas finales de la vida. Teniendo en cuenta el orden cronológico de la edad y la salud, en cada etapa las personas tienen diferentes concepciones de su propia muerte; al menos en algún momento del desarrollo evolutivo, los individuos comienzan a pensar en la extinción de la vida, el envejecimiento y la percepción de la muerte como un proceso regular que ocurre en una secuencia cronológica particular, dentro y entre las personas (29).

Las diferentes formas de interpretar la muerte incluyen: la ansiedad ante la muerte inherente al ser humano; el sufrimiento ante el fin, siendo un sentimiento de impotencia e inseguridad; miedo a la no existencia, cesación del ser. Lo estará condicionado en gran medida a la forma de comprender la vida, el nivel de desarrollo personal, creencias y convicciones morales, filosóficas o religiosas. Para este aspecto nos remitimos a la aportación de Beckstrand R(30),

pues señala que, para comprender las actitudes y emociones experimentadas por los pacientes frente a los Pensamientos sobre su propia muerte, el individuo transita principalmente del tipo de pensamiento filosófico y religioso hacia los últimos minutos de vida.

Asimismo, dependiendo del nivel educativo de una persona, el concepto de muerte puede ser diferente. Mientras algunos autores no encontraron asociación significativa, otros encontraron que las percepciones negativas y el miedo a la muerte disminuyen con el empleo y mayor nivel educativo (31-35).

Tanto en grupos sociales como en los individuos, la muerte puede ser interpretada como un evento biológico, un ritual, algo natural e inevitable, un castigo, ley de Dios, entre otros. Por lo que la muerte conduce a causas racionales de ira, depresión, negación, decepción, culpa, alivio, perdón, aumento y disminución de la religiosidad (36,37).

La muerte tiene una conceptualización muy específica, para la autora, porque está relacionada con el hacer de enfermería. Práctica que constituye la tarea principal que se realiza en pacientes en etapa terminal. Una enfermera, en el cuidado de pacientes al borde de la muerte, experimenta las emociones que evoca este hecho, las actividades que realiza el profesional no solo las aprende con el ejercicio si no con las costumbres y saberes previos sobre este concepto.

El cuidado es un término empleado para referirse a diferentes situaciones. El uso más amplio de esta terminología permite expresar el acto de ayudar a alguien que, por su juventud o vejez o por su mala salud, necesita cuidados y vigilancia especiales. Cuidado es protección en el sentido de que el objeto o la persona está sano, entero, es decir, ayudar a los demás, tratando de que se sientan mejor y evitando el daño cuando se dan dos condiciones principales: el sujeto quiere ser cuidado por los demás y el sujeto quiere ser cuidado por los viejos (38).

Cuidar es un diálogo de presencia. Este diálogo se define por la sensibilidad, cuidar de alguien les ayuda a expresar su vulnerabilidad. El cuidado de enfermería ha sido la base y razón de ser a lo largo de la historia de la humanidad: “aliviar el dolor, brindar consuelo y felicidad, y en general ayudar a los enfermos necesitados” (39). Los conceptos tienen una estrecha relación fundamental con los cuidados de enfermería.

El cuidado se concreta cuando se transforma en un acto humano total, transforma el diálogo en un proceso intrínseco que trasciende la interpretación humana y lo transforma en un proceso de comprensión dialéctica, en lugar de captar conocimientos y emociones generadas por las acciones humanas (40). Los cuidadores no profesionales reconocen la diferencia clave entre la atención general y la atención de enfermería. Esta condición se manifiesta en respuestas físicas y emocionales expresadas en agradecimiento mutuo entre la persona y el cuidador, culminando en el reconocimiento del cuidado profesional (41) como un pilar importante del bienestar.

Para la autora, el cuidado comprende diversas atenciones que un cuidador debe brindar a su paciente de manera holística con un trato humanizado y de calidad, en diferentes etapas de la vida y estados. Entonces, la autora se enfoca en el cuidado de pacientes terminales, para ello revisaremos algunas definiciones sobre este tema.

El cuidado y la muerte asociado a la enfermedad terminal de un paciente se puede conceptualizar desde varias categorías considerando el estado de estos: Aquellas gravemente enfermas, pacientes críticos: son personas gravemente enfermas que presentan una patología aguda o hiperaguda tan extensa que existen pocas posibilidades concretas de recuperación, generalmente atendidos en las unidades de cuidados intensivos. Pacientes crónicos en etapa avanzada: con condiciones clínicas que incluyen enfermedades incurables, pero donde el paciente puede no estar en una condición terminal (42-44).

Está claro que el final previsto no se vive hoy de la misma forma que en generaciones anteriores. Décadas atrás, cuando un paciente se enteraba de que su muerte estaba rodeada de sus familiares, algunos interesados en asuntos prácticos como la distribución de bienes, y otros esperando los últimos consejos; pero todos convencidos, que es muy poco lo que se puede hacer. Era inevitable la visita de un sacerdote y el acto ritual para su acercamiento a Dios. El impacto en el paciente y la familia implicaba aceptar la muerte y con ello, la resignación (45).

La muerte por una enfermedad terminal conlleva sufrimiento, un colapso gradual y doloroso y cambios profundos en la salud general. Este proceso puede llevar días, semanas o años. Uno de los factores que afecta seriamente la adaptación de pacientes y familiares a enfermedades incurables es la edad. Para la muerte de una persona adulta mayor de ochenta, el término "muerte" parece más "apropiado" que la muerte de una persona de 20 años, ya que en este último caso la muerte suele clasificarse como muerte "temprana" o prematura. En cualquier

situación dada, la adaptación implica altos niveles de ansiedad y estrés, que a menudo pueden abordarse mediante una variedad de factores psicosociales que pueden alterar su impacto en el individuo, incluido el apoyo social y una sensación de control personal (46- 48).

Kübler-Ross E (49), propuso un modelo coherente de cinco etapas por las que, en su opinión, los humanos pasan en el proceso de morir: Negación - ante un diagnóstico o predicción de muerte, una persona puede negarse a creer que esto le esté pasando. Rabia - el paciente terminal tiene clara la gravedad de su situación entonces se torna amargada, a veces resentida con los que parecen estar cuerdos, explotando en todo tipo de acusaciones e insultos. Negociación - el paciente busca cambiar de alguna manera su condición a través de promesas de cambio, de mejora, de hacer las cosas de otra manera a partir lo lograr la mejoría. Depresión – se produce cuando la situación no cambia a pesar de las perspectivas y promesas traducéndose en desesperanza conllevando a la fase depresiva. Aceptación – si la enfermedad es duradera, el enfermo llegará a esta etapa y se podrá afrontar la muerte con paz y serenidad.

Investigaciones posteriores de Kalish R. (50) y Moreras J (51) no apoyan la propuesta, ya que en la mayoría de los casos las emociones y sentimientos varían: algunas personas experimentan una etapa en particular (por ejemplo, la ira) otras experimentan diferentes respuestas al mismo tiempo y algunas se saltan etapas.

Las necesidades para atender a los pacientes terminales son de tipo: físico, psicológica y religiosa. Psicológico, necesita seguridad (debe confiar en quienes lo cuidan y no dejarse abandonar por su destino). Pertenencia (necesita ser amado, aceptado, comprendido y atendido hasta el final); consideración (siente que sus necesidades han sido adecuadamente valoradas, que se le brinda toda la ayuda necesaria), ser reconocido por tener a alguien con quien compartir sus miedos y preocupaciones.

Otra situación con la que tiene que lidiar un enfermo terminal es decidir dónde morir. Hay personas que deciden dedicar su atención en su familia, asunto que suele ser una experiencia muy abrumadora. Es recurrente que muchas personas mueran en el hospital, lo que parece ser lo mejor, porque ahí es donde idealmente se tendría una mejor experiencia para a partir del apoyo y satisfacción de lo que necesitan los pacientes terminales (52, 53).

En un entorno hospitalario, la atención debe estar formada por el paciente y el familiar. Sin embargo, los hospitales carecen de organización para el cuidado al final de la vida y puede no estar asociada a un modelo de atención dirigido al manejo de los síntomas desagradables entre ellos el dolor, debiendo centrarse además en el cuidado de toda la unidad familiar (54).

Las intervenciones de enfermería deben estar dirigidas a lograr ausencia de dolor, sensación de tranquilidad, dignidad, respeto y cercanía de familiares. Estos resultados dependerán de la experiencia personal del profesional con respecto al proceso de duelo, que no inicia con la muerte sino con la sensación de estar muriendo. Hay que añadir que aceptar la muerte va en contra de la preocupación de sanar y no existir con su calidad de vida, muchas veces ocultando la realidad y siendo egocéntricos, negando la oportunidad de ser la misma persona hasta el final (55-57).

Salazar -Maya A. (58,59) afirma que las enfermeras, como guardianes de la salud de las personas, deben promover el autocuidado para promover el bienestar bio-psico-social propio, desarrollando personalidades terapéuticas para comunicar e inspirar salud. Como profesionales, necesitan analizar sus concepciones sobre su propia muerte para poder apoyar a las personas al final de la vida. Es por eso, que se debe reflexionar y a través de los programas de salud mental y ocupacional generar espacios de conocimiento, enfrentamiento y manejo del estrés, para que, así como profesionales entendamos el momento y lo enfrentemos a la medida requerida. ¿Cómo apoyaremos a otras personas en este momento? Si también somos humanos y tenemos dolor, miedo, dificultades, nuestros propios conceptos culturales y religiosos. Si esto no se hace, no cumpliremos nuestro compromiso social y ético, de brindar apoyo de apoyo a enfermos, discapacitados y moribundos.

Materiales y métodos

El desarrollo del presente estudio se llevó a cabo mediante la investigación descriptiva cualitativa siguiendo el método de teoría fundamentada en los datos (60) método cualitativo de reconocido rigor científico (61, 62).

La población de estudio fue de veinte enfermeras que trabajan en Oncología y especialidades del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, con un promedio de tiempo de servicios desde 10 a 12 años, fluctuando las edades entre 55 a 28 años, en su mayoría de sexo femenino y un profesional de sexo masculino que labora actualmente.

El tamaño de la muestra, por tratarse de una investigación cualitativa; fue no probabilística determinada por conveniencia, es decir se trabajó con el total de los enfermeros del servicio. Siendo excluida la enfermera jefa para homogenizar la muestra.

Los datos fueron recogidos mediante entrevista semiestructurada con preguntas abiertas a profundidad (Anexo 01). Esta se validó mediante un piloto y juicio de expertos, con la finalidad de comprobar si las preguntas son entendidas por los entrevistados (Anexo 02). Los participantes tuvieron la oportunidad de emitir su consentimiento informado antes de iniciar con la entrevista (Anexo 03)

El proyecto de investigación fue inscrito en el Sistema de Gestión de Investigación (SGI) USAT, para la respectiva revisión de los miembros de jurado asignado. Una vez aprobado y sustentado ante los miembros de jurado y emitida el acta de sustentación, pasó para revisión de Comité de Ética de la Facultad de Medicina. El informe de investigación fue revisado por software antiplagio TURNITIN, cuyo resultado fue de 5% (Anexo 04). Además se obtuvo la resolución de aprobación del proyecto de tesis por el comité de ética de Facultad de Medicina (Anexo 05), se inició la solicitud de autorización de ejecución a la entidad correspondiente.

Se inició la parte operativa de la presente investigación, solicitando a la Gerencia de Red Asistencial de Lambayeque HNAAA- EsSalud- Chiclayo, la ejecución del presente trabajo de investigación. Luego de solicitar la ejecución se procedió a ubicar a los sujetos de investigación, teniendo para ello la facilidad de haber laborado en dicho servicio. Una vez con las aprobaciones, se realizó la extracción de datos, sistematizándolos y ordenándolos de acuerdo con lo requerido por el método de análisis.

El análisis de datos se realizó siguiendo los lineamientos de la Teoría Fundamentada (60-63). Realizándose en cuatro fases fundamentales: el planteamiento de la pregunta de investigación, recolección de datos, codificación abierta - axial y validación de la teoría; los cuales guardan estrecha relación entre sí; el planteamiento de esta metodología es no lineal y sus etapas a su vez no son secuenciales, no siguen un lineamiento a diferencia de otra metodología; basándose en datos, que generen conocimiento, aumenten la comprensión, y proporcionen una guía significativa para la acción. Es decir, se ejecutó en tres momentos el descriptivo, analítico y el interpretativo.

