

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros de un hospital público de la ciudad de Rosario durante el 2023

Por: Vanesa Soledad Bersano
Director: Lic. Ledesma, Virginia
Docente Asesor: Lic. Nores Rosana

Rosario, 02 de noviembre de 2022.

“La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible”.

Callista Roy

RESUMEN

Determinar el punto de partida en el que se encuentra el profesional de enfermería para proporcionar cuidados al final de la vida a pesar de las heridas propias marcadas por las experiencias es de suma relevancia.

El objetivo general de la investigación es el de interpretar los procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros que se desempeñan en el Hospital Público Municipal de tercer nivel de complejidad de Rosario, considerando la antigüedad que posean en la disciplina durante el primer semestre del año 2023.

Se trabajará con un abordaje cualitativo utilizando como estrategia metodológica la fenomenología a través de la cual se pretende obtener información acerca de los mecanismos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que los enfermeros poseen ante este proceso. La muestra inicial será de tipo accidental y de aproximadamente 10 enfermeros. Con relación a la recolección de la información en un primer momento se abordará el tema conformando grupos focales y de la información obtenida se procederá al segundo momento a través de un muestreo teórico en función a los estilos y estrategias presentes durante la interacción grupal para llevar a cabo entrevistas en profundidad individuales. El análisis de los datos se realizará de manera inductiva y manual a través de la segmentación y codificación del contenido en categorías.

Palabras clave: ENFERMEROS; MUERTE; MECANISMO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN.

ÍNDICE GENERAL

Resumen y Palabras Clave	3
Introducción	5
Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio.....	8
Supuesto de partida.....	9
Objetivos.....	8
Marco Conceptual	10
Estrategia metodológica	28
Tipo de estrategia metodológica seleccionada	28
Mapeo: Sitio y Contexto de estudio.	28
Muestra.	29
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
Personal a cargo de la recolección de datos	31
Plan de análisis	31
Plan de trabajo y Cronograma	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos	44
I.Guía de mapeo	44
II. Bitácora o diario de campo	45
III.Proceso de Exploración de la información.....	51
IV Consentimiento informado	60

INTRODUCCIÓN

ESTADO DEL ARTE

La muerte según la perspectiva de donde se la mire, no es un evento solamente biológico, sino un proceso social, culturalmente construido. (Sandoval & Álvarez, 2020).

Durante el proceso de formación se capacita al enfermero para preservar la vida del sujeto de cuidado, y no para su última etapa, la muerte. En el ejercicio diario de la práctica disciplinar de enfermería, especialmente en las salas de cuidados intensivos, ocurren un número significativo de defunciones, por lo cual el profesional se ve obligado a utilizar herramientas que le permitan afrontar dicha experiencia. (García, 2018).

En este sentido este trabajo pretende centrarse en cómo se vivencia el proceso de muerte por lo profesionales de enfermería considerando los mecanismos de afrontamiento utilizados ante tal evento. En este marco se presenta a continuación antecedentes empíricos relacionados a la temática tanto desde la mirada cuantitativa como cualitativa.

En una investigación cualitativa descriptiva con una muestra intencionada de 19 estudiantes de enfermería durante el año académico 2018 en la Ciudad de Punta Arenas, Universidad de Magallanes, cuyo propósito fue el de relatar las creencias, percepciones, y experiencias de los estudiantes ante el proceso de muerte, en relación a la adquisición de competencias en la práctica al verse enfrentado ante el evento de la muerte de un paciente. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas como instrumento de recolección de datos, y se logró identificar que ante el evento de muerte de un paciente surgen, emociones y sensaciones desagradables, nerviosismo, incomodidad y angustia. Conforme a estos relatos, se señala la difícil elaboración de las *pérdidas* de los pacientes con los que se ha establecido lazos más intensos. Surge en dicho estudio, a través de análisis de contenido, como relevante, la dimensión espiritual, como trascendencia, logrando una mejor aceptación de esta experiencia, al entender la muerte como un paso a una nueva vida. (Sandoval & Álvarez, 2020)

De manera semejante, un estudio cuantitativo descriptivo, con un muestreo no probabilístico por conveniencia en el que participaron 30 profesionales de enfermería adscritos a una Institución de Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de segundo nivel de atención del estado de Durango, México; se utilizó el Cuestionario de actitudes ante la Muerte (CAM) con el fin de explorar y describir las actitudes del profesional de enfermería ante el proceso de muerte.

Este instrumento incluye 33 reactivos, agrupados para su interpretación en seis sub escalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y perspectiva profesional. Obteniendo como resultado que la muerte fue considerada como una posibilidad que siempre está presente y no como la última etapa de la vida, aunque el 46,7% de los participantes prefirieron no pensar en la muerte. Mientras que un 86,7% concluyó en aceptar el hecho de que la muerte se trata de un evento posible, tanto en ellos mismos como en los demás, y que su aceptación ante tal suceso le ayudará a tener más responsabilidades, mayor crecimiento personal y a sentirse más libres. Pensaron la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor donde encontrarán vida y eternidad, no obstante, un 88,7% se refirieron a no encontrar la felicidad después de la muerte. En relación a la perspectiva profesional, se muestra que no se piensa la muerte de la persona que cuida como un fracaso, con un porcentaje de participantes que están en desacuerdo con un 80% de sentirla esta forma. A pesar de creer que el más alto sentido del trabajo de enfermería es salvar la vida en un 100%. (García, 2018).

Otro trabajo de investigación que se centró en evaluar el nivel del miedo a la muerte, a través de abordaje cuantitativo y un tipo de estudio transversal, analítico en 516 estudiantes de Enfermería de diversos países aplicando por un lado la Escala Collet-Lester. Dicha escala es un instrumento autoadministrado con una confiabilidad interna de 0,9516. Contiene 28 ítems que corresponden a cuatro dimensiones (7 ítems para cada una): 1) miedo a la muerte propia, 2) miedo al proceso de morir propio, 3) miedo a la muerte de otros y 4) miedo al proceso de morir de otros. Las opciones de respuestas son de tipo Likert de 1=nada a 5=mucho. De acuerdo al total obtenido, se define: miedo bajo a la muerte (0-1), miedo moderado bajo a la muerte (1-2), miedo moderado a la muerte (2-3), miedo moderado alto a la muerte (3-4) y miedo alto a la muerte (4-5); las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir

Por otro lado, además se utilizó una aplicación de regresión logística para determinar la asociación de haber asistido a cursos de tanatología. Como resultado, la media del nivel del miedo a la muerte fue moderado alto. Indicando, además, una media de edad de 23 años, donde el 81.78% correspondió al sexo femenino y 31.4% recibió curso de tanatología. Señalando que la asistencia a dichos cursos tiene una asociación positiva con los niveles bajos de miedo a la muerte $OR=2.25$ ($p=0.01$), que se relaciona íntimamente con el nivel alto de religiosidad al poseer un menor temor a la propia muerte. (Hernández, 2021).

Por otro lado, para explorar los procesos de afrontamiento acerca de la muerte con respecto a la formación académica de los enfermeros, un estudio de análisis cualitativo descriptivo transversal, llevado a cabo con siete enfermeras que trabajaban en cuidados intensivos en una institución de segundo nivel de Hermosillo Sonora, México, utilizó como instrumento de recolección de información: una cédula de datos sociodemográficos y un guion para llevar a cabo las entrevistas. La información provista por los participantes permitió concluir en que la muerte y el proceso de morir son experiencias que marcan la labor diaria de las enfermeras, y que éstas se ven condicionadas por los acontecimientos vitales propios y creencias religiosas y, además, culturales. como estrategias ante este hecho, surgió la evitación y el distanciamiento dificultando la interrelación y comunicación con enfermos terminales, sus familias y la muerte de los pacientes al no poder aplicar cuidados de calidad. Surgió también, la necesidad de apoyo social, ayuda psicológica o grupos de tanatología. (Valle-Figueroa MC, 2019)

De igual manera, un estudio piloto observacional, de tipo descriptivo transversal, con método de muestreo probabilístico ejecutado con 30 docentes de las áreas de cuidado crítico de enfermería de cuatro universidades de las regiones de Manizales y Pereira, Colombia, logró describir el nivel de afrontamiento de las enfermeras frente a la muerte de pacientes en unidades de cuidados críticos.

En primer momento se empleó una encuesta autoadministrada para variables sociodemográficas y las vivencias frente a la muerte, con preguntas sobre la preparación que habían tenido frente a la misma, y experiencias cercanas a la muerte. Para evaluar el nivel de afrontamiento de la muerte, utilizó la escala de Bugen conformada por 30 ítems, con respuestas en formato tipo Likert, cuyas opciones van de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 7 (“totalmente de acuerdo”).

La sumatoria de dichos ítems fluctuaron de 30 a 210 puntos, donde se interpreta que, a mayor puntuación, mejores competencias para el afrontamiento de la muerte. Cuando puntúan por debajo del percentil 33, se indica bajo afrontamiento, por encima del percentil 66, corresponderían a afrontamiento alto, cuando lo hacen en la zona intermedia, se evidencia un afrontamiento neutro.

Dicho estudio arrojó como resultado que un 73.3% no ha tenido preparación profesional acerca de la muerte; el 100% tuvo una experiencia cercana de muerte con un ser querido. En cuanto al nivel de afrontamiento el 36,8% puntúa por debajo del percentil 33. El 33,4% puntuó por encima del percentil 66 y el 29,9% en la zona

intermedia. Lo que implica que el nivel de afrontamiento encontrado en dicho estudio es en su mayoría es bajo. Evidenciando que hay una escasa capacitación de enfermeras con respecto al proceso de muerte, identificando la necesidad de implementar estrategias de afrontamiento, educación continua e intercambio de experiencias. (Duque, 2020).

En consideración a los antecedentes presentados los cuales permiten demostrar la magnitud e importancia de la temática, el propósito de esta investigación será proporcionar conocimiento acerca de la temática a investigar: *procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros desde la voz de los propios actores*.