Las entrevistas fueron grabadas y se transcribieron de inmediato, teniendo en cuenta el enfoque zig-zag de la recolección de datos en el método de teoría fundamentada, su representación esquemática fue de abajo hacia arriba, se realizó la primera entrevista, donde se obtuvo ciertos códigos preliminares que dieron un esbozo del acontecer, una narración que el cada entrevistado hizo de sí mismo, de sus circunstancias, de sus relaciones, sus ideas sobre la muerte, pero que aún estaban relativamente difusas.

Luego se realizó una segunda entrevista que permitió refinar las categorías. En la tercera entrevista ya significó un refinamiento mucho mayor, y así continuar las entrevistas, hasta que se agotó el número delimitado de participantes. La codificación abierta implicó la revisión y análisis de todos los segmentos del material, se etiquetó los segmentos más resaltantes con una palabra o frase corta, asignando códigos, permitiendo ordenar las categorías iniciales de significado, que emergieron a través del análisis de los datos y eliminar las redundancias. En el microanálisis se incluyó la codificación axial y abierta, donde se conceptualizó y se clasificó, exigiéndose analizar, interpretar y sintetizar datos proporcionados por los participantes, utilizando como medio la observación e interacción del investigador con los datos.

De esta manera se formaron categorías centrales, categorías y subcategorías, las categorías centrales, en este caso fue el fenómeno y las categorías responden al cuándo, dónde, por qué, quién, cómo y con qué consecuencia. Todas ellas relacionándose con la idea central. Mediante la reducción y comparación constante hasta obtener las categorías. El número de categorías fue delimitado por la saturación teórica.

En la presente investigación, se comparó dichas categorías, de manera que nos permitió conocer cuál es la conceptualización de la muerte desde la perspectiva del enfermero que cuida a la persona en fase terminal, buscando convergencias y divergencias entre categorías lo que permitió identificarlas y organizarlas jerárquicamente.

La matriz, fue un mecanismo analítico de codificación que estimuló el pensamiento del investigador en la interrelación de las condiciones, consecuencias y posteriores acciones/interacciones. Tanto sean micro o macro de su estructura. expresándose gráficamente mediante un diseño emergente donde la disposición de las categorías y subcategorías no estuvo

predefinida. De esta manera permitió resumir cual es la categoría central o medular, las categorías y las subcategorías y sus relaciones entre sí.

Luego se llevó a cabo el muestreo teórico (62, 63), donde el investigador hizo un muestreo de acontecimientos e incidentes, donde se busca indicadores los cuales pueden ser representativos de conceptos teóricos pertinentes, luego se comparó en busca de propiedades y dimensiones. Realizando de manera simultánea, la búsqueda de la literatura sobre los conceptos sobre la muerte, así como lo recomiendan los autores de dicha teoría.

Esta investigación se basó en los principios de la ética personalista de Elio Sgreccia (64) que propone que toda investigación debe primar el valor de la vida humana, traducido en el respeto por la misma. Los resultados de la investigación al ser divulgados cumplen con el criterio de sociabilidad pues permitieron generar propuestas de mejora para un final tranquilo de la vida de personas oncológicas en fase terminal. En todo el proceso se mantuvo una actitud responsable y de vigilancia para garantizar la libre participación de las enfermeras, manteniendo su anonimato y autonomía de participación.

Resultados y discusión

Luego de haber analizado desde la perspectiva de los participantes, contrastándolo con el análisis crítico de la bibliografía y de esta manera realizando un muestreo teórico, se obtuvo tres categorías como son: El sentir ante la muerte; Espiritualidad y Cuidado y por último Resiliencia de la enfermera. Cada una de ellas analizadas con sus respectivas subcategorías.

Luego surge el concepto emergente que da lugar una conclusión teórica sobre la muerte, que es el resultado conceptual del presente trabajo de investigación desarrollándose la categoría central denominada muerte realidad inexorable.

CATEGORÍA I: EL SENTIR ANTE LA MUERTE

Teniendo en cuenta que el sentir, es la capacidad que poseen los seres humanos de captar la realidad que le rodea, mediante la percepción de señales y estímulos a través de sentidos (65). El sentir se identifica en esta categoría como las diversas formas de percepción que se tiene ante la muerte, desde sus sentimientos, reacciones, concepciones abstractas y metafóricas que la idealizan en un futuro con esperanza. A partir de ello se desarrolló las siguientes

subcategorías; como son límite natural, frustración ante las pérdidas, afectividad perturbada, rechazo a la muerte.

1.1 LÍMITE NATURAL

Desde un enfoque biológico el ser humano: nace, crece, se reproduce y muere. Es así que todo ser humano como parte de su proceso natural de evolución tiene un principio y un fin. Siendo la muerte parte de este proceso; como lo narra los siguientes discursos:

“... es un proceso natural, de todo ser vivo, de la persona, es una etapa natural, así como nace llega un tiempo, que llega después de un estado en fase terminal y llega a morir, va a llegar de una u otra forma pero va a llegar nuestras funciones se debilitan ya sean por enfermedades... y llegamos a morir... toda persona tiene que pasar en algún momento y en algunos casos se nos adelanta, pero todos vamos a llegar a la muerte...” ENF4

“...Es una etapa de la vida, como el nacimiento, la niñez, la adultez, es una etapa que va llegando..., como la plantita crece y se muere... un fin de algo, quisiéramos que nunca llegara, pero llega, pero eso se tiene que dar como un fin... es una etapa normal de la vida es algo que se va a dar en cualquier momento ...ENF6

“es un proceso normal... en cambio cuando ves a un anciano, tú piensas cumplió su ciclo de vida, hay que darle una muerte tranquila, digna, sabemos que como seres humanos nos va a llegar ese momento... pero en el niño ni en el joven no lo asimilamos muy rápido...” ENF8

En los discursos mencionados se puede apreciar que la muerte es considerada un proceso de la vida, el cual un límite natural de nuestra naturaleza humana. La muerte es el límite de la vida, opuesto al nacimiento. Es la culminación de un organismo vivo. Es un acontecimiento que la enfermera considera aparece como final de la vida, y cese de las actividades vitales de un organismo.

Conner, S. y Routledge, T., por su parte, indica que no se nos puede ocultar desde pequeños que la vida tiene un final (66). En el cual nadie está exento de llegar al fin de dicha cadena, tal vez en diferente circunstancia, en un futuro próximo o lejano; no habiendo la seguridad de llegar a crecer en la amplitud de la palabra, o de reproducirse ciertamente, luego de nacer. Entonces lo más seguro cuando se nace es el inicio de la muerte.

1.2 FRUSTRACIÓN ANTE LAS PÉRDIDAS

Para la enfermera la muerte desencadena múltiples sentimientos los cuales le van a perturbar afectivamente. Entre ellos, es el sentimiento de pérdida. Para ella no solo es perder las funciones, de nuestros órganos, de los signos vitales, también como la pérdida de la vida, pérdida de su paciente. Así lo demuestran los siguientes discursos:

“...Pérdida de nuestro cuerpo, pérdida de vida, pérdida de nuestro ser... en ese momento sentí que... estaba perdiendo a un familiar mío, y fue muy dramático. ...” ENF1

“...se les está apagándoseles la vida... perdiendo sus funciones vitales...” ENF2

“...yo quiero hacer algo para poder salvarlo, ... No hice eso, pude haber hecho esto...es una pérdida...” ENF 4

“... tienes todas las intenciones de calmar, de aliviar el dolor, de pronto no sabes que hacer en ese momento, saber que vas a perder al paciente...” ENF 5

...cese de las funciones vitales de todo ser vivo, incluido el hombre y todo ser vivo en general ENF7

A pesar de ser un proceso natural, la muerte causa muchas reacciones negativas en el personal que cuida a las personas, las que considera pacientes.

Cuando se habla de pérdida, en la sociedad, comúnmente se trata de pérdidas de un familiar, o separaciones de la pareja, es decir la muerte de alguien muy cercano a nosotros, sin embargo, en el estudio se analiza que la enfermera considera a la muerte de su paciente de la misma manera, de alguien que además de cuidar, sentimentalmente se relaciona durante esa convivencia y lo siente como parte de su entorno (67). En nuestra sociedad suele considerarse a las pérdidas y especialmente la muerte como algo sombrío, inconcebible y desestabilizante, en vez de entenderse como algo normal y natural como transcurre con otras culturas.

La muerte se entiende como la pérdida de la existencia de un cuerpo vivido, de un cuerpo animado, un cuerpo en relación con el mundo; siendo de esta manera pérdida de nuestra corporalidad. La superación de la muerte del ser querido y aceptación de la nueva situación depende de varios factores, como son: la relación con el fallecido, tipo de lazo familiar e intensidad de este, dependencia, conflictos, circunstancias de la muerte (esperada o repentina, sosegada o violenta), y la edad de éste. Siendo este un suceso emocionalmente difícil de aceptar (66)

El personal de enfermería experimenta esta pérdida en forma conjunta con los familiares y paciente que se identifica y forma parte de este sentimiento (68). La muerte del paciente forma parte de su entorno, como si se tratara de un familiar más, de un ser querido. La entrevistada refiere: “en ese momento sentí que... estaba perdiendo a un familiar mío” La entrevistada siente ese momento como parte de su entorno, no solo es una persona a quien brinda su cuidado, sino que forma parte de su vida, de su existir, de su entorno social y se conmueve ante tal hecho. Se traspone esta palabra en la mente del enfermero como una pérdida porque su formación ha sido para cuidar de su paciente, de protegerlo, de conservar su vida más no de dilapidarla.

Ella trata en lo posible de cuidar de esa vida, de proteger a su paciente muchas veces lucha ante lo naturalmente inevitable y ante esta lucha, al no ver sus esfuerzos concretados, deviene luego la frustración, como de los sentimientos perturbados, como se hace referencia en los siguientes discursos:

“... quiero hacer algo para salvarlo... yo no quiero que se muera ...” ENF3

“... se está pensando ¡¿qué le pongo?!, llamo al pediatra, llamo al hematólogo... a veces hay niños que a veces no se les puede poner nada...” ENF4

“...En un paciente con muerte súbita es más difícil, tratar sobre todo al familiar, como afrontar la muerte inesperada, si he tenido casos y si me ha sido difícil... es distinto tienes todas las intenciones de calmar de aliviar el dolor, de pronto no sabes que hacer en ese momento, ... yo no podía demostrar ni tristeza, pues no lo hago frente al paciente... ENF5

“...frustración, porque tú lo ves en el proceso de tratamiento el paciente puede conversar contigo, con sus familiares y luego ves como el paciente se va ... apagándose, ese trance que al final va a morir.... Bueno para nosotros es un gran sentimiento, una frustración. ... siempre tienes el sentimiento que debiste hacer y no lo hiciste... queda eso....” ENF 8

La enfermera como parte de su cuidado de pacientes oncológicos, el acercamiento constante, debido a la continuidad del cuidado que brinda, en ese momento único de su paciente, la concibe además de una pérdida, pues profesionalmente está capacitada a preservar la vida y la muerte es también sinónimo de fracaso ante los continuos cuidados que ofreció.

Al mencionar “... yo no quiero que se muera ...” ENF3 “¡¿qué le pongo?!” ENF 4 “no sabes que hacer” ENF 5. El no saber qué hacer en esos momentos, a pesar de ser profesionales que laboran en un servicio brindando cuidados a pacientes que en su gran mayoría su desenlace es fatales, manifiestan su fracaso, reflejándose en frustración en el presente estudio.

Lo anterior, tiene estrecho vínculo con lo manifestado por Pichardo y Diner (69); cuando explican que el personal de enfermería se protege de esta clase de fenómenos guardando distancia, tal como lo manifiesta ENF5 “yo no podía demostrar ni tristeza, pues no lo hago frente al paciente” muy a pesar que ella siente como pérdida, se frustra ante el hecho, no le es permitido demostrar sentimiento alguno, pues su la formación le refería que el personal debe guardar distancia, no debe involucrarse con los sentimientos de su paciente, siendo esto una manera de salvaguardar su salud mental. Esta formación más allá de cuidar de su salud mental desequilibra su actuar, reprime esos sentimientos y los considera erróneamente como no apropiados para el momento.

1.3 AFECTIVIDAD PERTURBADA

Ante este evento, el profesional de enfermería prevalece la intención de cuidado, el cual está capacitado para salvar vidas, a pesar de que las condiciones del paciente no sean las mejores, este hecho provoca diversas reacciones, entre ellas el miedo. Es así como se interpreta el siguiente discurso:

“...pienso en la muerte y me imagino (risas) un señor oscuro, con su tritón, todo oscuro, que da miedo, así me imagino la muerte ... me da mucha pena, se siente el dolor del familiar, que a veces nosotros tenemos que entender...” ENF 3

Desde una perspectiva agnóstica, la muerte es la desaparición de una entidad a la que nos aferramos, un sin sentido, un miedo a la nada (70). Como resultado del no saber al después de ello, siendo el temor a lo desconocido, la base de este miedo. Este miedo se puede convertir en un terror irracional, tal como lo menciona ENF3 “me imagino (risas) un señor oscuro, con su tritón, todo oscuro. y me da miedo” recreando en nuestras mentes con imágenes terroríficas fantasmagórica.