Debido a esto surge la importancia de interpretar cómo pregunta inicial de este estudio ¿Cuáles son los procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros que se desempeñan en el Hospital Público municipal de tercer nivel de complejidad de Rosario, considerando la antigüedad que posean en la disciplina durante el primer semestre del año 2023?

En relación a esta pregunta inicial y ante la consideración de que la muerte, no es solo un acto único, sino un proceso complejo de abordar, se establece como objetivo general el de interpretar los procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros que se desempeñan en el Hospital Público Municipal de tercer nivel de complejidad de Rosario, considerando la antigüedad que posean en la disciplina durante el primer semestre del año 2023.

Para poder dar respuesta al objetivo general se plantean como *objetivos específicos*:

En función de las estrategias, comprender los comportamientos y respuestas habituales que los enfermeros utilizan para mantener la adaptación ante la muerte de un paciente.

En función del estilo, explorar en aspectos experienciales y develar las percepciones que los enfermeros tienen de la muerte.

Además de comparar los mecanismos de afrontamiento según estilos y estrategias que los enfermeros utilizan con respecto a la antigüedad en la disciplina.

En función a la idea inicial y el objetivo propuesto se parte del *supuesto* que los enfermeros con mayor antigüedad en la disciplina poseen un estilo activo de adaptación, por contar con mecanismos innatos y adquiridos que permiten desarrollar estrategias ante el evento de la muerte, en comparación a los enfermeros de reciente egreso que

poseen un estilo pasivo o evitativo de adaptación y por lo tanto carecen de estrategias de afrontamiento.

MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se abordarán los aspectos conceptuales más significativos para la investigación que se pretende desarrollar en este estudio.

Resulta importante resaltar que la muerte ha sido estudiada desde distintas perspectivas debido a su difícil conceptualización.

Partiendo de una mirada filosófica, se considera como criterio de muerte al significado ordinario que los individuos tienen de la misma. En tal sentido, todos los organismos vivientes mueren y dicha muerte es permanente. Según el filósofo norteamericano Bernard Gert, citado por Ortúzar (1996), este concepto hace referencia a la muerte del organismo, determinando el cese permanente de las funciones clínicas observables como un todo, acompañado de la pérdida permanente de la conciencia.

En concordancia a lo mencionado, Zoraida (2008), cita a Estacanti, definiendo a la muerte como símbolo de finitud del ser, la conclusión de la existencia terrenal e histórica del hombre. Con ella, terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también, las relaciones sociales.

Además, existen diferentes conceptos de muerte según la cultura, para algunos constituye un final, otros la consideran consumación o plenitud, ruptura, cambio o transformación. En base a ello, son múltiples los rituales y conductas que de esta subyacen. (Hodelin, 2013)

Muriá citado por Veizaga (2005) comparte que las tradiciones religiosas no suavizan o mitigan la muerte, no la anulan con sus promesas de supervivencia, de lo contrario, la asumen en totalidad. Son utilizadas estratégicamente para conducir a un conocimiento y sentir que, se transforma en paz y gozo precisamente porque asumen la muerte lúcidamente y sin paliativos. Así pues, las religiones no ahorran a los hombres enfrentarse con la muerte, por el contrario, afrontarla en toda su irremediable verdad es el comienzo de la sabiduría.

Esta autora además cita a Daniel Bell quién afirma que, la religión es algo tan universal como el lenguaje, por lo cual, es constitutivo de la conciencia humana, como búsqueda cognoscitiva de su estructura, donde se comparten y construyen representaciones sociales, a fin de afrontar sucesos de la vida diaria, como ser la muerte.

Dichas representaciones sociales se manifiestan en contextos culturales, históricos e institucionales; en las que las creencias, tienen un papel esencial en la conducta de los individuos. (Rodríguez, 2002). De esta forma, el desarrollo de creencias,

han dictado los modos de vida y formación social de las civilizaciones a lo largo de la historia.

Asimismo, el sistema de creencias de las personas y de los grupos humanos, determina la forma en la que se asume la realidad, entendiéndose como la disposición a actuar con base en los razonamientos que se han formado. (Bautista y Torres, 2019). Además, Villoro (2018) comparte que este sistema opera como guía de conducta ante situaciones particulares, es decir, las creencias disponen al sujeto a responder de determinada manera y no de otra. Éstas, forman parte del estado interno del sujeto, que establece una estructura general de conducta, debido a que orienta y guía las acciones.

El sistema de creencias, las representaciones sociales, la religión y el estudio de la muerte en diferentes culturas, han sido estudiados desde el principio de los tiempos por la antropología. Camus, citado por Aguilera y González (2009), señala que, todo intento de encontrar sentido a la vida y al hombre, recae en una reflexión sobre la muerte. Entonces, la muerte se presenta como objeto-sujeto de estudio, para que, de esta manera, se logre comprender como la humanidad ha trazado su existencia.

En base a ello, desde la antropología, se situará en tres períodos el estudio de la muerte, según Duche Pérez (2012).

El primero de ellos, ubicado de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI hasta antes de la expansión teórica del estructuralismo de Lévi-Strauss a mitades del siglo pasado. Comprende las percepciones y teorías evolucionistas.

Tylor sustenta que la muerte es un fenómeno que explica dos cuestiones muy importantes. Por una parte, permite comprender cómo el ser humano ha ido construyendo la religión a través de la veneración de los muertos, pasando del politeísmo al monoteísmo; y, por otra parte, que se ha generado la idea de que todo individuo posee un alma (animismo).

Del mismo modo Freud, décadas más tarde, sostiene que la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu, sino un proceso de comprensión o punto central donde el hombre parte de pensar a la muerte cuando se hace visible en primera persona.

De estas dos posturas antropológicas, surge la perspectiva funcionalista de la muerte, planteada por Malinowski, quien acentúa que este fenómeno es un elemento constitutivo de la vida humana. El cual permite no solo generar prácticas de acompañamiento ritual, sino que, además, determina el entendimiento acerca de que la muerte es una necesidad básica que todos los seres humanos deben satisfacer con respecto al grupo al que pertenece. Este grupo de pertenencia se encuentra regido por

un conjunto de normas sociales, que permiten determinar el tipo de ritual; y a su vez, clasificar el estatus e importancia del sujeto a quien el ritual mortuorio acompaña, así como de las respectivas funciones y otorgamientos de los familiares y deudos.

A principios de los años 40, Evans Pritchard aporta que, la muerte posee un significado de gran importancia dentro de la vida social, organizativa y política de todo grupo. Donde el acto de sucesión de poder determina el futuro del grupo y territorio, la eliminación de individuos y la posibilidad de generar o deslindar alianzas. En este período, la religión puede quizás explicarse como eje central para comprender la importancia de los dioses dentro de la política y el parentesco, como la proyección de la subordinación a los gobernantes en la propiciación de sus dobles después de la muerte. En tal sentido, el temor a la muerte está acompañado por el temor a los dioses, quienes castigarán el buen o mal comportamiento de los hombres.

El segundo período, se ubica desde el estructuralismo hasta el gran apogeo de la antropología simbólica conducida por Clifford Geertz.

En los años 50', Lévi-Strauss acentúa que las posturas anteriores poseen una visión deshumanizadora de las personas situando a la muerte como un proceso que reafirma su obligatoriedad. Piensa, además, que la muerte no es un hecho puramente natural, ligado sólo al espíritu, o a la función social de roles ni al temor de los dioses, sino que está ligada a la vida cultural y social de todos los individuos, de sus creencias sobre el cultivo, la familia, la religión y los mitos.

En los años 70', Geertz en sus estudios sobre la religión, encuentra que la muerte conlleva a pensar las diferentes consideraciones simbólicas que la representan. De esta forma, la muerte cobra mayor significado dentro de las relaciones sociales de los individuos vivos, que para el propio muerto.

Durante los años 80', se proponen dos posturas totalmente diferentes para entender qué es y qué conlleva la muerte. Harris sostiene que la muerte está unida a la regulación demográfica que algunas sociedades establecen para regular y controlar los recursos y alimentos. Mientras que Rosaldo destaca la importancia de considerar los sentimientos y las emociones ante la muerte de un familiar cercano.

El tercer y último período, caracterizado por la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de las ciencias sociales y humanas, sobre la muerte como objeto de estudio y la modernidad como espacio de reflexión, se enmarca desde los años 90' hasta la actualidad.

Scheper Hughes, uno de los representantes de este período, estudia a la muerte considerando como elementos a la historia, las condiciones sociales y productivas. Teniendo en cuenta el lugar de poder que los sujetos posean en estas estructuras y el resultado producido por el sistema simbólico al momento de establecer el significado de la muerte.

Por último, Marc Augé, otro representante de este período, propone volver a los ritos como elementos constitutivos de la interpretación cultural. E insiste que la muerte (como ritual) es un estadio que configura la posición del otro.

El análisis de estos períodos, permite establecer la complejidad de la muerte, admitiendo que se trata de un fenómeno relativo a su naturaleza, percepción, e incluso la manera en que cada individuo la recrea. Es decir, el carácter subjetivo atribuido por cada sujeto, el cual dependerá de la personalidad de cada uno, de las normas, las interpretaciones vigentes en la sociedad donde el sujeto habita. En correspondencia a ello, Lynch y Oddone (2017) citan a Thomas, quién relaciona a la muerte con el sentido que se construye por medio del significado que cada individuo le atribuye, dependiendo del contexto en el cual suceda.

En un sentido abstracto, al mencionar la muerte en general, pareciera aceptarse como algo cotidiano; sin embargo, al pensarse la propia muerte siempre aparece como algo lejano, sobre todo en los jóvenes.

Es decir, la muerte admite, en el plano consciente y racional, un hecho natural, pero se vivencia en lo personal como un accidente, arbitrario e injusto, para el que nunca se está preparado.