Este miedo está relacionado a lo desconocido, Krishnamurti J. (71), en su libro “Sobre la vida y la muerte” hace referencia que la vida y la muerte no están separados, ambas están íntimamente relacionadas. Para comprender a la muerte, hay que comprender la vida y el temor, es miedo a lo desconocido. Este miedo está relacionado también a la interrupción del desarrollo personal.

Otro factor de miedo es que no se sabe qué es lo que sigue después de la muerte; pensar en nunca volver a ver a nuestros seres queridos, implica un sentimiento, considerado dentro de los parámetros habituales, de lo contrario sería imposible vivir de manera cotidiana sin estar pensando solamente en la muerte.

Los profesionales de enfermería expresaron que, durante el cuidado se generan en ellos distintas emociones, entre ellas enfatizaron en la pena, dolor, tristeza.

“...me da tristeza, pero hay una diferencia no? en relación con un paciente que fallece adulto y aun paciente que fallece niño, para mí la tristeza es total, cuando es un niño; en el momento tener tanto tiempo cuidando al paciente que al final es muy triste, saber que no ha resultado el tratamiento, y que tenga que fallecer... la manifiesto a solas, salgo como esa vez que sucedió, salí a la capilla,

y llore... porque es un niño que lo hemos tenido bastante tiempo en el servicio...”
ENF5

“...algo traumático para mí, realmente en la universidad si nos hablaron de la muerte, nos hablaron como una etapa final como algo que tiene que ser... pero no como una etapa que tú vas a afrontar por el mismo contacto que debes tener, porque para mí fue ... muy traumático ... murió... me da pena, es algo que te consterna y sobre todo si es un paciente, con quien has tenido un contacto prolongado con él, es mucho más dolorosos cuando se presenta en una etapa de juventud de niñez, de adultez o por ejemplo nuestros padres aún están jóvenes, ... en un paciente terminal es difícil fue una situación que me dio mucha pena que muriera, ... lo siento porque es un paciente que vez siempre, aun siendo un paciente que lo veas por primera vez, te da un poco de pena... ENF6

un momento muy doloroso, genera mucho sufrimiento, porque lo vemos a cada rato, es tan difícil, es más si la persona que fallece es joven, o niño es tan difícil que va resultar dificultoso de superarlo... ese dolor es más fuerte en el niño y en el joven. ... siempre lo sientes, a veces en uno u otra sé contenerme... pero el dolor está allí, me pongo a llorar... siempre genera, un cierto sentimiento de dolor... pero en el niño ni en el joven no lo asimilamos muy rápido... y a mí personalmente me afecta mucho igual al ver morir a la madre joven; en cierta parte del anciano, pero no con esa fuerza... no con ese dolor es más fuerte en el niño y en el joven. Siempre sientes esa sensibilidad, de los pacientes que van a fallecer, el dolor... pero el dolor está allí, me pongo a llorar... sentimiento más doloroso que me duro, un día llorando, en verdad cada vez que lloraba, me conmovía...Es un sentimiento de pena, estoy triste, me afecta un poco pero luego me pasa... el paciente se va apagándose...ese trance que al final va a morir.... Bueno para nosotros es un gran sentimiento, un dolor muy grande en niños, es más, niños o madres jóvenes... “ENF8

La enfermera se enfrenta a esos momentos mostrando o no sus sentimientos como cualquier persona humana que es capaz de sentir, pena, dolor, conmovirse; se presenta ante su paciente y familiares, llevando consigo su historia de vida, recordando las experiencias vividas tanto como persona y profesional siendo los conocimientos absorbidos en su formación como profesional el ente transformador y mediador ante esta situación.

Las experiencias vividas por los participantes al enfrentarse a la muerte y duelo evidencian el temor hacia la misma, como algo inevitable, lo cual se combina con sentimientos emergentes que van desde la negación hasta la huida y tristeza (72). El hecho de no sentirse preparados para afrontar esta dura situación, en la que los enfermeros se ven envueltos frecuentemente podrían poner en riesgo su salud física y mental.

Fernández y col (73), enfatizan en el hecho de que los enfermeros pueden permitirse llorar algunas veces debiendo acudir a mecanismos de defensa que les permita afrontar este evento cotidiano, debiendo estar preparados para los sentimientos que suscita. Por lo general, la falta de preparación lleva al profesional a alejarse de la situación (74-75).

Resultan comprensible estas reacciones, pues durante la formación no se recibe a profundidad temas sobre afrontamiento de la muerte. Son numerosos los trabajos en los que los profesionales de salud expresaron no sentirse formados en el tema, y solicitan formación (74-78). Dichos sentimientos como consecuencia en lidiar con la muerte son mencionados como una falla de la enseñanza en los estudios de pregrado, considera que solo se habla de la muerte como una fase mas no como parte de una rutina de la labor de la enfermera asistencial a sobreponerse ante ello y brindar el apoyo necesario a los dolientes, como parte recuperativa del dolor ajeno.

Ese momento que desencadena muchas emociones, traen como consecuencia, algunas veces negativas en el desempeño laboral, entre ellas, la falta de concentración, requisito indispensable en su hacer diario.

“no puedo trabajar, porque me da mucha pena y no me puedo concentrar” donde coincide tanto” ENF 3
“la manifiesto a solas, salgo como esa vez que sucedió, salí a la capilla, y llore...” ENF 5
“... esos sentimientos los traslade a mis hijas, traslade a mi hogar...” ENF 7;

Es así que los sentimientos de pena, dolor pasan de un plano subjetivo a uno objetivo.

Estas emociones están relacionados a ciertas circunstancias entre ellas, la edad del paciente, su diagnóstico, las circunstancias (muerte súbita o esperada) y la cercanía o apego en su atención.

“...más aún cuando son niños...de una persona ya adulta, bueno ya vivió...” ENF 3
“para mí la tristeza es total, cuando es un niño” ENF 5
“un dolor muy grande en niños, es más, niños o madres jóvenes...” ENF 8

La muerte súbita a pesar de que el paciente se encuentra hospitalizado con un diagnóstico que asevera una alta mortalidad, el profesional de enfermería ante todo busca prolongar la vida, en estas ocasiones, cuando muere su paciente al cual dedicó mucho tiempo, ante quien tuvo mucho apego, a pesar de conocer su enfermedad, el morir de forma repentina, su actuar es inesperado, el “no sé qué hacer” “es diferente”. La muerte analizada en un escenario oncológico implica que el actuar del enfermero vaya más allá de una atención holística pues deben implementar estrategias para, mantener el acompañamiento y soporte durante el duelo de la familia, debiendo fortalecer su desarrollo espiritual y la empatía con el sufrimiento ajeno (79).

1.4 RECHAZO A LA MUERTE

El no saber el después de la muerte, nos hace pensar que es el fin de nuestra posibilidad de desarrollarnos, e interrupción a nuestros objetivos y metas, las cuales cada vez se tornan más exigentes e infinitas, sin considerar que puedan ser necesarios otros factores importantes no exclusivamente la vida para poder lograrlos.

La muerte es una realidad que causa miedo y angustia, es por esta razón que esta no se acepta tranquilamente, aunque se la considere natural e inevitable. Ninguna resulta suficientemente convincente como para disminuir los sentimientos de temor, angustia, duda dolor y rabia, ni los mecanismos de negación. Como lo demuestran los siguientes párrafos:

“...le he pedido mucho a Dios, que me deje hasta que mis Hijos sean profesionales, siempre que yo he orado, siempre que yo le he pedido, yo le he dicho, Dios mío, Estos hijos no tienen un padre que los guíe, soy yo las que les voy a guiar, la que les va a guiar soy yo ¡permíteme que les guíe bien, permíteme que los cuide bien, y permíteme vivir hasta que ellos sean profesionales...” ENF2

“...es todo un proceso, que yo no quiero vivir, de quererlo no..., no quiero que suceda, yo sé que va a suceder, pero si eso se pueda alargar sería mejor... Es lo último que piensas, es lo último que quieres... haciendo cosas como para dejarlos seguros a ellos y yo poder morir tranquila, porque mi mayor preocupación son mis hijos como quedan...Depende a que edad sea mi muerte, quiero verlos crecer y que se casen con buenas mujeres no... (Risas), sí, todo eso quiero, una vez que ya los veo,... bueno con un hogar formado, con una profesión, estable, son un trabajo estable, yo creo que sí, ya estoy preparada para morir...” ENF 3

“Todos quisiéramos que nunca llegara que nunca se diera... te digo que quisiéramos lo más lejos posible, pero es algo que necesariamente va a llegar.; en una persona mayor, ... tú dices bueno ya es su etapa final de él, llegó a su fin ... es como la plantita crece y se muere, pero en un niño es difícil porque nadie espera que un niño se muera ... es una etapa a cuál todos vamos a llegar en algún momento, te digo que quisiéramos lo más lejos posible, pero es algo que necesariamente va a llegar... Le pido a Dios que trate de darme vida hasta el momento hasta que mis hijos puedan estar preparados..., yo paro pensando, haciendo cosas como para dejarlos seguros a ellos y poder morir tranquila, porque mi mayor preocupación de morir sería ...mis hijos como quedan...” ENF6

“... el ser humano por naturaleza no quiere morir...” ENF7

El rechazo ante la muerte es una primera actitud, saber que es un proceso natural pero el hecho de la continuidad de sus cuidados en este servicio mantiene una relación muy estrecha paciente –enfermera, la muerte estimada como la muerte del otro, en este caso el otro viene a ser su paciente, se la niega y resulta para, el enfermero una pérdida, la pérdida del ser que veló de él y brindo sus conocimientos a través de sus cuidados (80).

El rechazo es dependiente a muchos factores como, la edad y los forma de morir, se niega ante todo la muerte de su paciente ante una muerte de un niño pues no vivió lo suficiente y aun no le es permitido morir o de su propia muerte, donde la edad de sus dependientes tiene escasa

edad, es decir la edad esta inversamente relaciona a la negación de la muerte; pues a esta se la especula como la interrupción del desarrollo personal y se niega a que ocurra. Otro factor es la forma en que ocurre o se presenta, sobre todo ante una muerte súbita, para la enfermera ve su paciente como el objeto más importante quien va a brindar cuidado y el hecho de perderlo sin haberle ofrecido sus atenciones, es un hecho inaceptable.

CATEGORÍA II: ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO

Yendo más allá de las interpretaciones teóricas y conceptuales es necesario aceptar las actitudes y sentimientos ante una pérdida para estar preparados y de esta manera recién es factible las intervenciones terapéuticas que los pacientes necesiten.

La presente categoría hace referencia que enfermería no sólo conceptualiza a la muerte desde una noción, una significancia, sino que la relaciona con su práctica inherente de su acción el “hacer”, es decir; el cuidado que brinda ante esa persona en su mayoría durante todo el proceso de su enfermedad, la hace sentir que está íntimamente relacionada, a la cual no solo debe atender sus necesidades físicas, sino también emocionales, y sobre todo sus necesidades espirituales. Bajo ese contexto se crea la segunda categoría, dividiéndose en las siguientes subcategorías: La Espiritualidad en Enfermería: Separación de la Dualidad Cuerpo-Alma, Resignación ante la Voluntad Divina, Esperanza de una Vida Mejor. Coexistir con la Muerte mediante el Cuidado: Identificación y Acompañamiento, Cuidado Humanizado como un Arte de Cuidar y Descanso a sus Sufrimientos

2.1 LA ESPIRITUALIDAD EN ENFERMERÍA

2.1.1 SEPARACIÓN DE LA DUALIDAD CUERPO-ALMA

La enfermera, ante la muerte de su paciente terminal, concibe la idea de estar presente en la separación de la dualidad cuerpo-alma, siendo para ella el momento crucial en el que existe el apartamiento. Es así como lo demuestran los siguientes discursos:

“si bien es cierto, vas perdiendo tus funciones vitales pero tu alma está allí todavía, incluso pienso que cuando mueres tu alma, esta unos minutos allí, por eso cuando algún familiar incluso llega y me dice, pero ya lo encontré vivo... yo les dijo, pero su alma está aquí todavía”. ENF2

“Desde mi punto de vista es la separación del alma y cuerpo. El momento exacto que el alma abandona nuestro cuerpo y dejamos de ser seres existentes tanto espiritual y físicamente”. ENF 7

El profesional está en la espera de ese instante en que se efectúa la disociación de esta dualidad, donde al cuerpo es parte carnal terrenal y el alma relacionada a lo inmortal, lo sobrenatural donde ya no hay dolor, no siente el sufrimiento (77). Ante ese suceso inminente es necesario la preparación del alma, lográndose al realizar rezos, perdonando; de tal modo el paciente siente que no está solo, que tiene el acompañamiento de su familiar y el personal que cuida de su cuerpo y de su alma.