Cabe destacar que la ocurrencia de la muerte, es un evento aleatorio e indeterminable, ya que no se sabe cuándo y cómo sucederá. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente o después de padecer una larga enfermedad. Si bien se reconoce a la misma como algo universal, se vive y representa individualmente como un acontecimiento irrepetible y sin precedentes.

En relación a la caracterización histórica de la muerte, Philippe Ariès, uno de los especialistas más destacados en este estudio; sostiene en varias de sus obras que, la percepción de la muerte en Occidente ha atravesado dos grandes etapas.

La primera de ellas, denominada *muerte domesticada*, que abarca desde el siglo VI hasta el XVIII, estableciendo que durante la misma los individuos tomaban conciencia de su muerte ante la aparición de ciertos signos naturales y la esperaban confiados en Dios. La muerte, en esta etapa, contaba con una ceremonia pública que

era presenciada por todos los familiares, incluidos los niños; siendo aceptada de manera natural y sin expresiones extremas de emoción.

Luego, surge la segunda etapa considerada como *muerte invertida*, donde la muerte cambia su sentido y permanece oculta. Es decir, se traslada dicho suceso desde el hogar familiar al hospital, las ceremonias y los duelos se llevan a cabo de manera discreta e íntima. Es así, como a partir de mediados del siglo XX, se profundizó este proceso de institucionalización de la muerte, donde se sostiene que, en las sociedades occidentales actuales, ésta, intenta ser silenciada e invisibilizada. (Lynch y Oddone,2017)

García (2021) sostiene que, a través de la tecnificación y medicalización, apenas aparece ya lo natural como causa de muerte. A toda muerte se le busca y asigna una causa objetiva, médica, una enfermedad, una alteración, un cómo y cuándo, un instante del cese.

Además, la organización empresarial y técnica alrededor de la misma, facilita y simplifica los trámites; evade el enfrentamiento con la dureza de ese momento. Con ello, se reduce el tiempo dedicado al duelo y se suprimen sus manifestaciones externas.

La muerte, de esta forma, se convierte socialmente en extraña. Produce un miedo transcultural, y uno de los modos sociales de disminuirlo consiste en permitir que sea la tecnología quien la gestione o la tecnifique, como un proceso más.

Así, la ciencia y la tecnología, se encuentran puestas al servicio de intereses políticos, comerciales y biomédicos. La muerte humana se encuentra reducida a un objeto tecnocientífico, porque previamente se ha cosificado y tecnificado el cuerpo, operándose un dualismo en la persona, fragmentándola en partes físicas. De este modo, la potencia que ha ido adquiriendo la ciencia y la técnica aspira a querer dominar todo lo humano, incluido el final de todo ello, que es la muerte.

Tecnificar la propia medicina conduce a que la naturaleza humana en su totalidad deje de ser el objeto de estudio. Convertir la medicina en pura técnica conduce a atomizar la persona en partes y órganos corporales, que requieren ser restaurados por medio de instrumental especializado. De esta forma, se mecaniza el cuerpo y se tecnifica la salud, reduciendo una parte de la medicina actual.

Así, entra en crisis el valor humanista y humanizador del arte de la medicina, al ser contaminada por un procedimentalismo tecnológico; que, sin dejar de ser necesario, lo abarca prácticamente todo.

Por tanto, la muerte ya no se contempla como la muerte de un ser humano en su totalidad, sino, más bien, como la sumatoria de cada parte del proceso de morir.

La muerte moderna deja de identificarse con la muerte biográfica individual de la persona que ha vivido una vida. Se convierte técnicamente en un resultado médico extrapolable a millones de muertes de humanos, un objeto del saber fisiológico y clínico. Por lo que técnicamente nunca muere una persona, sino que cesa una vida biológica, que pierde la salud física y mental, sin funcionalidad y calidad de vida. De esta manera, se vincula a la muerte humana con una muerte clínica o muerte biológica. Lo que acabará agotando toda la realidad de la muerte en su funcionalidad, atrapándola en un puro fenómeno físico, analizándola como el resultado final de una anomalía en los patrones normales de salud.

De esta manera, ante una visión medicalizada y tecnificada de la vida, parece que la persona solo muere por fallos en procesos fisiológicos afinadamente diagnosticados por tecnologías. Por lo que, tras el fallecimiento de un paciente, se tiene acceso a un informe técnico-médico detallado de todas las alteraciones de las constantes vitales, del minuto exacto de la muerte, de las oscilaciones de temperatura, presión arterial, del estado de los diversos órganos, entre otras cosas. Así mismo, se desarrollan categorías sobre causas de muertes, como ser: muerte súbita, muerte clínica encefálica, muerte cerebral irreversible, muerte cardiorrespiratoria o asistólica, entre otras.

Como se puede comprobar, no solo el proceso de morir, sino también la causa de muerte, ha de ser explicable en clave científica para encajarla en una de esas categorías y plasmarlo en un informe. Pero para poder enfrentarse al verdadero problema de la muerte de un ser humano, no es suficiente con que sea un hecho comprobable científicamente, medible, previsible, tecnificado. Morir es mucho más que dejar de respirar o la confirmación clínica de un colapso cerebral.

Sobre esta nueva visión de la muerte Galindo (2004) plantea que en estos tiempos la muerte se encuentra inmersa en un ambiente de misterio, inspira temor y respeto; es un tema del cual pocos quieren hablar. Por su carácter de irreversibilidad, se dificulta el poder asimilar, comprender, aceptar esta experiencia de vida, que a su vez genera angustia. Lambert (2019) sostiene que experimentar angustia y miedo ante la muerte es un proceso universal, ya que el ser humano le teme a lo desconocido.

En tal sentido, Kübler-Ross (2005) señala que, al aprender a mitigar el miedo hacia la muerte, el ser humano podrá enfrenta a los demás miedos con mayor tranquilidad.

Además, la muerte de un individuo genera sentimientos de sufrimiento, una respuesta negativa emotivo-afectiva desagradable, generada en los más altos centros nerviosos por el dolor y por otras situaciones que psicológicamente se le asemejan, con la consiguiente depresión, estrés, ansiedad y frustración que suele acompañarlo. (Sadrin, 2002)

En base a lo planteado anteriormente, Díaz (2016) expresa que en la actualidad la muerte ha dejado de ser admitida como un fenómeno natural necesario, considerándose como un fracaso a nivel sanitario, al no poder revertir este proceso, a pesar de contar con toda la tecnología.

Dentro del nivel sanitario, son los enfermeros quienes más tiempo pasan con el enfermo y su familia. Esta proximidad espacial y temporal sobrelleva intensas reacciones emocionales, que, de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad y estrés.

La muerte, genera sensaciones que se encuentran expresadas como impotencia, al no poder haber hecho algo más para evitarla, a pesar de aplicar una alta calidad de cuidados y contar con sofisticada tecnología. De esta forma, la ciencia no logra que este fenómeno de muerte sea algo evitable. Por ende, conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y en la atención con pacientes y familiares.

Para conocer las actitudes que genera la muerte, existen diversos instrumentos, como ser, la Escala de Miedo a la Muerte de Collett Lester (EMMCL), la cual se creó en 1969. Dicha escala permite medir el miedo a la muerte a través de diversas subescalas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte otros, miedo al proceso de morir propio y miedo al proceso de morir de otros. El miedo a la muerte, entonces, es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas y, además, puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso. De la misma manera, las actitudes y las reacciones emocionales podrían ser diferentes (Espinoza, 2011).

Díaz (2016), además, enuncia que actualmente no se enseña a reflexionar sobre la muerte, ni se educa para morir. Y que el ser humano tiene necesidad intrínseca de encontrar no una explicación a la muerte, sino una manera de adaptarse a ella.

Dentro de este marco, Freitas (2016) profundiza en la práctica de enfermería, develando que estos profesionales deben enfrentarse al sufrimiento, angustia y a los

recelos que pueden existir en los más diversos momentos que involucran el cuidar en el que se incluye al proceso de la muerte.

Estos cuidados para ser considerados eficaces demandan del enfermero, conocimiento y destreza, tanto en el campo científico tecnológico como en el manejo de necesidades subjetivas que permitan contener tanto al paciente como a la familia, independientemente de que la situación de salud pueda revertirse o no. Cuidar, por lo tanto, demanda actitudes, conocimientos y destrezas que se deben adquirir y perfeccionarse durante la formación disciplinar.

Vinculado a esto, Morales (2020) señala que, la formación profesional del enfermero pareciera estar enfocada en el valor de la tecnología y la ciencia, olvidando la importancia del cuidado bajo relaciones humanas empáticas que le permitan reconocer sus propias estrategias de afrontamiento ante la muerte y con ello, mantener actitudes correctas con el fin de contribuir al cuidado del paciente y su familia de manera más eficaz y con mayor calidad.

Entonces, es necesario que el proceso de cuidar no se centre en la lógica de las instituciones, sino en las bases de la comunicación, la ética, la psicología y las ciencias humanas, donde el cuidado forme parte de una relación transpersonal, interpersonal e intersubjetiva y fenomenológica, que reconozca lo complejo de las relaciones humanas. En el cual se reconozca el contexto sociohistórico, cultural, espiritual; que le dé sentido y significado a la relación entre el cuidador y el sujeto de cuidado, logrando así, conocimiento de orden psicológico, espiritual y no solamente procedimientos técnicos. (García-Avenida, 2018).

Al respecto del proceso de formación disciplinar, Perdigón (2015) enuncia que raras veces se habla del inevitable fin de la vida o de qué se debe hacer para ayudar a reducir molestias y afrontar la muerte con dignidad y coraje; mucho menos se encuentra un análisis sobre qué es lo que le ocurre al personal de enfermería al enfrentar el proceso de la muerte de un paciente.

Diversas investigaciones se han centrado en evaluar la competencia de afrontamiento de la muerte a través de la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen (EBAM). Este autor, desarrolló un cuestionario con el objetivo de medir la competencia y conocimientos que tienen los profesionales para manejar la muerte de los pacientes relacionados con los preparativos ante este proceso.

La EBAM surge en el ámbito de los cuidados paliativos, donde este autor brindaba orientación a los voluntarios para el desarrollo de habilidades ante dicho proceso. Este

modelo, incluyó las competencias específicas que debían obtener los voluntarios como resultado luego de su formación. Planteó, además, diversos objetivos como: medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte, supervisar si un seminario de educación sobre la muerte era eficaz; enfatizando que el afrontamiento era una consecuencia deseable tras una experiencia de educación sobre la muerte (Galiana, Oliver, Sansó, Pades y Benito, 2017).

Regresando a los sentimientos que dicho proceso genera en los profesionales de enfermería, Brena Ramos (2020) revela que, confrontar la muerte para enfermería genera sentimientos de impotencia, sufrimiento, angustia, miedos; que de alguna manera pueden interferir en el cuidado prestado al enfermo y su familia. Aunque, estos últimos, perciban que se actúa de forma indiferente al sufrimiento que agobia al paciente mismo. En una investigación cualitativa, los estudiantes de enfermería, han manifestado que las experiencias alrededor de la muerte de un paciente son *lo malo* de la profesión.

Adhiere a esta afirmación, Morales (2020) al relatar que estas experiencias pueden ser muy dolorosas, por lo que es probable que los enfermeros presenten en mayor o menor grado, ansiedad, intranquilidad e inseguridad, ya que la muerte en la actualidad parece más un fracaso técnico que un suceso del ciclo vital, lo que en ocasiones puede traducirse en atención inadecuada y/o actitudes de rechazo, huida o inseguridad, incluso el afrontar sus propios miedos ante la muerte.

Por ello, el no poder o no saber afrontar los sentimientos que resultan de la muerte de un paciente puede comprometer el cuidado brindado al final de este proceso. Aunque cada profesional puede reaccionar de diferente manera, según el contexto, ya que cada caso es único e irrepetible. Además, puede decirse que, incluso los profesionales que conviven con pacientes en situaciones de muerte eminente, tienen dificultades para elaborar formas de afrontamiento. Esta situación podría ser entendida como falta de preparación emocional y psicológica. (Freitas, 2016).

En líneas generales, el cuidado de personas moribundas y de sus familias en situación de muerte resulta una situación altamente estresante en la profesión de enfermería. (González, 2008).

Por lo cual, los enfermeros utilizan una serie de acciones específicas para hacer frente al estrés, debido a que se pretenden evitar consecuencias negativas sobre la calidad de vida del profesional, y el cuidado directo con el paciente. Por ende, los comportamientos, actitudes y pensamientos que el enfermero utiliza para responder, de

la forma más adecuada posible a la demanda del entorno son definidas como estrategias de afrontamiento. (Perea, 2008)

Por este motivo, es necesario analizar en profundidad para poder así comprender e interpretar lo que conlleva convivir a diario con el proceso de muerte y todo lo que este significa ampliando la perspectiva de estudio del tema. Para lo cual se considera pertinente comenzar un acercamiento a la producción de conocimiento en el área que permita conocer y reconocer cuales son las experiencias, permitiendo descubrir las creencias, sentimientos, comportamientos y tipificaciones que han sido aprendidas y reforzadas a lo largo de la vida profesional y personal, con respecto al proceso de muerte.

Desde la perspectiva de enfermería, este proyecto de Investigación sentará sus bases en la teoría de Callista Roy, para explicar como el enfermero afronta y se adapta al proceso de muerte de un paciente, a través estilos y estrategias. Donde cabe resaltar que se tomaran escritos de otros autores, debido a la limitación de traducciones de su teoría al español.

Roy sustenta su modelo sobre el pilar de tres teorías, la teoría de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (1968); la teoría de los niveles de adaptación de Helson (1964) y luego incluye la unidad y el significado de la creación del Universo de Young (1986).

Los principios filosóficos del modelo de Roy se identifican con el humanismo y veritativity, que es definido por la autora como un principio de naturaleza humana que afirma una finalidad común de la existencia humana, estableciendo que el significado radica en la unión del ser humano con la verdad infinita que es Dios. (Gutierrez,2009; Díaz y otros, 2002)

Este modelo de enfermería, concibe a la persona como un sistema abierto y adaptativo, que interactúa con el entorno y para el cual el afrontamiento y la adaptación. Son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno. Estos procesos generan estilos y estrategias para afrontar determinadas situaciones. (Díaz y otros, 2002)

La persona, según Roy, debe ser considerada como un ser holístico, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa y efecto. Además, considera a la persona como un sistema adaptable, que se encuentra interactuando constantemente con el medio ambiente.

Para alcanzar esta interacción, las personas utilizan diversos mecanismos, los cuales permiten afrontar determinadas situaciones. Estos mecanismos pueden ser de origen innato o adquirido.

Díaz y otros autores (2002) definieron a la adaptación “como el proceso y el resultado por medio de la cual las personas con pensamientos y sentimientos en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental” (p. 20).

Este sistema adaptativo corresponde a dos importantes subsistemas. El *subsistema regulador*, dado por respuestas innatas y reflejas, de carácter endocrino y neuroquímico del organismo; y el *subsistema cognitivo*, que es adquirido y se manifiesta a través de la percepción, aprendizaje, procesamiento de información, juicio y emociones. La respuesta obtenida de estos subsistemas se evidencia a través de cuatro modos de adaptación que Roy los denomina como: fisiológico, autoconcepto, rol, y la interdependencia. (Gutiérrez, 2009)

En cuanto a las dimensiones del *modo de adaptación* Ramírez (2008), señala que, el *modo fisiológico* hace referencia a aspectos físicos del ser humano, donde el comportamiento se evidencia a través de manifestaciones fisiológicas del sistema del cuerpo, como ser: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, protección, líquidos y electrolitos, sentidos, función neurológica y función endocrina.

Mientras que el *modo de autoconcepto* se centra en aspectos espirituales y psicológicos de la persona, hace referencia a los aspectos personales.

Por otro lado, el modo *desempeño del rol*, se basa en la identificación de la persona en la sociedad, de forma integral e individual. Implica la necesidad de saber quién es uno en lo referente a otros, y la forma que se pueda actuar. Se define como un sistema de expectativas, sobre cómo comportarse en determinada posición dentro de la sociedad, llegando a la integridad, que es la necesidad de saber quién es una persona en lo referente a otra de modo que la persona pueda actuar.

Por último, el cuarto modo que corresponde al *adaptativo de interdependencia* se centra en afecto, desarrollo, maduración, y recursos de manera complementaria.

El modelo de adaptación de Roy, citado por Ramírez (2008) observa que cada sistema humano individual o colectivo se esfuerza por integrar cada una de estas áreas, a fin de satisfacer las necesidades de afecto, desarrollo, y recursos para alcanzar la necesidad básica de la integridad.

Para poder comprender lo mencionado anteriormente, es necesario conceptualizar los *estímulos*, que son aquellos que provocan una respuesta, siendo considerados el punto de interacción entre el medio ambiente y la persona.

La adaptación, entonces, según Roy citada por Villamizar Carbajal (2012) se compone de tres tipos de estímulos: *focales*, *contextuales* y *residuales*, que forman parte del ambiente.

Roy citado por Ramírez (2008) reconoce al *estímulo focal* como factor, objeto o evento que se encuentra presente en la conciencia de la persona, y desencadena una respuesta inmediata, que puede considerarse adaptativa o inefectiva, según si logra o no la adaptación. La persona ante éste, enfoca toda su actividad y gasta energía tratando de enfrentarlo. En cuanto a los *estímulos contextuales* son los encargados de ayudar, mejorar o empeorar la situación, entendidos como todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Mientras que los *estímulos residuales* son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos.

Con el objetivo de definir por qué se produce y como ocurre este proceso de adaptación Roy desarrolla la teoría de mediano rango sobre *proceso de afrontamiento y adaptación*, explicando el sistema cognitivo e identificando las capacidades y estrategias que una persona utiliza para afrontar y/o controlar una situación y promover su adaptación.

Gutiérrez (2009) cita a Cayput y Roy, quienes definen el afrontamiento como los “*esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad*” (p. 203).

Además, Gutiérrez (2009) define al proceso de afrontamiento como: patrones adquiridos e innatos que las personas utilizan para responder y manejar lo cambiante del ambiente durante las situaciones y periodos críticos que el individuo vive, utilizando comportamientos enfocados en alcanzar de manera directa el dominio, supervivencia, crecimiento y trascendencia.

Para conceptualizar estos procesos de afrontamiento innatos o patrones innatos, dicho autor los nombra como procesos automáticos, propios de cada individuo; a diferencia de los procesos de afrontamiento adquiridos o patrones adquiridos, que son los desarrollados a través de diversas estrategias como ser, el aprendizaje y experiencias de vida, que contribuyen a responder de una forma particular e individual a los estímulos del entorno.

La persona entonces, interactúa y otorga significados a los estímulos ambientales internos y externos, a través de los patrones adquiridos. Éstos están dados por el subsistema de afrontamiento cognitivo, relacionado con la conciencia y el procesamiento

de información. Por lo que cada individuo interpreta de forma particular los estímulos, generando un estilo para afrontar la situación y estrategias, comportamientos o respuestas que ponen de manifiesto los modos de adaptación. Estos últimos modos son definidos como adaptativos o inefectivos.

En relación a las estrategias Roy las define como las respuestas habituales que el individuo utiliza para mantener la adaptación, son las maneras usuales utilizadas para mantener la integridad en momentos de estrés o situaciones difíciles de experimentar.