2.1.2 RESIGNACIÓN ANTE LA VOLUNTAD DIVINA

A su vez también lo conceptualiza como una resignación ante la voluntad divina, donde va más allá de aceptar el hecho, sino de resignarse con la voluntad de un ser superior. Refiriéndose de esta manera:

“Diosito ilumíname, yo no sé tú estás allí conmigo, no me dejes sola porque necesito de ti, para ayudar a los demás... nosotros les brindamos no solo la parte física, de los medicamentos, la parte paliativa, se debe tener en cuenta la parte espiritual también... yo creo que necesitan más la parte espiritual. al mismo tiempo también hay que preparar su alma, que estén tranquilos, con Dios, su fe y concebir el concepto que algunas personas, nos adelantan, para ir a otra dimensión, y que todos vamos a llegar allí, donde esta Dios y que él se sienta tranquilo, para enfrentar la muerte, se sienta en paz, que tenga tranquilidad en su alma, que vaya feliz a la otra dimensión,coordinar para que venga el padre, para que le de la paz espiritual, si está en compañía a veces del familiar, rezarles un padre nuestro para que le dé tranquilidad; decirle que Dios está a su lado y que no está solo enfrentando esa situación... darle seguridad, cuando se vaya a la otra dimensión, se vaya tranquilo, donde no hay sufrimiento” ENF4

“...después me pongo aceptar que es un angelito más que está con Dios, si Dios lo quiso así bueno pedir por él, ¿no? Hay que darle una atención integral se le atiende, en todas sus necesidades, hasta sus últimas horas sus últimos minutos de vida, hablarle de Dios, ¿yo siempre les pregunto son cristianos? Y si lo son pues, siempre les digo que bueno, oren y pidan al señor y simplemente se entreguen a su voluntad, tanto al paciente como a su familiar, siempre les pido eso que oren con fe, con esperanza... porque yo tengo la convicción que Dios escucha cuando hablamos con él, decirle... ya todo va a pasar, no se preocupe, todo va a salir bien... Para que se reconforte, para que, de alguna forma, esté en manos de Dios. La espiritualidad es muy importante en este caso, yo sé que hay un Dios, que te da resignación, que le da esperanza y tranquilidad... le doy ánimos, le digo, hay que pedir hay que orar, oremos que Dios si nos escucha si lo hacemos la oración con fe, me aferro a eso, a la oración a pedirle... más que la aceptación sería la resignación, porque somos tan apegados al aspecto humano, más que pensar en un Dios más allá... es aceptar la voluntad de Dios, es eso si Dios lo quiere así, hay que aceptarlo ... y tendré que asimilarlo ... sus razones tienen... tenemos tanto tiempo cuidando al paciente que al final es muy triste que no hay resultado en el tratamiento y que tenga que fallecer... y bueno resignarse...” ENF5

“...Pienso que Dios tiene un camino un destino... él sabe porque lo lleva... cuándo es el momento, una decisión de Dios, porque solamente él sabe porque los lleva...es algo que no lo decidimos nosotros, no es algo que nosotros digamos mañana, pasado nos vamos a morir...definitivamente quiere tenerlo a su lado... Yo pienso que Dios determina nuestra vida...” ENF6

“la biblia no dice que el día de la resurrección resucitaremos bajo las mismas condiciones... Me preocupo por conservar mi espiritualidad... cada día que me levanto, yo le agradezco a Dios... en especial de poder estar con mis hijas ... pero tampoco me arraigaría a estar aquí, porque tengo la plena seguridad, que hay otras oportunidades, después de esta vida...” ENF7

El profesional acepta la muerte de su paciente como una voluntad divina, como un suceso fuera de nuestro alcance, que depende de la decisión de un ente superior, quien tiene la capacidad de disponer, entre la vida y la muerte, de “dejarlo” en la tierra o “llevarlo”.

Al respecto, Nightingale con una humanidad profundamente religiosa, consideraba la enfermería como un medio para realizar la voluntad de su Dios. Ella comprendía la enfermería como vocación divina, por lo que relegó al paciente a un papel pasivo, esencialmente infantil, con todos sus deseos y necesidades cubiertas por la enfermera (81).

En este sentido, la enfermera administra el cuidado espiritualmente cuando se produce una relación caracterizada por la presencia, escucha, respeto y apoyo, conexiones importantes inclusive dándose a sí misma (78,82).

2.1.3 ESPERANZA DE UNA VIDA MEJOR

Además de la resignación ante la voluntad divina, luego del analizar los datos se analizó como sub categoría a la esperanza de una vida mejor, también expresada como “ir a otra dimensión”, donde no hay dolor, donde va estar bien, de una vida eterna luego de la muerte, para alcanzar dicha vida eterna tan esperada, es requisito indispensable tener fe:

“...una luz, que esa luz al final es el camino, donde esta Dios, donde alguien te está esperando, como una esperanza de vida... es adónde vas a ir , adonde vas a llegar... es un paso más que se da para el encuentro con el señor ¿no? donde vas a ver a Dios, donde va estar la virgen, donde vas a ver a tus seres queridos, porque yo tengo la idea, que allí están todos; que tú te vas a encontrar con ellos es más;... donde esta Dios ... que iba hacia un encuentro mejor, hacia un camino mejor... mira morir es dar un paso, hacia lo infinito, es dar un paso, tu eres religiosa tu eres católica, es al encuentro del señor... yo le dije si, te vas a ir con Dios , Dios te está esperando y él me dice y no me va a doler no, no te va a doler, le dijo; como voy a saber? vas a ver una luz blanca grande y tú vas a caminar... hacia esa luz me decía si?... el niño ¡cómo decía, ya veo la luz mamá!!!” ENF2

“...tu dolor hay que ofrecerlo, no cualquiera tiene dolor, entonces ofrece ese dolor por tu salvación, de tu alma para que, en la otra dimensión, estés feliz ya gozando del reino de los cielos... esperanza de ver a mi hijo algún día en el cielo ... se vaya tranquilo (el paciente) con Dios con la fe, con la esperanza que ya no va a tener dolor y que en esa dimensión va a estar bien y va estar encomendando y protegiendo a sus familiares en la tierra...Nos adelantamos para ir a otra dimensión, todos vamos a llegar, donde esta Dios... donde no hay sufrimiento.” ENF4

Afrontar la muerte es ir redefiniendo la esperanza, que ya no es de curación, sino de alivio del sufrimiento y de una muerte en paz (83). El paso de la muerte idealmente es un túnel y el paso a la otra dimensión la considera como una “Luz”, metafóricamente, la esperanza esa luz, una vida eterna, donde están todos los seres queridos que han muerto y donde espera reencontrarse con ellos.

Drane, J. (84) en su libro “Sufrimiento y Depresión” menciona, no deberían ser para nada motivo de sorpresa, en la cual la creencia en la vida eterna sea un componente central de

las religiones monoteístas. La esperanza de la vida eterna después de la muerte, es un anhelo dentro de la religión. A la vez hace mención cuando Platón considera a la muerte “como la liberación de las pruebas y liberaciones de la vida física”, refiriendo que su alma había existido antes que él naciera y existirá después que el muriese. Después de la muerte el alma enfrenta el juicio de Dios. Es así como la creencia de la vida eterna después de la muerte aparece algo perfectamente razonable (77).

2.2 COEXISTIR CON LA MUERTE MEDIANTE EL CUIDADO

2.2.1 IDENTIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO

El personal de enfermería coexiste con su paciente partiendo de diversas dimensiones entre ellas la identificación. En este transcurso de tan profundo valor, tanto para el paciente como para su familia, hace que el trabajo deba ser desarrollado al máximo de nuestras capacidades, llegando a identificarse tanto con el sufrimiento del paciente y con el dolor de sus familiares.

Para el profesional de enfermería, en ese instante tan difícil e importarte, concibe la idea, que es de trascendental importancia brindar cuidados, los cuales deben ser integrales, los que debe realizarse tanto al paciente como también al familiar acompañante, estos cuidados, están enmarcados dentro su propósito fundamental y medular de su misión, el cuidar del cuerpo, mente y espíritu, oportunidad única para dar lo mejor, con esmero. Con relación a ello se consideró a la siguiente subcategoría.

Busca entre el paciente y familiar su acercamiento, el acompañamiento conjunto en estos momentos únicos, los cuales van a quedar grabados para siempre en el recuerdo de los familiares. Es así como lo expresan los siguientes entrevistados:

“...Para mí fue el hecho que marcó y sigue viviendo en mí ese momento... Entonces en esos momentos no le puedes decir nada; porque también te sientes relacionada, lo sientes... Porque nos puede pasar a nosotras...” ENF1

“...Cuando un paciente terminal está falleciendo, está agonizando, se siente el dolor del familiar... ENF3

“...se vive la muerte con ellos, siento un poquito de identificación... hay un tiempo de pena...ya no va estar sufriendo, se ha visto que los pacientes tanto se aferran a la vida, están un tiempo allí, a veces con oxígeno, tanta dependencia, sufren, tienen bastante dolor; a pesar de los analgésicos potentes,” ENF4

“...lo sientes como una persona a quien quieres o un familiar... como si fuera alguien cercano...” ENF 6

“se siente como si fuera un familiar, la verdad que para mí me ha llevado muchos momentos de lágrimas sinceramente” ENF 8

Hay una identificación con la persona, al decir “te sientes relacionada... lo sientes...” “siento un poquito de identificación”, como lo menciona ENF 1 y 4 respectivamente, pues ella también

ha sufrido esos momentos, pues si ella tuvo una situación semejante entonces cualquiera es capaz a aceptarla y esta consiente que la persona necesita de ayuda ante esos instantes, necesita de sus seres queridos y ella es parte de ese entorno.

La base del quehacer de la enfermera es el contacto con el otro y la misma dimensión humana de la enfermera ejerce influencias en su ser en los momentos compartidos que le afectan. Ya la vez inherente a su humanidad revive en ella sucesos anteriores como parte de su historia de vida relacionándolo en ese instante con lo acontecido actualmente con su paciente, llegando a una identificación con ese momento con los familiares que están sufriendo esa pérdida.

Así mismo de “vivir la muerte con ellos” a pesar de relacionar ambiguamente dos palabras aparentemente opuestas, resulta válido pensar en ello, pues ella desde su realidad humana ve el transcurrir de ese proceso, y literalmente vive la muerte de su paciente con todos sentimientos, sus angustias inherentes al proceso (85).

2.2.2 CUIDADO HUMANIZADO COMO UN ARTE DE CUIDAR.

La Profesión de Enfermería, se basa en el cuidado, bajo teorías, prácticas y ética, pero lo más importante es la calidad humana de cada profesional, la moral, el amor por su carrera y el deseo de realizar una buena práctica de enfermería, empatía, responsabilidad y el ser humanitario, espiritualidad, conocimientos entre otros, que son características propias de cada profesional de enfermería, transformándolo en el arte de cuidar.

“...siempre trato de que tengan una muerte digna, con calidad de vida, y.... procuro que no tenga dolor, que estén rodeados siempre de un familiar, un ser querido; les digo reciénles, denle la mano, háblenle al oído, ¡dígame que están allí, que los quieren, que estén tranquilos ¡que siempre van a estar unidos. Entonces trato de que ellos tengan un último contacto, que les quedé un recuerdo, un recuerdo bonito de ese momento, que si bien es cierto es triste, pero después con el tiempo, te pones a pensar, y dices estuve con él, lo ayudé, lo acompañé...” ENF 1.