Para conceptualizar y comprender el proceso de afrontamiento y adaptación, Roy elaboró una Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (Coping Adaptation Processing Scale, CAPS). La misma, permite identificar la capacidad, estilo y las estrategias utilizadas por la persona para controlar la situación y promover la adaptación. Este, agrupa cinco estilos y estrategias denominadas por la autora como factores.

Roy y González identifican estilos, estrategias y niveles del proceso cognitivo en cada factor. (Gutiérrez, 2009)

El primero de ellos, denominado como *recursivo y centrado*, es el encargado de reflejar los comportamientos personales y los recursos. Se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el *estilo* y centrado la *estrategia*. Este factor presenta comportamientos siempre positivos e implica una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento.

El segundo factor nombrado como *reacciones físicas y enfocadas*, resalta las reacciones físicas y la fase de salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es *reacciones físicas* y la estrategia es *enfocado*; a su vez, este factor tiene un puntaje inverso, ya que califica negativamente el comportamiento o la actitud.

Así mismo, el tercer factor establecido como el *proceso de alerta* incorpora los comportamientos del yo personal y físico. Se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.

Sobre el cuarto factor, *procesamiento sistemático* describe las estrategias personales y físicas para afrontar las situaciones y adecuarlas metódicamente; los factores tres y cuatro son estrategias de afrontamiento concretas: proceso de alerta y procesamiento.

Mientras que el quinto y último factor denominado *conocer y relacionar*, describe las estrategias que utiliza la persona al relacionarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la imaginación. El estilo es *conociendo* y la estrategia es *relacionando*.

En relación al afrontamiento, Lazarus y Launier (1978) desde una perspectiva psicológica, lo conceptualizaron como: esfuerzos intrapsíquicos encaminados a la acción con el fin de resolver las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales.

Años más tarde, desde una perspectiva cognitivo sociocultural, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como “*esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (p.164). De igual forma, Everly Jr. y George citado por León Noris (2017), conceptualizan el afrontamiento como los esfuerzos psicológicos o conductuales que un individuo realiza para reducir o mitigar el estrés.

El afrontamiento hace referencia entonces, a la serie de pensamientos y acciones que capacita a las personas para manejar situaciones difíciles, independientemente del resultado. Lo que significa que, ninguna estrategia es considerada mejor o peor que otra, y su eficacia depende solamente de los efectos en una situación particular a corto y largo plazo. Aunque, Lazarus y Folkman afirman que la mejor estrategia de afrontamiento es la que mejora la relación del individuo con su entorno, además de permitir el dominio de emociones y sostenimiento de la autoestima.

Estos autores, además, diferencian las *estrategias de afrontamiento dirigidas al problema*, que buscan definir el problema y encontrar soluciones alternativas; de *las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción*, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación estresante. Denotan, también, que el uso de un tipo u otro de estrategias de afrontamiento depende de la naturaleza del estresor y las circunstancias en que se produce.

Las *estrategias de afrontamiento dirigidas al problema*, se dan principalmente cuando las circunstancias que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio, buscan lograr una solución para este y consideran opciones diferentes en función de costo y beneficio.

Por otro lado, las *estrategias de afrontamiento centradas en la emoción*, se realizan al recurrir a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, sea evitación, distanciamiento, minimización, atención selectiva,

y/o extracción de valores positivos de los eventos negativos; debido a no poder hacer frente y tampoco modificar las condiciones amenazantes del entorno.

Otra forma de clasificar a las estrategias de afrontamiento, utilizadas en un determinado momento según la situación vivenciada y sentida de forma única y diferente, son las *estrategias adaptativas*, que son aquellas que consiguen reducir el estrés y disminuir la reacción emocional negativa, independientemente de que solucionen el problema; o *desadaptativas o ineficaces*, que no logran adaptarse o sobrellevar la situación (Perea,2008)

Existen en la actualidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede utilizar el individuo, que suelen estar determinadas por la naturaleza del estresor y las circunstancias en la que se produce. Se han utilizado diversos instrumentos que ponen de manifiesto la existencia de la variedad de modos de afrontamiento. Por ejemplo, la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus, que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante. Esta escala nombra ocho estrategias diferentes (las dos primeras centradas en la solución del problema, las cinco subsiguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas). Estas son:

Confrontación: tratar de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas; *Planificación*: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema; *Distanciamiento*: intento de no pensar en el problema, alejarse de él, o evitar que a uno le afecte. Son los recursos utilizados para bloquear los sentimientos desde el mundo laboral al personal. Son los intentos de aliviar el dolor y el sufrimiento ante la presencia de la muerte en la jornada laboral, evitando pensar en ello. Expresado en términos de barrera, coraza u olvido. Se la conoce como distancia terapéutica, se ubica en mantenerse cerca del sufrimiento del paciente y su familia sin dejar que afecte al profesional, lo que conlleva a conductas de despersonalización y deshumanización; *Autocontrol*: esfuerzos para controlar los sentimientos propios y respuestas emocionales; *Aceptación de responsabilidad*: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. Se encuentra modulada por la imprevisibilidad de la muerte en el ambiente laboral, supone la aceptación como la normalidad de incorporar la muerte del paciente al elemento natural del entorno, siendo una posibilidad existente; *Escape-evitación*: empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos. Relacionado con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y

toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma; *Reevaluación positiva*: descubrir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante. Esta estrategia ayuda a ver el proceso de muerte y a la muerte misma como una oportunidad para valorar la vida desde una perspectiva diferente otorgando nuevos significados a determinados aspectos de la cotidianidad. Además, es considerada una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación. Considerada como modo de afrontamiento dirigido, tanto a la emoción como al problema, que modifica la forma de vivir y la situación sin distorsionar necesariamente la realidad o cambiarla objetivamente. Además, forma parte de una estrategia de afrontamiento activa, enfocada a crear un nuevo significado de la situación del problema; *Búsqueda de apoyo social*: esfuerzo por relacionarse con otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional. En esta búsqueda se puede mencionar, además, el apoyo espiritual que implica usar acciones relacionadas con la expresión de la espiritualidad, como por ejemplo rezar, para aliviar el sufrimiento y estrés que produce la vivencia de la muerte.

Por lo tanto, las acciones que los individuos utilizan para frenar, amortiguar y si es posible anular los efectos de situaciones amenazantes, son denominadas *estrategias de afrontamiento*.

Zeidner y Hammer (1990) definieron el afrontamiento como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición.

Sin embargo, Salanueva (2014) cita a Roca, quien señala que no es equivalente solucionar con afrontar, este último incluye lo que se hace, piensa y siente, dependiendo de la magnitud del problema y de los recursos con los que cuente la persona para hacerle frente.

En la teoría del afrontamiento existen dos tipos de abordaje, el primero de ellos se basa en las características del afrontamiento como rasgos de la personalidad, en el estilo. Y por otro lado se destacan los procesos, los esfuerzos para manejar determinadas situaciones dentro de un contexto adaptativo.

En este sentido, cada individuo tiene una preferencia a utilizar una serie determinada de estrategias antes situaciones diversas, estos son los *estilos de afrontamiento*, que parecen fundarse en diferentes estructuras de personalidad y se

refieren a la tendencia de los sujetos a usar preferentemente un tipo de afrontamiento. (Gutiérrez,2009)

Según Millon (2001), el *estilo de personalidad* define la modalidad constante de comportarse y de relacionarse con el medio, es una configuración de rasgos que resulta de disposiciones biológicas y del aprendizaje experiencial. El estilo de personalidad se describe según tres bipolaridades: metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales.

Algunas personas tienden a contar sus problemas a los demás, mientras otros lo guardan para sí mismos. Se han evidenciado algunos estilos de afrontamiento, como ser: personas con tendencia evitadora o minimizadora, otras con estilos más confrontativos, que buscan información o toman acción directa ante el problema.

Vázquez Valverde (2003), señala que las personas evitadoras o minimizadoras utilizan este estilo para sucesos amenazantes a corto plazo. Sin embargo, menciona a Taylor, que indica que este estilo a la larga suele ser ineficaz para manejar situaciones vitales complicadas. Mientras que a las personas confrontativas les resulta útil el estilo vigilante, considerándose más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo; pues permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros, aunque puede que tenga un coste mayor en ansiedad.

Sandín (2003) enmarca la diferencia entre estrategias, estilos y recursos, exponiendo que las estrategias de afrontamiento son más específicas y con ellas se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor. Los estilos de afrontamiento establecen acciones más generales, y se llevan a cabo como tendencias personales para llevar una u otra estrategia de afrontamiento. Los recursos de afrontamiento entonces, son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores.

Para Fernández (1997), los *estilos de afrontamiento* apuntan a predisposiciones individuales para afrontar las diversas situaciones, son los encargados de las preferencias individuales en el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento; esto quiere decir, que las estrategias de afrontamiento pueden variar según cada persona y según el contexto en el que se encuentra.

De la misma forma, Carver, Scheier y Weintraub (1989) definen los estilos de afrontamiento como aquellas tendencias personales para enfrentar algunas situaciones, que necesitan de la utilización de algunas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad situacional y temporal. Los procedimientos precisos que se utilizan en cada

contexto son las estrategias de afrontamiento, que son cambiantes dependiendo de las circunstancias.

Adhieren a ello, Albarracín, Rey y Jaimes (2014), quienes plantean que, los estilos de afrontamiento se refieren a preferencias personales para enfrentar circunstancias. Son los responsables de los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional, en ese sentido, las estrategias de afrontamiento podrían ser el desarrollo preciso que se emplea en cada contexto y pueden ser modificables dependiendo las situaciones. Además, los estilos de afrontamiento se pueden pensar como menos precisas antes las situaciones, es decir, que pueden ser cambiantes.

En concordancia a esto, Salanueva (2014) cita a Mariartif y Toussieg, quienes establecen que, los estilos se refieren a la tendencia de utilizar preferentemente un tipo de afrontamiento; mientras que las estrategias o recursos, se refieren a las acciones concretas que el sujeto lleva a cabo en su estilo.