“...le di la mano, y le hablé al oído, le dije... la virgen te está esperando, camina no más camina hacia ella, y cuando la señora iba a fallecer me dio un apretón de manos, así (se coge las manos fuertemente) y...me dijo ¡gracias, se cumplió...!” ENF 2

“...acá somos enfermeras que entablamos una amistad con el paciente, los conocemos y ellos nos conocen, nos llaman por nuestros nombres y nosotros también los llamamos por sus nombres, es distinto a otros servicios. ...yo quiero que el paciente se muera sin dolor muera en paz tranquilo, con sus familiares a su lado que estén hablándole, me incomoda bastante que el familiar se ponga a gritar ¡señorita! ¡Señorita! ¡Haga algo!, eso sí me incomoda...” ENF 3

“...se vive la muerte con ellos ... siente el apoyo físico, tal vez no pueda hablar, pero con el toque sienta que físicamente estamos allí, que lo estamos apoyando. Al paciente yo le brindo, apoyo emocional, le digo señor... cuando está agonizando, le doy el toque, le doy

mi mano, una caricia, en su cuerpo, su mano, su frente, que sienta que estamos allí con él, que él sienta que no está solo, que tiene apoyo tanto de la enfermera, del personal de salud...” ENF4

“...En oncología llegas a conocer al paciente, entorno, familia, pensamiento y su sufrir. Ves al paciente como entra y como se consume paulatinamente... cada paciente, tiene una historia, una vida, familia, circunstancias; muchas veces que por más que seas enfermera, sientes de alguna manera la muerte de las personas. Los meses de convivencia, hacen que te encariñes con ellos, te relacionas, entras en esa empatía y al momento de fallecer definitivamente te toca de alguna manera, por lo menos a mí, cuando el falleció, fue como si hubiera fallecido un familiar... me he sentido afectada; por la misma interrelación de llegar a convivir con ellos tanto tiempo, ... esos niños llegaron a robarse mi corazón, mi tiempo, yo terminaba de trabajar y me ponía a jugar con ellos, a contarle cuentos en la noche, arroparlos, como a mis hijos... yo les llegue a tratar como si fueran mis hijos, hacia las mismas cosas que hacía con mis hijos. Yo pienso que la enfermera debe tener definitivamente un grado de empatía con el paciente, con profesionalismo...siempre trato de evitar el sufrimiento del paciente, el sufrimiento en todo momento, por ejemplo, los cambios posturales, que evitan que se formen escaras al paciente ...ENF 7

“...muchas personas te dicen no, no hagas ese vínculo de familiaridad con el paciente, porque eso genera más dolor, pero a veces es difícil no ser sensible, siempre el familiar te va a buscar, porque eres la persona que está más cerca de ellos y te busca a ti, y es difícil rechazar, en el momento del sufrimiento, para mi es difícil... nosotros somos los que vemos más muertes que ningún otro servicio, nosotros hemos visto hasta tres diarios... trato de sobreponerme y dar en el momento la calidad de vida que se merecen, el tratamiento, las medidas de soporte que necesita las personas, dar el apoyo a los familiares...” ENF8

Lo anterior hace referencia a las demandas de un trato más humanizado, ante un desenlace inevitable como lo es la muerte. El profesional de enfermería entiende, que esta situación es muy difícil, una de las situaciones más significativas es poder tranquilizar al paciente y la familia (86). Por otro lado, teniendo en cuenta que un cuidado humanizado, tiene como componente primordial, el respeto por las creencias que muchas veces se asocian a algún pensamiento religioso (87), el profesional busca de la espiritualidad, la cual es concebida como la condición idea para desarrollarse el principio de bienestar espiritual, donde se brinda tranquilidad, paz, tanto de su cuerpo y su alma, el que brinda en la relación paciente-enfermera- familiar- entorno; significando una disposición para una vida futura, realiza diversas estrategias de intervención entre ellas el coordinar, pedir que recen, escuchar, orar, además del acompañamiento (78).

La espiritualidad en la profesión de enfermería implica la preocupación por el paciente en preparar en ese momento un ambiente terapéutico en su necesidad de cuidado físico, del acompañamiento, realiza un análisis del hacer en esos momentos reconociendo la importancia del cuidado espiritual que se debe dar a la persona en fase terminal, mediante la corporalidad de sus cuidados, donde la enfermera es capaz con sus gestos y cuidados, usando el lenguaje

verbal y no verbal transforma los estados de ánimo de manera positiva, haciendo de este instante un momento único y obtener el bienestar espiritual (88-90).

Actualmente las enfermedades crónicas terminales, van en aumento, donde el cuidado de las personas es inherente al profesional de enfermería, de esta manera dicho profesional será el más solicitado en un futuro no muy lejano. Durante su cuidado, la enfermera experimenta una Espiritualidad Sensorial (91).

Como lo define Herrera B. (92), que ese instante es donde la enfermera ofrece a los receptores de cuidado y a los cuidadores una tregua de bendición para sus mentes y cuerpos. Refiriendo así a un “cuidado espiritual”, Herrera operacionalizó un esquema de asistencia, en la cual incluyo lo mental y lo espiritual, a su vez contempló aspectos emocionales, espirituales, de desarrollo, cognitivos y comportamentales de los pacientes y sus familiares.

Este acontecimiento vivido en conjunto enfermera-paciente, en su lecho de muerte, en ese instante están ambos coexistiendo de manera conjunta, complementariedad absoluta e importante donde preexiste en ella sus experiencias pasadas su experiencia persona, comprendiendo el orden de la espiritualidad, de la vida y su continuidad, conllevar a fortalecer su espiritualidad, sus creencias en un ser superior, además fortifica sus valores, aumenta su fe y concibe las necesidad de sus creencias ante una vida futura (92-95).

2.3 DESCANSO A SUS SUFRIMIENTOS

Los pacientes oncológicos suelen estar sometidos a duros tratamientos terapéuticos que varía según el cuadro clínico que presenten, lo que genera sufrimiento propio y a su familia. Es por ello que, para el profesional, es el fin de su dolor y sufrimiento. Como lo demuestran los siguientes párrafos:

“...que se acaba los dolores, que se acaba el sufrimiento, y que en realidad que el sufrir queda para los familiares, ellos ya no sienten ningún dolor, ya no sienten ninguna angustia, el dolor lo sentimos nosotros, la persona que se queda...en el caso cuando una persona está enferma tú dices, Dios mío, bueno ya está descansando...”
ENF2

“... se ha hecho todo, el paciente ya no va estar sufriendo...” ENF 4

“... mira así para serte sincera, en un paciente que está sufriendo... yo me enfoco más al paciente oncológico, que está sufriendo que está en fase terminal... para mí, la muerte es como un descanso.... se acabaron sus dolores, se acabó su sufrimiento...” ENF 5

“... me dio mucha pena que muriera, pero en el fondo sentí que él había descansado de todo su sufrimiento... murió... pero gracias a Dios ya no está sufriendo, pienso que Dios creo eso, la muerte como una etapa final, también para que nuestro cuerpo descanse. Es algo difícil, de aceptar y algo difícil de conceptualizar... pero gracias a Dios ya no está sufriendo...he empezado de ver de esa forma, ... pero en si es difícil... en el fondo sentí que él había descansado de todo su sufrimiento, es un descanso para él, para el paciente en fase terminal, Dios ya ha dejado de hacerle sufrir, trato de darles ese consuelo a los familiares... que ese tipo de pacientes la muerte es su descanso de la persona...” ENF6

“...el paciente oncológico sufre mucho, el dolor que es una de las características principales, con mucha tristeza te puedo decir... que todavía no aprendemos a manejar el dolor, porque... para mí sería óptimo que la unidad de terapia del dolor pase visitas todos los días a los pacientes de oncología, no solamente la interconsulta por un paciente que tiene dolor y hasta una o dos semanas no lo logran controlar. La unidad de terapia del dolor debería ser una unidad que trabaje mancomunadamente con oncología y en especial en hematología pediátrica, donde hay niños terminales y la percepción del dolor no la sabría describir, si el dolor te acompaña hasta los últimos momentos de tu vida que tipo de muerte vas a tener... entonces es alivio a ese dolor...” ENF7

“...tú lo ves como que... bueno ya se puede ir, tú le das las facilidades para que esté tranquilo... saber que esa persona ya no está sufriendo, pero hay personas que agonizan muchos días, a pesar del narco sedación que se les inicia, en este tiempo con tanta tecnología ya no debe de haber agonía, ni sufrimiento, pero lo hay, todavía lo hay...” ENF8

La pérdida abarca a la pérdida del dolor, concibe que ya no hay más dolor, como fin de su sufrimiento. Ante su preparación profesional de proteger la vida y ser testigo de su sufrimiento y dolor que lo acompaña día a día, supone la muerte como un descanso a su sufrimiento, que ya se puede ir. Es así que la persona adulta ha cumplido su proceso de vida se ha desarrollado personalmente por lo tanto ya vivió y le es permitido morir. De tal manera estas emociones tienen relación indirectamente proporcional a la edad del paciente, siendo que a menor edad son acrecentados estos sentimientos.

Vista desde la espiritualidad, en conjunto con la religiosidad, donde sus dogmas más esenciales acompañan en el quehacer diario del enfermero creyente, la muerte se caracteriza como descanso, un descanso donde ya no hay sufrimiento, ni dolor. Del mismo modo lo refiere el Apóstol San Juan, en el libro más leído de la historia humana, las Sagradas Escrituras¹⁵⁴; al caracterizar la muerte del lázaro, refiriendo que está dormido, simbolizando a la muerte como un descanso. Y a su vez este sagrado libro, nos hace referencia al anhelo y la esperanza de una vida eterna (97,98).

El profesional acepta, porque considera que la muerte es parte del fin de sus dolores y es la ruta más cercana para aliviar ese dolor. Existen condicionantes entre ellas la edad y forma de morir, el personal ante la muerte de una persona adulta o adulta mayor acepta fácilmente su muerte, considerándolo como un ser que ya vivió. Porque ésta ya no significa un quiebre en su

desarrollo en sus metas, sino que representa el descanso, y más aún si actualmente hay dolor y sufrimiento, en estas circunstancias la muerte es esperada.

La formación profesional de enfermería ha sido evolutiva al respecto mientras antes se evitaba comprometerse en esos momentos únicos, mientras actualmente se le es permitido mostrar sus sentimientos de una forma terapéutica (99).

CATEGORÍA III: RESILIENCIA DE LA ENFERMERA

Como tercera dimensión se identificó a la Resiliencia ante la muerte, en relación con el análisis de los datos y comparación de la bibliografía, la muerte trasciende su concepto desde el ámbito personal, la formación como profesional hasta el yo enfermera. Como resultado de esta categoría, se desarrolla las siguientes subcategorías: Evolución del significado de la muerte, valorar la vida, y preparado para morir.

Desde un inicio, la historia de vida de cada una de las enfermeras del servicio de oncología, esta persona posee antecedentes propios; vividos, ya sea en su niñez o en alguna etapa de su vida, pues tienen su propia historia de vida, acontecimientos que han marcado su significación ante la muerte. Luego la formación como profesional, el diverso bagaje de información y conocimientos adquiridos durante su adiestramiento han conllevado, como enfermera, el auto trascienda de la significación de muerte (100).

3.1 EVOLUCIÓN DEL SIGNIFICADO DE LA MUERTE

El proceso de manejar una pérdida profunda en nuestras vidas, y la destreza de encontrar un cambio a través de la transformación espiritual; a su vez, la conversión religiosa o el cambio espiritual, traen como resultado, que el profesional de enfermería, quienes afrontan el sufrimiento de la muerte redescubre el significado de la vida, tratando de esta manera comprender el más allá.

De esta manera, la resiliencia y la autotrascendencia, está relacionada de forma positiva con el bienestar, este bienestar tan anhelado se encuentra valorando la vida que traspasa los límites de lo profesional, sino que forma parte de su ideal de vivir, así lo demuestran los siguientes discursos:

“... Mira no tengo miedo a morir, yo siempre, he pasado por muchas cosas, eh sido padre y madre... no tengo miedo, de chiquita tenía mucho miedo a la muerte, pero conforme iba pasando el tiempo, mira ahora ya no ...” ENF 2

“... Ha ido cambiando mi forma de pensar, al inicio en el servicio, para mí era muy difícil, una muerte significaba una depresión, para mí significaba estar una semana

mal, de repente cuestionarme... si le hubiera hecho esto, si no le hubiera hecho lo otro, haberle dado un poco más de tiempo y sentir pena, apenada por esa persona, pero al transcurrir de los tiempos cuando he visto personas que han sufrido mucho, he dicho ... bueno Dios ya lo dejado de hacerle sufrir, trato de darles ese consuelo., de asimilar, de superarlo...realmente en la universidad si nos hablaron de la muerte, nos hablaron como una etapa final como algo que tiene que ser... pero no como una etapa que tú vas afrontar por el mismo contacto que debes tener, porque para mí fue ... muy traumático ... no estuve preparada para enfrentar la muerte, mi formación pregrado no me ayudó...” ENF6

“hace que tengas otra visión de lo que es la muerte ...he llegado al punto de no tenerle miedo a la muerte, no le tengo miedo, porque cada día que me levanto, yo le agradezco a Dios, en especial de poder estar con mis hijas, de poder, abrazarlas, ir a trabajar, ver a los pacientes y estar aquí...” ENF 7

El concepto de muerte puede variar de acuerdo con el desarrollo psíquico y afectivo de cada persona, dependiendo también de su cultura y entorno por lo que se considera un proceso (101).

3.2 VALORAR LA VIDA

En el fin de su existencia, de su futuro, de su propósito, de la mortalidad de la persona. El estar en cercanía de la muerte, estar permanentemente en contacto con ella, como parte diario de su hacer de enfermería, trae como consecuencia valorar la vida, es así como lo demuestran, los siguientes párrafos:

“... El sentir de la muerte es la valoración de la vida... ahorita que estoy en el servicio de oncología, valoro más la vida, cada día, hay que disfrutarlo porque realmente no sabemos que nos pueda pasar, me ha ayudado bastante en la parte personal, profesional y en mi hogar; la valoro todos los días. Trato de ser mejor, de dar lo mejor de mí porque son vidas a partir de eso me ha ayudado bastante y trato de estar bien. Si en algún momento me llegara la muerte, mi alma tiene que estar en paz, tratar de no pecar... entonces me da fortalezas... Las enfermeras siempre necesitamos estar en paz, para dar fortalezas a los pacientes... me siento ya preparada... si personalmente. ENF4

que me dijeran... bueno pues... te queda tanto tiempo de vida... lo disfrutaría, trataría de dejar todas mis cosas en orden, pero no me aferraría a un padecimiento mayor por tener más días de vida. ENF 7

Es un sentimiento de pena, estoy triste, me afecta un poco pero luego me pasa, pero al final me ayuda en si... porque me enseña a ser más humana, a tener más tolerancia, a ver de otro punto de vista la vida... más tolerancia... de compartir con los demás. ENF 8

Las acciones de cuidar (93) además de ser objetivo principal como profesional enriquecen espiritualmente en su ser como persona, en su cuerpo- alma, de esa dualidad que es creyente y está segura de que existe, ayudará a fortalecer a sí misma y hacia las personas que le rodean.

3.3 PREPARADO PARA MORIR

El profesional, se siente preparado ante este suceso, porque es él quien está más inmediato ante este hecho, ha recibido tantas experiencias en lo personal y en el ámbito profesional, que

esas múltiples ocasiones le han servido para resaltar su humanidad y ser consiente que ese momento también le llegará. Así lo demuestran los siguientes discursos:

“...Ante mi propia muerte creo que estoy preparada, de tantas experiencias que tengo, me siento preparada... incluso he llegado a pensar que si mi madre algún día llegara a tener una enfermedad que nosotros no podemos hacer nada y si es que el doctor me dice que va a llegar a estar en un ventilador mecánico, pues yo prefiero decirle que lo deje allí nada más... Porque sé que ya no va a dar más... ha tenido muchos momentos felices ...” ENF1

“...si bien es cierto es triste, pero después con el tiempo, tú te pones a pensar, y dices estuve con él, lo ayudé, lo acompañé.... me quedó algo gratificante que el niño no tuvo miedo al final a la muerte, como que tuvo la esperanza, que iba hacia un encuentro mejor, hacia un camino mejor... siempre es bueno que las enfermeras hablemos de la muerte, para poder estar un poco preparadas para nuestros pacientes, para acompañar, en la última etapa de su vida, yo pienso que es la más importante de toda su vida porque es adónde vas a ir, adonde vas a llegar...” ENF2

“...y si me preguntas ya estoy preparada para la muerte? yo creo que sí, ya estaría, pero ya depende de Dios... es decir preparado en, tener ordenado sus cosas, tener reparado su casa, preparado en la parte espiritual; siempre, porque las enfermeras siempre necesitamos estar en paz, para dar fortalezas a los pacientes, es una gran tarea...” ENF 4

“...les estoy preparando para ellos... si en algún momento me llega la muerte lo voy aceptar, me voy a morir tranquila... al menos a mí la tranquilidad que me daría es que mis hijos queden protegidos ... aceptarlo porque es algo que se va a dar, en cualquier momento lo voy asumir, no sabemos cuándo, no sabemos si en un accidente o con una enfermedad, somos personal que está expuesto en cualquier momento podemos adquirir muchas enfermedades y estar conscientes que en cualquier rato nos puede pasar algo...” ENF6

“...trato de tener mis cosas en regla, las cosas ordenadas de preparar a mis hijos para eso, darles esa independencia, ...yo estaré preparada. Creo que sí estaría preparada en un determinado momento, yo creo que podría afrontarlo adecuadamente, porque veo la madures en mi pareja... si Dios decide, creo que lo podría afrontar...” ENF 8

Se siente preparada porque es consiente que es un proceso del cual todos en cualquier momento va a ocurrir, se siente preparada por que ella y las personas a las que cuida son seres espirituales, se ha desarrollado como persona, no solo el desarrollo de ella sino desde la perspectiva de la muerte del otro, considerando de la misma manera asumir dicha preparación ante la muerte de sus seres amados (102,103).

La realidad continúa demostrando que la muerte es inherente a todos, en algún momento y lugar, más aún en el contexto del cuidado que implica de forma imperativa acompañamiento, valor y aprecio por la vida. Debiendo aprender a mitigar el sufrimiento sin perder el equilibrio entre lo terapéutico y los sentimientos con el fin de sobre llevar la carga emocional del trabajo de ser enfermera.

Conclusiones

El diálogo sobre la muerte establecido en esta investigación con los profesionales de enfermería en el contexto del cuidado del paciente oncológico ha develado que este suceso humano, constituye un desafío para los enfermeros, considerando que el sufrimiento, dolor y

dificultad ante el desprendimiento de otro, reta las intervenciones del enfermero profesional, toda vez que poco se desarrollan estrategias o protocolos que por lo menos orienten el actuar que debe exhibir el enfermero antes esta dura situación, como es el morir o ser consciente de estar muriendo. Cada una de las expresiones extraídas en los discursos de las enfermeras denotan la necesidad de establecer mayores debates de cómo los enfermeros pueden dar mayor humanidad a este momento en los escenarios de cuidado, enfatizando que muchas veces no saben que decir o como decir al familiar que su paciente está muerto, provocando muchas veces, una autopercepción, de tener actitudes que se interpretan como falta de empatía, sensibilidad o incompetencia antes este evento, pero que los enfermeros han declarado que lo que sucede es que no saben cómo apoyar, aliviar o dar soporte a la familia, lo que puede provocar cierta frustración y sensación de deber no cumplido.

Otro aspecto emergente, se traduce en la vigencia de concebir el cuidado en la muerte como una dualidad entre cuerpo y espíritu, lo que implica que los enfermeros más allá de intervenciones propias de la terapéutica clínica deban implementar acciones de mitigación del impacto de esta en la familia, apelando a la fe en Dios, la lucha constante, la necesidad del descanso en paz o liberación del sufrimiento. En este sentido el profesional de enfermería debe mantener una relación de ayuda, soporte y al mismo tiempo respetar sus creencias, costumbre y concepciones que sobre la muerte tiene la familia, facilitando que puedan mantener sus rituales.

El enfermero debe procurar el buen morir que se traduce en una serie de comportamientos de cuidado necesarios para que la experiencia del paciente y su familia tenga un desenlace de aceptación y resignación ante lo inevitable, lo que resulta gratificante y satisfactorio para el personal de enfermería, considerando que ha brindado un cuidado integral, personal y humano. Estos comportamientos humanos asumidos por los enfermeros requieren de una profundización sobre la corporalidad que le permite comprender que la persona a su cuidado no solo es cuerpo, sino que con la muerte se transforma en ente cargado de espíritu, que se debe saber apreciar.

Una de las expresiones de consuelo más comunes utilizadas por los enfermeros ante la muerte de un paciente, es que este “ya dejó de sufrir y ahora descansa”, sin embargo, esta expresión podría encerrar percepciones extremas entre frialdad o empatía, en la familia. En este sentido, los profesionales de enfermería reconocen que saber cómo apoyar a la familia ante el evento de la muerte, depende de varias condiciones, como: la edad del paciente, indicando que

es diferente cuando es un niño que un adulto mayor; el tiempo de enfermedad, que implica verlo sufrir mientras mayor es la estancia; la intensidad de la terapéutica, que muchas veces implica procedimientos muy dolorosos, invasivos o de soporte prolongado de las constantes vitales.

La muerte es un evento para lo cual los enfermeros no se preparan, lo que genera intervenciones más humanas basadas en el sentido común y los valores propios de estos profesionales, que en actos reflexivos propios de la integración de los patrones de conocimiento, ético y estético que debe caracterizar el actuar enfermero en el cuidado. Pero esto no es responsabilidad de los mismo, tal como los participantes lo destacan, sino que es el significado social e institucional que se le da a este proceso de la muerte lo que el sistema de salud no comprende, lo que limita la actuación de los enfermeros.

Recomendaciones

Los profesionales de enfermería deben capacitarse en forma continua para tener una mayor facultad y dar mayor soporte en la muerte de su paciente sea cual fue el escenario sobre todo hospitalario, para brindar un cuidado humanizado y ayudar en el buen morir de las personas.

Las instituciones formadoras en todos sus programas instructivos deben incluir temáticas para que el enfermero esté preparado no solo en el “hacer” que demanda el proceso de morir sino también en sobre llevar ese momento en forma adecuada tanto en sus pensamientos y emociones que no afecten su propia salud mental al brindar los cuidados pertinentes. Tener conocimiento sobre el proceso del duelo, la corporalidad, el acompañamiento, espiritualidad del cuidado, Tanatología temas que deben ser incluidos en la malla curricular desde el nivel pregrado hasta especializaciones, debido que la muerte es un acto inherente a la vida humana y como enfermeros se debe estar preparados.

En las instituciones laborales se debe de crear un equipo terapéutico en donde se puedan expresar los sentimientos, experiencias y dudas con el fin de sobrellevar la carga emocional que implica el trabajo diario de los profesionales de salud. Además, brindar programas de capacitación continua en temas relacionados a tanatología, manejo del estrés laboral y temas relacionados que ayuden a brindar los cuidados pertinentes en dicho momento.

Los resultados de esta investigación deben ser tomados por todos los gremios de enfermería y por las instituciones formadoras, como puntos de partida para enriquecer la base epistémica de la ciencia de enfermería y base para futuras investigaciones relacionadas.

Referencias

1. Fernández Pérez M. Ansiedad y temor a la muerte en profesionales y estudiantes de Enfermería de Extremadura. dehesaunexes [Internet]. 2016 [citado 2023 Nov 03]; Disponible en: <https://dehesa.unex.es/handle/10662/3856>
2. Tau R. El desarrollo de la comprensión infantil de la muerte humana [Internet]. sedici.unlp.edu.ar. 2017. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/61728>
3. García Ramírez, Itzel Yeneimi. Duelo, miedo a la muerte y al COVID-19, en habitantes del Valle del Mezquital, Hidalgo. Uaehedumx [Internet]. 2022 [citado 2023 May 13]; Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/handle/231104/2923>
4. Wilson Neal K. Using Margaret Newman's Health as Expanding Consciousness to Explore Pediatric Nurses' Pattern Recognition Process. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2022 Feb 1;36(1):101–16.
5. Edwards-Maddox S, Cartwright A, Quintana D, Contreras JA. Applying Newman's theory of health expansion to bridge the gap between nursing faculty and Generation Z. *Journal of Professional Nursing*. 2021 May;37(3):541–3.
6. Castro Jaraba RA, Ensuncho Piñeres YE. Actitudes ante la muerte y su relación con la desesperanza en una muestra de los municipios de Caucasia y el Bagre Antioquia: estudio correlacional. *bibliotecadigitaludeaeduco* [Internet]. 2021 [citado 2023 May 13]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/20375>.
7. María J. Consideraciones bioéticas al final de la vida en la unidad de cuidados intensivos: aplicación del modelo de Callista Roy con enfoque paliativo basado en un estudio de caso. *Unisabanaeduco* [Internet]. 2019; Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/38524>
8. Gala León F.J., Lupiani Jiménez M., Raja Hernández R., Guillén Gestoso C., González Infante J.M., Villaverde Gutiérrez M^a. C. et al . Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2002 Oct [citado 2023]; (30): 39-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004&lng=es.
9. Carreño-Moreno Sonia, Arias-Rojas Mauricio, Arredondo Holgín Edith. Tendencias investigativas de enfermería en personas con cáncer. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2022 Sep [citado 2023 Mayo 12] ; 38(3): e4450. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643192022000300016&lng=es. Epub 01-Sep-2022