Conocer e interpretar profundamente las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales enfermeros es importante, ya que ello puede ayudar a emprender acciones para evitar las consecuencias negativas sobre la salud de estos y mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

El afrontamiento de la muerte de un paciente es un proceso complejo en el que los profesionales enfermeros movilizan diferentes recursos emocionales a fin de lograr la adaptación, considerando que sus actitudes y prácticas, se encuentran influenciadas no sólo por las demandas del entorno sino también por factores de índole personal, profesional y sociocultural. (Gálvez, 2013)

La pérdida de un paciente puede ser un suceso traumático y sobrepasar la capacidad de hacerle frente, por lo que las estrategias de afrontamiento que se utilizan pueden no funcionar o resultar perjudiciales. Puede causar que no se logre adaptar adecuadamente a la situación, y genere sentimientos de desamparo, pérdida de esperanza, iniciativa y control de la propia vida.

La forma de reaccionar de cada persona ante el proceso de muerte es diferente, por emplear diversas estrategias de afrontamiento; algunas personas logran sobreponerse a la pérdida y que lo ocurrido sea un recuerdo, adaptándose; y otras no lo logran, siendo incapaces de adaptarse. Por lo que, los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles son un elemento determinante en la respuesta ante la pérdida. (Echeburúa, 2005).

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

TIPO DE ESTRATEGIA METODOLÓGICA SELECCIONADA

Se realizará un proyecto de investigación con un enfoque cualitativo donde se interpretarán los mecanismos de afrontamiento y adaptación ante la muerte, de acuerdo a los significados y vivencias que compartan los enfermeros participantes de la muestra, considerando la antigüedad que poseen en la disciplina. Dicho abordaje permite un proceso flexible y abierto, dinámico que permite indagar y recoger datos en profundidad de aspectos subjetivos de los participantes. (Salgado, 2007)

La estrategia metodológica seleccionada será la fenomenología, que indaga en la descripción de los significados vividos, existenciales, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables. (Guillen, 2019). En función a los objetivos específicos de dicho proyecto se buscará comprender los comportamientos y respuestas habituales que los enfermeros utilizan para mantener la adaptación ante la muerte de un paciente. Además, explorar en aspectos experienciales y develar las percepciones que éstos tienen de la muerte.

MAPEO: SITIO Y CONTEXTO DE ESTUDIO.

Una vez realizada una reflexión sobre el contexto en el cual se llevará a cabo la investigación, es necesario ubicarse en el escenario en el cual se va a interactuar con los participantes. En este sentido se tomará como sitio un Hospital Público de dependencia Municipal de tercer nivel de complejidad ubicado en zona centro de la Ciudad de Rosario. Considerando como contexto los servicios de internación.

Para dar comienzo al mapeo se estableció previamente una serie de preguntas con el fin de poder obtener información del sitio y contexto dejando la posibilidad de que emerjan datos que no han sido contemplados por la investigadora. Cabe destacar que en este caso no ha sido necesario contar con la presencia de un portero teniendo en cuenta que la investigadora cuenta con libre acceso a la institución, ya que desempeña tareas como enfermera asistencial. De igual manera y para evitar que lo planteado en la idea inicial se vea sesgado por la subjetividad de la autora de este proyecto se decide contar con informantes clave. En este caso los mismos fueron: una Supervisora de Enfermería y el secretario de Departamento de Enfermería.

Las estrategias seleccionadas para lograr el rapport con los informantes fueron: interiorizarlos en el proyecto de Investigación, conocer y respetar sus rutinas sin interferir

en su trabajo diario, acordando horarios de consulta. Mantener una relación empática y una comunicación fluida.

En el caso de la Supervisora la información que brindó permitió conocer que en dicha institución los trabajadores no cuentan con un espacio, y tampoco grupos de apoyo para afrontar la muerte de un paciente. En relación al segundo informante se pudo obtener información oportuna sobre el personal enfermero que trabaja en el Hospital, antigüedad laboral, cantidad de enfermeros por sector, rotaciones. A través de la información obtenida por los informantes, la idea inicial no fue modificada.

Las consideraciones a tener presente para no avasallar los principios bioéticos fueron no maleficencia, dicha investigación no pretende infringir ningún tipo de daño, no pretende estigmatizar a la Institución. En cuanto al principio de autonomía, se presentó una autorización para poder realizar el proyecto de investigación manteniendo el anonimato, donde se garantizará el propósito y fin de la misma, se informará cuanto tiempo durará la investigación y quien será investigador involucrado para llevar adelante el proyecto, a fin de que la Institución pudiera decidir libremente de la decisión de autorizarla. Se aclarará que dicha investigación no va a otorgar un beneficio directo, solo aportará conocimiento acerca de la temática.

MUESTRA.

Para decidir la estrategia de muestreo se tendrá en cuenta, la *pertinencia*, enfermeros que se encuentren realizando sus actividades al momento de la investigación, que deseen participar y que hayan vivenciado la muerte de un paciente en algún momento de su práctica profesional. La población será heterogénea, debido a que interesa comparar los procesos de adaptación y afrontamiento ante la muerte en función de la antigüedad en la disciplina.

Se logrará alcanzar la adecuación, seleccionando solo a los participantes que aporten la suficiente cantidad de datos para lograr la interpretación profunda de los mismos, datos completos, profundos, precisos, hasta llegar a la saturación del dato.

Se llevará a cabo un *Muestreo No Probabilístico Intencional*, ya que interesa la profundidad de los datos obtenidos y no la generalidad de los resultados. En cuanto a la cantidad de participantes dependerá de la saturación de los datos, hasta el punto en que ya no se obtiene nueva información, o esta comienza a ser redundante. Pero se estima que la muestra inicial será de 10 participantes, considerando la pertinencia y adecuación de las unidades observacionales.

En un primer momento se realizará a través de una técnica grupal, un muestreo accidental, o casual, que consiste en tomar una muestra de la población que se encuentre disponible y al alcance el día de la recolección de datos con el fin de obtener información en el menor tiempo posible, es un proceso fácil y económico. En este primer momento se tomará alrededor de 5 participantes para conformar cada grupo, se estima tomar al menos dos grupos.

En una segunda instancia, se tomará un muestreo teórico en función de las respuestas que aporten los participantes durante la fase grupal considerando los diferentes tipos de estilos y estrategias relacionados a la categoría conceptual.

En relación a la selección de las unidades observacionales se considera que el principio de justicia ha sido resguardado considerando el criterio de inclusión y asegurando la heterogeneidad de la muestra. Se considerará la participación de enfermeros con diferente antigüedad teniendo en cuenta que solo hayan atravesado por la experiencia de muerte de un paciente.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las estrategias escogidas para la recolección de datos en la presente investigación será la entrevista semiestructurada, flexible y abierta, que se llevará a cabo en el primer encuentro con un grupo focal. Se partirá de un guión, permitiendo introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados. Teniendo en cuenta la categoría "*Procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte*" y subcategorías apriorísticas "*Estilos*" y "*Estrategias*".

Constituye un recurso inicial que facilitará mediante conversaciones, el objetivo de captar la percepción de los entrevistados, sin imponer la opinión del investigador. Se utilizará entonces, una guía de temas con un conjunto de preguntas generales, permitiendo que los participantes se expresen con total libertad. Las mismas serán grabadas, y se tomarán notas sobre lo observado en el registro de campo del investigador. Como dificultad presenta la facilidad de desviarse del objetivo de la investigación, debido a distorsiones provocadas por la presencia de factores emocionales. La abundancia de datos podrá producir dificultades a la hora de la reducción de la información. (Monje Álvarez, 2011)

En un segundo momento, se utilizará la entrevista individual en profundidad, que tendrá como propósito profundizar los significados y símbolos atribuidos al fenómeno en estudio por los propios participantes, tomando los insumos provistos en la primera etapa

de recolección de datos. La misma se llevará a cabo a través de reiterados encuentros cara a cara donde los mismos serán flexibles y dinámicos, permitiendo profundizar en los aspectos que emergen de ella, a través del lenguaje. Las ventajas de las entrevistas serán tomar el dato de manera natural, tal cual es expresado por los participantes, el dato puro. Y las desventajas serán, que ante reiterados encuentros lleguen a “aburrir” a los participantes.

Los principios bioéticos durante el proceso de recolección de datos serán: no maleficencia, no se busca generar daño a los participantes, y en el caso de que algún participante al recordar las vivencias se le presentará algún tipo de malestar, se le brindará apoyo emocional, contención.

Se informará en cuanto al principio de beneficencia que dicha investigación no proveerá de ningún beneficio directo. En cuanto al principio de autonomía, se presentará un consentimiento informado, revelando la información necesaria y suficiente de dicho proyecto, donde se asegurará la comprensión y la voluntariedad de formar parte de dicha investigación. En caso de que éste quiera interrumpir la entrevista queriéndose retirar, se le informará que es su libre decisión (Anexo IV). En cuanto al principio de justicia, cada unidad observacional será tratada de la misma forma, no se emitirá juicios de valor ante la información que brinden, se transcribirá de forma textual cada una de las entrevistas.

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

En dicho proyecto se utilizará triangulación de investigadores. Se adiestrará a un colaborador para las entrevistas, que, a la hora de codificar, discutir y analizar los datos, garantizará la validez de los hallazgos. Además, se utilizará una triangulación de datos, que serán recogidos del grupo focal y de las entrevistas individuales en profundidad.

PLAN DE ANÁLISIS.

El análisis de contenido será el método utilizado por este proyecto, dado que permitirá descubrir la significación de la información brindada por los participantes, consiste en clarificar y/o codificar los diferentes elementos de los mensajes en categorías. Será la técnica que se utilizará para la descripción objetiva y sistemática del contenido manifiesto en las entrevistas, y de lo observado en las mismas, a fin de interpretar y profundizar en el contenido latente y el contexto. (Gómez, 2000). Se utilizará como herramienta informática de soporte ATLAS.ti.