10. Sevilla Casado M. Cuidando en cercanía de la muerte. Aportaciones desde la teoría fundamentada [Internet]. www.tdx.cat. 2013 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/127109>
11. Estrada-Acuña RA, Mora CVG, Arzuaga MA. Aproximación al análisis de datos cualitativos en Teoría Fundamentada desde la perspectiva clásica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social* [Internet]. [citado 2023 May 13];(20):19–37. Disponible en: http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/aproximacion_al_analisis
12. Lima-Rodríguez Joaquín Salvador, Asensio-Pérez M^a de los Reyes, Palomo-Lara Juan Carlos, Ramírez-López Encarnación Bella, Lima-Serrano Marta. Reasons for deciding to die in hospital or at home. The vision of professionals. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 Ago [citado 2023]; 32(4): 362-368. Disponible n: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400362&lng=es. Epub 07-Dic-2020. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.005>.
13. Oscar T, Zambrano T. CIRCUNSTANCIAS QUE FAVORECEN EL DUELO SILENTE T E S I N A ELOISA BERTHELY PEREZ [Internet]. [citado 2023 Disponible en : <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/232%20circunstancias.pdf>
14. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Google Books. Universidad de Antioquia; 2016 [citado 2023 May 13]. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Bases_de_la_investigaci%C3%B3n_cualitativa/0JPGDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Bases+de+la+investigaci%C3%B3n+cualitativa.+T%C3%A9cnicas+y+procedimientos+para+desarrollar+la+teor%C
15. Vargas E. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* ; 16(1): 37-44. 2008
16. Sánchez-García MR, Moreno-Rodríguez M, Hueso-Montoro C, Campos-Calderón C, Varella-Safont A, Montoya-Juárez R. Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. *Atención Primaria*. 2017 May;49(5):278–85.
17. González G. Concepto, significado del acto de morir y consecuencias en el cuidado que expresan las enfermeras de Chihuahua, México. 2014
18. Ortega Galán ÁM, González de Haro MD. El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Medicina Paliativa*. 2016 Apr;23(2):93–8.

19. Lomas Amagua FC, Ubieda Masabanda TP. Efectos de la fatiga por compasión en cuidadores de pacientes paliativos. Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual en 24 profesionales de la salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito durante el período 2020. repositoriopuceeduc [Internet]. 2020 Dec 15 [citado 2023 May 13]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/18951>
20. Kastenbaum R. Death, Society and Human Experience (1-download) [Internet]. Google Books. Routledge; 2015 [cited 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=rr86CgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Death>.
21. Kalish RA. Death and Ethnicity: A Psychocultural Study [Internet]. Google Books. Routledge; 2019 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tJ6RDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&ots=TzAztWgGg4&sig=RJZDjYjrFX7YQbzLOcL63ykZiDM#v=onepage&q&f=false>
22. Ignacia P, Palma D. CUIDADOS PALIATIVOS: HISTORIA Y DESARROLLO [Internet]. Available from: <https://www.paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CuidadosPaliativosHistoriaydesarrollo.pdf>
23. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ*. 2002 Apr 13;324(7342):905–7.
24. Farman A. On Not Dying: Secular Immortality in the Age of Technoscience [Internet]. Google Books. U of Minnesota Press; 2020 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=singDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&ots=frDvbDE6LM&sig=Bm1SRw3JNaDsReWAZExFDubqdZQ#v=onepage&q&f=false>
25. Fernández FJL, Gázquez AE. Gestión Administrativa de cuidados [Internet]. Google Books. ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana); 2016 [cited 2023 May 15]. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xn8qDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA133&dq=Jomain+:+Muerte+Lenta+y+Muerte+S%C3%BAbita.+La+muerte+lenta+&ots=GCuK-9Lwd4&sig=BrbyPnql01LAec_Vbaj8opB4rc#v=onepage&q&f=false
26. Slaikou, K.A. Intervención en crisis. Ed. Manual Moderno. México: 1988.
27. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M.C. & Carballal Balsa, M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Ed. Elsevier, España: 2009.
28. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Google Books. Elsevier Health Sciences; 2018 [citado 2023 May 15]. Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Marri+ner+A>

29. TORRES S. Expanding the gerontological imagination on ethnicity: conceptual and theoretical perspectives. *Ageing and Society* [Internet]. 2014 Dec 9 [citado 2023 May 16];35(5):935–60. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/expanding-the-gerontological-imagination-on-ethnicity-conceptual-and-theoretical-perspectives/E673122807B672AEF48D01B90CC059DF>
30. Beckstrand R, Kirchoff K. Providing End-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care Estados Unidos*: 2005.
31. Vega V Paula, González R Rina, Bustos M José, Rojo S Leticia, López E María Eugenia, Rosas P Amaia et al . Relationship between grief support and burnout syndrome in professionals and technicians of pediatric health. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [citado 2023 Mayo 13] ; 88(5): 614-621. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000500007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500007>.
32. José P, Bustos A, Rafael S. Fenomenos cadavéricos y el tanatocronodiagnóstico cadaveric phenomena and postmortem interval [Internet]. [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/70619/6906851.pdf?sequence=1>
33. Near-Death Experiences (NDEs) [Internet]. The Study Of Paranormal Experiences And Research. [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://www.paraspear.com/near-death-experiences-ndes.html>
34. Lewis A, Bakkar A, Kreiger-Benson E, Kumpfbeck A, Liebman J, Shemie SD, et al. Determination of death by neurologic criteria around the world. *Neurology* [Internet]. 2020 Jul 21 [citado 2023 Jan 28];95(3):e299–309. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32576632/>
35. Walter T. Death in the Modern World. *Death in the Modern World* [Internet]. 2020 [citado 2023 May 13];1–312. Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5017918>
36. Eliecer N. Representaciones sociales sobre la muerte: miradas desde el sentido común como sistema cultural. *Udistritaleduco* [Internet]. 2019 [citado 2023 May 15]; Disponible en: <https://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/14897>
37. Lamb D. *Death, Brain Death and Ethics* [Internet]. Google Books. Routledge; 2020 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=krjwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&ots=GPRmbN4MZ1&sig=bElrDYrMGZQp8NTPOXzLX0laZIg#v=onepage&q&f=false>

38. Leming MR, Dickinson GE. Understanding Dying, Death, and Bereavement [Internet]. Google Books. Cengage Learning; 2020 [citado 2023 May 13]. Disponible: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GQfFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=_MB-ylWInB&sig=ouAAZokm8VTToNXprwG5Ag9pGMFw#v=onepage&q&f=false
39. Herrera O, Delgado F, Yanet M, Suárez Revol, Dianelis, Herrera O, Delgado F, et al. Referentes teóricos que sustentan la actuación de Enfermería en el cuidado a pacientes con cáncer. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2022 [citado 2023 May 15];38(1):- . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100019
40. Ezquerria MA. La lexicografía plurilingüe del siglo XVIII [Internet]. Google Books. Liceus, Servicios de Gestió; 2005 [cited 2023 May 13]. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iXykoSUIU7gC&oi=fnd&pg=PA2&dq=De+Sa+las+P.+Compendium+latino-hispanum&ots=40Ho-Khro-&sig=ULY_hZg-3IDwLOlIDHTo5SwMj14#v=onepage&q&f=false
41. Satisfaccion Del Cuidador Familiar De Pacientes Atendidos En Servicio De Emergencia Acerca Del Cuidado Enfermero Satisfaction Of The Family Caregiver Of Patients Cared For In Emergency Departament Regarding Nurse Care [Internet]. 2021 [citado 2023 May 15]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/10340/Satisfaccion_RiveraMerdrano_Wilson.pdf?sequence=1
42. McCord JS, Morse RS. Thanatology. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. 2021;5001–12
43. Teijeira, J. *El Final De La Vida Humana*. Ed. Nuestro Tiempo. España: 1971.
44. Sanchís Fernández L, Sanchís Fernández L. Afrontamiento del miedo a la muerte [Internet]. *eprints.ucm.es*. 2017 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49449/>
45. Bermejo JC. Espiritualidad y salud. *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião* [Internet]. 2021 [citado 2023 May 13];1202–2. Disponible en: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/28608>
46. Lin Y, Zhou Y, Chen C. Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*. 2023 Mar 6;12(1).
47. Montt C. Narrativas y significados en torno a la muerte en profesionales de enfermería de unidades de cuidados paliativos (CL). *Psiquiatr salud ment* [Internet]. 2018 [citado 2023 May

- 13];187–95. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000325?lang=es>
48. Aguirre Orozco C, Uribe Machado Y. Experiencias del profesional de enfermería en la atención del paciente adulto con cáncer durante la quimioterapia. *bibliotecadigitaludeaeduco* [Internet]. 2021 [citado 2023 May 13]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/10495/20953>
49. Kübler-Ross E. La rueda de la vida [Internet]. Google Books. Penguin Random House Grupo Editorial España; 2013 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yA05AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=K%C3%BCbler+E.+La+rueda+de+la+vida&ots=ut827Tk-0v&sig=k-3x4AvHkGHQ63APs-BA2IToHhs#v=onepage&q=K%C3%BCbler%20E.%20La%20rueda%20de%20la%20vida&f=false>
50. Kalish R. Death and Dying: Views from Many Cultures [Internet]. Google Books. Routledge; 2019 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aKWbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT14&dq=Kalish>
51. Moreras J. Socio-antropología de la muerte : nuevos enfoques en el estudio de la muerte. Socio-antropología de la muerte [Internet]. 2019 [citado 2023 May 13];1–296.Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/4546290#page=199>
52. Savater, F. La muerte antropomorfa, en *Claves de Razón Práctica*, nº 100, pp. 10-12. 1 999.
53. Hilda SJ Maráa. Relaciones familiares: Crisis y cambios generativos [Internet]. Google Books. Editorial Universidad de Caldas; 2020 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=PdMDEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&ots=ldE0k-8XUn&sig=8VRjo7KCfFD8hvrkPAn5-avpEi8#v=onepage&q&f=false>
54. Duran-Badillo T, Maldonado Vidales MA, Martínez Aguilar M de la L, Gutierrez Sánchez G, Ávila Alpírez H. Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 Mar 14 [citado 2021 May 13];19(2):287–304. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/1695-6141-eg-19-58-287.pdf>
55. Miguel Donallo Rodríguez, Eutanasia y subjetivismo, *El Catoblepas* 200:8, 2022 [Internet]. www.nodulo.org. [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://www.nodulo.org/ec/2022/n200p08.htm>
56. Serra E, Abengozar M. Ancianidad y preparación para la muerte. España. 1995.
57. Gilsanz Rodríguez F, Guasch Arévalo E, Burgos Lázaro R, Montes J, Madrid L. [citado 2023 May 13]. Disponible en: https://www.radoctores.es/imageslib/doc/04-GILSANZ%20ET%20AL_reflexiones%20sobre%20la%20muerte.pdf.