Durante la exploración de los datos obtenidos, una vez finalizada la transcripción de los mismos, se identificarán patrones o temas que se repitan. Este proceso se denomina proceso de reducción o segmentación, que consiste en la división de los discursos, (signos hablados, escritos, etc.). En este proyecto luego de desgravar y transcribir las entrevistas, con sus respectivas anotaciones de la bitácora de campo en un archivo en Word, que cabe resaltar que a cada entrevista le corresponderá un archivo con un nombre anónimo. Se procederá a reducir o segmentar en unidades de contenidos o fragmentos que contienen una misma idea. La amplitud de cada segmento será variable dependiendo de la idea implicada.

La descripción de los datos resulta de las características del objeto de estudio y de la contratación de éstos con las categorías apriorísticas "*Procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte,*" subcategorías apriorísticas "*Estilos*" y "*Estrategias* ", para poder analizar si se ajustan o no al objetivo general de la investigación. Consiste en explicar de manera detallada y ordenada, desarrollando conceptos y preposiciones teóricas a fin de atribuir un significado inteligible para otras personas. Dicha descripción surge de la recopilación bibliográfica, tanto como del marco teórico referencial tomado de Callista Roy. (Monje Álvarez, 2011)

La interpretación de los datos consiste en limpiar los datos que no se relacionen con lo que se busca, analizar los fenómenos o influencias no previstas. Es establecer conexiones entre categorías de datos desde las teorías, generando nuevas o comparándolas con otras. La interpretación permite extraer el "sentido" de los datos, convertir lo "invisible en visible". Es aquí donde podrán surgir categorías emergentes, de acuerdo al problema de investigación, al interpretar con la teoría previa, lo nuevo o emergente de las entrevistas. (Monje Álvarez, 2011)

Los criterios a la hora de organizar los datos se llevarán a cabo a través de un proceso de reducción y categorización de la información. Se tendrá en cuenta los diferentes tipos de datos obtenidos, lenguaje verbal y no verbal, gestual y postural, silencios y datos del contexto. En un principio se organizarán los datos grupales, y luego se tomarán las entrevistas individuales en profundidad. Dichas entrevistas serán desgravadas, y se incluirán todas las notas de campo que hayan tomado los investigadores.

Se llevará a cabo una segmentación de la información. Una vez transcriptas las entrevistas, se seleccionarán los fragmentos de las ideas que responden a las preguntas

de la investigación, en conjunto con las marcaciones de lo observado (segmentar texto y contexto).

Luego, se decodificará la información a través de descifrar e interpretar el significado del texto, consiste en el proceso en el que se definen las categorías apriorísticas sobre las que trata los datos que se van a abordar, donde se identifican conceptos y relaciones entre ellos. Los códigos que se aplicarán en un segundo momento, permiten organizar datos para poder examinarlos y analizarlos de forma estructurada.

De la agrupación de estos códigos, se elaborarán categorías. Éstas, son las clasificaciones más básicas de conceptualización, con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, para organizar conceptualmente los datos y presentar la información. La categorización consiste en la segmentación de elementos singulares, unidades que resulten significativas o relevantes, con base a un criterio unificador, teniendo como fin que al final del proceso todas las ideas estén incluidas en alguna categoría. (Monje Álvarez, 2011).

Para garantizar que los resultados obtenidos tengan validez, se deberá asegurar la calidad del proceso realizado. La calidad surge del proceso metodológico donde fueron recabados los datos, tal como lo vivencian y perciben los informantes, para reflejar que los resultados hallados sean la realidad investigada y que no sea producto de la imaginación del investigador.

Los criterios de calidad en las investigaciones cualitativas se denominan credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

La credibilidad se consolida con la recolección de datos en cantidad y calidad, producto de diferentes perspectivas, combinación de técnicas, cantidad de informantes, confrontación de las fuentes y de los métodos (triangulación) y fundamentalmente revalidación entre los valores y expresiones de los informantes con los valores y expresiones del investigador, lo que significa someter los resultados a la corroboración por parte de los participantes. Otro aspecto a tener en cuenta es la confrontación con los resultados obtenidos en otros procesos de investigación similares. (Monje, 2011). Se aplicará por medio de compartir con los informantes los hallazgos y que éstos sean reconocidos como una verdadera aproximación a lo que ellos piensan y sienten.

La principal amenaza para la credibilidad es la falta de pericia del investigador, fundamentalmente en cuanto a saber escuchar lo que se dice y cómo se dice, para mirar más allá de lo que se expresa de manera textual, sobrevalorar datos en función de un

exceso de empatía con algún informante, seleccionar solo datos que se relacionen con sus propias preconcepciones o valores, influir con su presencia en el grupo estudiado y en la construcción de categorías y códigos sin reflexión teórica. Para que esto no suceda, además de contar con un marco teórico referencial, se procederá a invitar a un colaborador, que sea el encargado de entrevistar y analizar los datos obtenidos, para luego discutirlos.

La dependencia o consistencia de los datos se hace operativa mediante una suerte de auditoría externa. Para ello, se facilitará la documentación que haga posible tal inspección: guiones de entrevista, transcripciones y todo tipo de documentos en los que se pueda seguir el rastro del trabajo intelectual.

La confirmabilidad implica acercarse a la neutralidad del investigador. En este caso el investigador deberá estar alerta con respecto a reconocer su propia injerencia, influencia y responsabilidad en la elección de los procedimientos y fundamentalmente en las posiciones teóricas que adopta al momento de interpretar lo que los actores expresan, captar la realidad de la misma forma que lo haría alguien sin prejuicios ni orientado por intereses personales. (Ruiz, 1999). Dicho criterio, se aplicará mediante el colaborador en el análisis de la información, no se emitirá ningún juicio de valor.

En cuanto a la transferibilidad, que consiste en la posibilidad de transferir los resultados a otros contextos o grupos dependerá de la audiencia o el lector del informe, que serán los que determinarán si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello, es necesario describir densamente el lugar y las características de los participantes donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos. (Vásquez, 2003)

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Cronograma de actividades	Enero				Febrero				Marzo				Abril					Mayo				Junio				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Recolección de datos	■	■	■	■	■	■	■	■																		
Análisis de datos e interpretación					■	■	■	■	■	■	■	■														
Categorización					■	■	■	■																		
Presentación de resultados													■	■	■	■										
Conclusión y discusión de resultados																	■	■	■	■						
Presentación del informe final																					■	■	■	■		
Publicación/ difusión de los resultados																									■	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilera Portales, Rafael E.; González Cruz, Joaquín. (2009) La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. *Gazeta de Antropología*, N.º 25 /2, Artículo 56. De: <http://hdl.handle.net/10481/6903>

Albarracín Rodríguez, A. P.; Rey Hernández, L. A. y Jaimes Caicedo, M. M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 111-126. De: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/498/1034>

Bautista, Jesús Silva y Torres, Juan Carlos (2019). Creencias científicas y religiosas acerca de la muerte y la vida después de la muerte: validación de una escala. *Integración Académica en Psicología*. Volumen 7. Número 20. PP. 76,87. ISSN: 2007-5588. De: <https://integracion-academica.org/anteriores/2-uncategorised/240-creencias-cientificas-y-religiosas-acerca-de-la-muerte-y-la-vida-despues-de-la-muerte-validacion-de-una-escala>

Botero Soto, Paula Andrea (2013) Discapacidad y estilos de afrontamiento. Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*. ISSN-e 2216-0701, Vol. 3, N.º. 2, (Ejemplar dedicado a: Perspectivas Teórico-Aplicadas en Psicología Clínica), págs. 196-214. De: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815>

Brena Ramos, Verónica Marilú (2020). La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. Universidad de la Sierra Sur, México. De: <https://www.redalyc.org/journal/356/35663293002/html/>

Carver, CS, Scheier, MF y Weintraub, JK (1989). Evaluación de las estrategias de afrontamiento: un enfoque con base teórica. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 56 (2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Díaz de Flores, Leticia, Durán de Villalobos, María Mercedes, Gallego de Pardo, Patricia, Gómez Daza, Bertha, Gómez de Obando, Elizabeth, González de Acuña, Yolanda, Gutiérrez de Giraldo, María del Carmen, Hernández Posada, Ángela, Londoño Maya, Jenny Carolina, Moreno Fergusson, María Elisa, Pérez Giraldo, Beatriz, Rodríguez Carranza, Claudia, Rozo de Arévalo, Clara, Umaña de Lozano, Carmen, Valbuena, Sandra, Vargas Márquez, Roberto, y Venegas Bustos, Blanca Cecilia. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en&tlng=es.

Díaz Tobajas, M. C., Juarros Ortiz, N., García Martínez, B., y Sáez Gavilán, C. (2016). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 16(1), 246–265. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>

Duche Pérez, Alexandre Brian. (2012). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y religión*, 22(37) De http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-70812012000100007&lng=es&tlng=es.

Duque PA, Betancur Manrique Y, Franco Galvis A, Hoyos Castañeda M, Valencia Hernández EE. (2020) Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. *Investig Enferm*. De: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.adem>

Echeburúa Enrique, Paz de Corral y Amor Pedro J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. De: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/RESISTENCIA-A-LAS-PERDIDAS-ECHEBURUA-1.pdf>

Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O, Barriga O. (2011) Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. De: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500015>

Fernández Abascal, E. G., García Rodríguez, B., Jiménez Sánchez, M. P., Martín Díaz, M. D., y Domínguez Sánchez, F. J. (1997). *Psicología de la emoción*. España: Universitaria Ramón Areces. De: <https://books.google.com.co/books?id=-2-UDAAAQBAJ&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>

Fernández, Flory (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (96). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15309604>

Freitas, Tiago Luan Labres de, Banazeski, Ana Claudia, Eisele, Adriane, de Souza, Elaine Natalia, Bitencourt, Julia Valeria de Oliveira Vargas, y Souza, Silvia (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 15(41), 322-334. De

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es&tlng=e

Galiana Laura, Oliver Amparo, Sansó Noemí, Pades Antonia y Benito Enric. (2017) Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. Vol 24(3), pág. 126-135. De: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.04.001>

Galindo, G. C. (2004). Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.