58. Salazar -Maya A, Cardozo García Y, Escobar Ciro CL. Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2020 Jul 2;22.
59. Uribe Escalante MT. Dimensión espiritual en el ser humano. *Revista Universidad Católica de Oriente* [Internet]. 2021 Sep 16 [citado 2023 May 13];32(47):110–33. Disponible en : <https://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/340>
60. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Google Books. Universidad de Antioquia; 2016 [citado 2023 May 13]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=0JPGDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&ots=Ex72XleYZe&sig=OGmvahxA-pZrLQdtDPdt9A6hgM#v=onepage&q&f=false>
61. Estrada-Acuña RA, Mora CVG, Arzuaga MA. Aproximación al análisis de datos cualitativos en Teoría Fundamentada desde la perspectiva clásica. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social* [Internet]. [citado 2023 May 13];(20):19–37. Disponible en : http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/aproximacion_al_analisis
62. Contreras Cuentas MM, Páramo Morales D, Rojano Alvarado YN. The grounded theory as a theoretical construction methodology. *Revista científica Pensamiento y Gestión*. 2020 Mar 24;(47):283–306
63. Charmaz K, Thornberg R. The pursuit of quality in grounded theory. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2020 (3):1–23. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14780887.2020.1780357>
64. Martínez AEY -. La bioética personalista en la formación universitaria: el aporte científico de S.E.R Elio Sgreccia. *Vida y Ética* [Internet]. 2020 May 28 [citado 2023 May 15];20(2):81–8. Disponible en: <https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/VyE/article/view/3058>
65. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Ed. Jossey-Bass. Estados Unidos: 1981
66. Conner, S. & Routledge, T. *Denying and Defying Death: The Culture of Dying in 21st Century America* *The Gerontologist*. Oxford Journal, II(51), pp. 571-576.; 2011
67. Becerril E, Lourdes R, Trigueros Á. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia [Internet]. 2012. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

68. Yoffe L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate* [Internet]. 2003 Dec 1 [cited 2020 Nov 28];3(0):127. Available from: <https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2009.pdf>
69. Pichardo GLM, Diner K. La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la enfermería. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2010;55(3):161-166.
70. Barnes J. *The Noise of Time* [Internet]. Google Books. Knopf Doubleday Publishing Group; 2016 [cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7R-eCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT8&dq=The+Noise+of+Time+&ots=5ZWN707RQ7&sig=DG GZUw32s6 IDgFP9pap3uWjVSM#v=onepage>
71. Krishnamurti J. *Sobre la vida y la muerte*. Kayros India, 2012.
72. Carmona Z., Bracho de Lopez C. Death, mourning and their effect on health teams. *Revista de salud pública*. Cordoba, 2008. 14-23.
73. View of Feeling nurse after the passing of a loved one | Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. Udea.edu.co. 2023 [cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/6397/6054>
74. Neimeyer, RA. *Manual de ansiedad ante la muerte: investigación, instrumentación y aplicación* (1ª ed.). Taylor y Francisco. 1994
75. Santrock, J. W. *A topical approach to life-span development*, 3E. 2007. Ch, 5, 192.
76. Rodriguez, P. *Morir es nada : cómo enfrentarse a la muerte y vivir con plenitud*. Ediciones B. Barcelona, 2002
77. Eltrement, S *Le dualisme chez Platon, les gnostiques et les manichéens*, París 1947
78. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2006 Jul;15(7):811–21.
79. Costa JC da, Lima RAG de. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005 Apr;13(2):151–7.
80. Murray P. Death education and its effect on the death anxiety level of nurses. *Psychol Rep*. 1974
81. Nightingale, Florence *Notes on Nursing: What it Is, and what it is Not*. Ed. Lane library. Estados Unidos: 1860.
82. Taylor, C. , Lillis, C. , & LeMone, P. *Fundamentals of nursing the art science or nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott; 1993.

83. Mages NL, Mendelsohn GA. Effects of cancer on patients' lives: A personological approach. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology- A handbook. Jossey-Bass. San Francisco USA; 1979.
84. Drane J. Sufrimiento Y Depresión. Cómo la comprensión y la fe puede ser de utilidad. Editorial San Pablo. Colombia; 2009.
85. Francioni, M., La psicología fenomenologica di Eugenio Minkowski. Saggio storico ed epistemologico, Feltrinelli, Milano: 1976.
86. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. [cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027953006.pdf>
87. Vega V Paula, Rivera M Soledad, González R Rina. El transitar del sobrevivir al revivir: comprender la vivencia de padres y madres que han perdido a sus hijos a causa del cáncer. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2012 Jun [citado 2023 Nov 09] ; 83(3): 247-257. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000300006>.
88. Burkhart L, Solari-Twadell A. Spirituality and religiousness: Differentiating the diagnosis through a review of the nursing literature. Nursing Diagnosis 2001; 12 (2): 45-54.
89. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. Journal of Psychology and Theology 1983; 11(4):330-340. US; 1983.
90. Gil Acedo KI. La corporalidad en el cuidado de enfermería a la persona hospitalizada con cáncer en fase terminal y su familiar acompañante, Chiclayo 2013. tesisusatedupe [Internet]. 2013 [cited 2023 Nov 9]; Available from: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/451>
91. Espeland K. Achieving spiritual wellness: using reflective questions. Journal of Psychosocial Nursing 1999; 37(7):36-40.US; 1999.
92. Herrera S. Aquichan [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 9];4(1):6-9. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972004000100002&script=sci_abstract&tlng=en
93. Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Google Books. Elsevier Health Sciences; 2018 [cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=teor%C3%ADa+intermedia+%E2%80%9C9CDel+final+tranquilo+de+la+vida&ots=6>
94. Kolkaba, K., Kolkaba, R. J.An Analysis of the Concept of Confort. Journal of Advanced Nursing 16(11), 1301-1310. Estados Unidos: 1991.
95. Martínez Torres MY, Flores Bravo MC, Córdoba Ávila MÁ, Campos Castolo M, Mirón García J, Aguirre Gas H. Evaluación del conocimiento sobre los cuidados tanatológicos y su aplicación

- por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional. Revista CONAMED [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 9];15(1):4–14. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393099>
96. Rodrigues IG, Zago MM. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. Cienc Cuid Saude. 2012; 11(suplem.):31-38 Brasil; 2012
97. Alfonso ACR. SAN LÁZARO HABLA POR NOSOTROS [Internet]. Google Books. Adalberto Cirilo Ramos Alfonso; 2023 [cited 2023 Nov 9]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=uejcEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=lazaro+esta+dormido+san+juan+sagradas+escrituras+la+biblia&ots=8P4hcN-6Yb&sig=l-PDQEc9Dw4Je28pTYWtrMD1qIo#v=onepage&q&f=false>
98. La Santa Biblia. Versión King James. Barcelona (España) : Publicaciones cristianas; 1994. Juan 3: 11-16
99. Carvalho LS, Oliveira MS, Portela SC, Silva CA, Oliveira ACP, Camargo CL. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de Enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2006;14(4):551-7.
100. Arrogante Ó. Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. Index de Enfermería. 2015 Dec;24(4):232–5.
101. Safatle V. O amor é mais frio que a morte: negatividade, infinitude e indeterminação na teoria hegeliana do desejo. Kriterion: Revista de Filosofia. 2008;49(117):95–125.
102. Behar D. Un Buen Morir: Encontrando Sentido al Proceso de la Muerte [Internet]. Google Books. Editorial Pax México; 2011 [cited 2023 Nov 10]. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=j7DKzxCIR7EC&oi=fnd&pg=PR11&ots=ytk45ZJy4a&sig=xzWEvv_z8FyY9e5q-X7C4flF1Zo#v=onepage&q&f=false
103. Longaker, C. Afrontar la muerte y encontrar esperanza. Grijalbo. México; 1988.

Anexos

Anexo 01



LA MUERTE DESDE LA ÓPTICA DE LA ENFERMERA COMO CUIDADORA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL CHICLAYO, 2023

Guía de entrevista semiestructurada dirigido a Enfermeras Del Servicio De Oncología y Especialidades Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Objetivo: Caracterizar y analizar la muerte desde la óptica del enfermero que cuida al paciente en fase terminal con el fin de conceptualizar la muerte desde el cuidado que brinda

Datos generales:

Nombre:.....

Cargo:

Años de experiencia:

Especialidad:.....

Pauta de entrevista:

1. ¿Cómo definiría la muerte en contexto del cuidado que Ud. Brinda a personas oncológicas en fase terminal?
2. ¿Cómo describiría el significado que tiene para usted cuidar a un paciente oncológico en fase terminal?
3. ¿Cómo describiría los cuidados que Ud. Provee a un paciente oncológico en fase terminal antes, durante e inmediatamente después de su muerte?
4. ¿Deseas agregar algo más?

Entrevistador:

Fecha de la entrevista:

Anexo 02

Juicio de expertos

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Entrevista semiestructurada

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

3.1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Díaz Manchay Rosa Jeuna

Cargo de la Institución donde labora: Docente

Años de servicio: 16 años

Estudios de postgrado: Doctorado en ciencias de enfermería

3.2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación:

Aceptado (7-10 puntos) **Debe mejorarse** (4-6 puntos) **Rechazado** (< 3 puntos)

3.3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que consideran oportunas para la mejora del cuestionario)

En la pregunta 3, se podría agregar durante el proceso de muerte, puesto que a veces está presente la enfermera en ese momento.

3.4. LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 15 de mayo del 2023.



Dra. Rosa Jeuna Díaz Manchay

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Entrevista semiestructurada

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

3.1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: GUERRERO QUIROZ ELIZABETH SOLEDAD

Cargo de la Institución donde labora: DOCENTE

Años de servicio: 15 AÑOS

Estudios de postgrado: DOCTORADO

3.2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación:

Aceptado (7-10 puntos) **Debe mejorarse** (4-6 puntos) **Rechazado** (< 3 puntos)

3.3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que consideren oportunas para la mejora del cuestionario)

- LA PREGUNTA 1 ESTA INCLUIDA EN LA 4 .
- EL TEMA NO ES EXPERIENCIAS DEL CUIDADO. REFORMULAR.
- ...fase terminal antes, DURANTE e inmediatamente después de su muerte?
- LA PREGUNTA 4 DEBERÍA SER LA PRIMERA PREGUNTA

3.4. LUGAR Y FECHA: Chiclayo, _15 DE MAYO del 2023.

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Entrevista semiestructurada

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

3.1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Julia Maria Nureña Montenegro

Cargo de la Institución donde labora: Docente Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Años de servicio: 35

Estudios de postgrado: Doctorado

3.2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación:

Aceptado (7-10 puntos) **Debe mejorarse** (4-6 puntos) **Rechazado** (< 3 puntos)

3.3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que consideran oportunas para la mejora del cuestionario)

Se ha planteado 02 preguntas. Queda a su disposición de aceptar o discutirlo.

Mejorar la organización de las preguntas

3.4. LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 16 de mayo del 2023.



Firma del revisor

Anexo 03



Consentimiento para participar en un estudio de investigación

- ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigador : Ismeria Huamán Fernández.

Título: La muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023.

Propósito del Estudio:

Estamos invitando a participar en este estudio, que busca describir los atributos conceptuales de la muerte desde la óptica de la enfermera como cuidadora del paciente oncológico en fase terminal Chiclayo, 2023

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se desarrollará una entrevista con preguntas relacionadas con el tema de investigación, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo adecuado. La entrevista será totalmente presencial y registrada en un grabador, si el participante lo autoriza.
2. Después de dos días, se le presentará la entrevista transcrita, para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre el tema, lo que será enviado a su dirección de correo o WhatsApp de acuerdo con su preferencia.
3. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe final de la investigación, la cual será remitida a la institución donde usted trabaja y a la universidad.
4. Finalmente, los resultados podrían ser publicados en alguna revista científica, garantizando la confidencialidad del participante.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio. Sin embargo, algunas preguntas de la entrevista podrían traerle recuerdos que le causen sentimientos de: nostalgia, tristeza, llanto o algún otro sentimiento. Debe saber que el investigador estará apto para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

Beneficios:

En este estudio solo se estiman beneficios para el conocimiento en las ciencias y ejercicio de la profesión de enfermería, por lo que usted contribuirá en ello.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

La información de grabada será identificada con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, debe saber que podrá retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Ismeria Huamán Fernández, contactar al móvil 978844244, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Correo:

Número de móvil:

Fecha

Investigador

Nombre: Ismeria Huamán Fernández

DNI:16752289

Fecha

2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Entrevista semiestructurada

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

3.1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: GUERRERO QUIROZ ELIZABETH SOLEDAD

Cargo de la Institución donde labora: DOCENTE

Años de servicio: 15 AÑOS

Estudios de postgrado: DOCTORADO

3.2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Está expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación:

Aceptado (7-10 puntos) **Debe mejorarse** (4-6 puntos) **Rechazado** (< 3 untos)

3.3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que consideren oportunas para la mejora del cuestionario)

- LA PREGUNTA 1 ESTA INCLUIDA EN LA 4 .
- EL TEMA NO ES EXPERIENCIAS DEL CUIDADO. REFORMULAR.
- ...fase terminal antes, DURANTE e inmediatamente después de su muerte?
- LA PREGUNTA 4 DEBERÍA SER LA PRIMERA PREGUNTA

3.4. LUGAR Y FECHA: Chiclayo, _15 DE MAYO del 2023.

Anexo 05



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 267-2023-USAT-FMED
Chiclayo, 26 de setiembre de 2023

Vista la solicitud virtual N° TRL-2023-12633 en virtud de la aprobación con fecha 20 de setiembre de 2023 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la Srta. HUAMAN FERNANDEZ ISMERIA, estudiante de Maestría en Enfermería de la Escuela de Posgrado. Asesor: Dra. Elaine Lázaro Alcántara.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: **LA MUERTE DESDE LA ÓPTICA DE LA ENFERMERA COMO CUIDADORA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL CHICLAYO, 2023**, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;


SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.


Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.




Mtro. Jorge Luis Limo Liza
Secretario Académico (e)
Facultad de Medicina




Mtro. Luis Enrique Jara Romero
Decano (e)
Facultad de Medicina