Gálvez González M, del Aguila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. (2013) Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. NURE Inv [Internet]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_original_afrontamiento.pdf

García-Avendaño, D. J., Ochoa-Estrada, M. C., & Briceño-Rodríguez, I. I. (2018). Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, 15(3), 281–293. De: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2421>

García Sánchez, Emilio, y García Garcés, Laura. (2021). Tecnificar La Muerte. Los Riesgos De Deshumanizar Los Cuidados Al Final De La Vida. *Humanidades: Revista De La Universidad De Montevideo*, n.º 10 (diciembre), 103-40. De: <https://doi.org/10.25185/10.5>

Gómez Mendoza Miguel Ángel (2000) Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas – UTP*. De: <https://metodologiaecs.wordpress.com/2012/05/20/analisis-de-contenido-cualitativo-y-cuantitativo/>

González Gil T. (2008) Estrategias culturales para el afrontamiento de la muerte infantil en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Enferm Intensiva*.; 19(3): 113-22. De: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1130239908727536&r=142>

Guillen Valle, Oscar Rafael; Cerna Ventura, Blanca Flor; Gondo Minami, Rita; Suarez Reyes, Félix; Martínez López, Edwin Alberto. (2019) ¿Cómo hacer un plan de tesis y una tesis cualitativa?, Lima. De: <https://universoabierto.org/2019/10/03/como-hacer-un-plan-de-tesis-y-una-tesis-cualitativa/>

Gutiérrez López, Carolina (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*, 6 (12),201-213. ISSN: 1794-3841. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835200009>

Hernández Márquez CI y Rojas Mancines JA. (2021) Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería y cursos de tanatología. *Rev ROL Enferm*; 44(9): 602-609. Disponible en: https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/09/ROL_REVISTA-SEP_21_Miedo-a-la-muerte-en-estudiantes.pdf

Hodelín Tablada, Ricardo (2013). Evolución histórica y dilemas sociales de la muerte. *MEDISAN*, 17,9199-9210. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445000002>

Kübler-Ross, E. (2005). *Vivir Hasta Despedirnos*. Ediciones Luciérnaga. Barcelona. España. De: https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/37/36888_Vivir_Hasta_Despedirnos.pdf

Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2007). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner. De: https://www.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/32/31277_Sobre_el_duelo_y_el_dolor.pdf

Lambert Ortiz, César, y Guerrero Santelices, Yuri. (2019). Algunas consideraciones acerca de la muerte de Sócrates a propósito de la pregunta, en el mundo actual, por el fin de la vida. *Valenciana*, 12(23), 213-229. <https://doi.org/10.15174/rv.v0i23.410>

Lazarus R, Folkman S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. De: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-del-comahue/psicologia/lazarus-libro-de-estres/10394765>

Lazarus, RS y Launier, R. (1978) Transacciones relacionadas con el estrés entre la persona y el entorno. En: Pervin, LA y Lewis, M., Eds., *Perspectives in Interactional Psychology*, Plenum, Nueva York, 287-327. De: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12

León Noris, M. L., López González, J., Posadas Tello, M. H., Gutiérrez Serrano, L., y Sarmiento Vega, E. S. (2017). Estrés y estilos de afrontamiento de las enfermeras de un hospital en Veracruz / Stress and confronting styles of the nurses of a hospital in

Veracruz. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 6(12), 47 - 70.
De: <https://doi.org/10.23913/rics.v6i12.56>

Lynch, Gloria, y Oddone, María Julieta. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 129-150. de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tlng=es.

Martín Crespo Blanco, Cristina; Salamanca Castro, Ana Belén (2007) El muestreo en la investigación cualitativa. Centro de trabajo: (1) Departamento de investigación de Fuden. De: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>

Marrero González, Cristo Manuel, & García Hernández, Alfonso Miguel. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Ene*, 13(2), 1321. Epub 21 de octubre de 2019. De http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001&lng=es&tlng=es.

Millon, T. (2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. Adaptación Española: Sánchez López, M. P., Díaz Morales, J. F., Aparicio García, M. Madrid: TEA.

Monje Álvarez, Carlos Arturo (2011) *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Universidad SubColombiana. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de Comunicación Social y Periodismo. NEIVA. De: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Morales Ramón, F., Ramírez López, F., Cruz León, A., Arriaga Zamora, R. M., Vicente Ruíz, M. A., Cruz García, C. D., y García Hernández, N. (2020). Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*, 12(1). De: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1081>

Ortúzar, María Graciela (1996) La definición de muerte desde las perspectivas filosóficas de Bernard Gert y Daniel Wikler. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, (31-32): 112-124. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2563/pr.2563.pdf

Osorio-Duran E, Lapeira-Panneflex P, Acosta-Salazar D. (2019) Cuidado al familiar del paciente críticamente enfermo desde la teoría de Callista Roy. *Duazary*. mayo; 16(2 número especial): 50-62. De: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2941>

Perea-Baena, J.M., y Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168.

De http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300003&lng=es&tlng=es.

Ramírez-Ochoa Martha Cecilia, García-Campos María de Lourdes, Alarcón-Rosales María de los Ángeles (2008) Nivel de adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 16(3): 145-153 Maestras en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Juárez de Durango. Durango, México. De: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim083d.pdf>

Rodríguez Arocho, Wanda C. (2002). Reflexiones en torno al 11 de septiembre y el eneludible deber de elegir. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 36 (1-2), 25-39. ISSN: 0034-9690. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28436204>

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4),145-153.De http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005&lng=es&tlng=es.

Sandín, Bonifacio (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1),141-157. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33730109>

Sandoval, Sylvia Álvarez, Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira, Schneider, Dulcinéia Ghizoni, Magalhães, Aline Lima Pestana, Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias, & Zilli, Francielly. (2020). Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. *Escola Anna Nery*, 24(3), e20190287. Epub De: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0287>

Sadrin, L. (2002). Como afrontar el dolor. Paulinas. Bogotá Colombia

Salanueva González Irma (2014) Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 17 No. 3. Universidad de La Habana. Cuba. De: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2014/epi143i.pdf>

Salgado Lévano, Ana Cecilia. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. De http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&tlng=es

Valle-Figueroa MC, García-Puga JA, Quintana-Zavala MO, García-Pérez Y. (2019). Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. *SANUS*, (11): 19-31. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi11.148>

Vásquez, Martha Lucía y Castillo, Edelmira (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34 (3), 164-167. ISSN: 0120-8322. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>

Vázquez Valverde, C., Crespo López, M., y Ring, J. M. (s.f.). (2003) Estrategias de Afrontamiento. De: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

Veizaga, Karen Janine, y Pinto, Bismarck. (2005). Representación social de la muerte en distintas religiones. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 3(2), 101-122. De http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612005000200006&lng=es&tlng=es.

Villamizar Carvajal, Beatriz y Durán de Villalobos, María Mercedes. (2012). Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado. *Avances en Enfermería*, 30 (2), 97-107. De http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000200010&lng=en&tlng=es.

Villoro, Luis. (2008). *Crear, saber, conocer* (18ª. ed.), México: Siglo XXI. De: <https://librosycultura2.files.wordpress.com/2018/03/villoro-2008-crear-saber-conocer.pdf>

Vivar, Cristina G., McQueen, Anne, Whyte, Dorothy A., & Canga Armayor, Navidad. (2013). Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index de Enfermería*, 22(4), 222-227. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300007>

Zoraida Elena Carmona Berrios, Cira Elizabeth Bracho de López (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Death, Mourning and their Effect on Health Teams. Revista de Salud Pública*, (XII) 2: 14-23. De: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf

Zeidner, M., & Hammer, A. (1990) Eventos vitales y recursos de afrontamiento como predictores de síntomas de estrés en adolescentes. *Personalidad y diferencias individuales*. Vol.11, 693-703. De: [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90254-O](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90254-O)

ANEXOS

I. Guía de mapeo

1. ¿La Institución autoriza la recolección de datos y posterior publicación de los mismos?
2. ¿Se encuentran trabajando enfermeros que hayan vivenciado la muerte de un paciente?
3. Dentro de la Institución, ¿Hay grupos de apoyo, o un espacio al cual se pueda acudir para afrontar dicha situación? ¿Existe algún tipo de contención?
4. ¿La Institución cuenta con un lugar físico para poder realizar la recolección de datos?
5. ¿La Institución cuenta con datos sobre los enfermeros en cuanto a antigüedad laboral, rotaciones de servicio dentro del mismo? ¿Se puede acceder a esta información?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que **Bersano, Vanesa Soledad** es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----
El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.-----
A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los **07 de septiembre de 2022**.

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Autorizado
Dra Silvia Lujan
Coordinadora CDII HECA

II. Bitácora o diario de campo

Entrevista I. C.U. Femenino 38 años.

Fecha: 20 de octubre 2021 Hora: 16:30 hs. Lugar: Domicilio del investigador.

Investigador: - Para comenzar, quiero saber ¿qué significa la muerte para vos?

C.U.: - La muerte para mi es el final de la vida.... (hay un silencio, mira la mesa fijamente donde nos encontramos sentadas)

Investigador: - ¿Cuál fue tu primera experiencia con la muerte?

C.U.: - Mi primera experiencia con la muerte fue a los 11 años..... (silencio, se frota las manos) ... con el suicidio de mi tía.

Investigador: - ¿Qué es lo que recordas de ese momento?

C.U.: - Emmmm... recuerdo que no hubo ningún tipo de conversación al respecto, solo se dijo que sufría depresión por obesidad.

Investigador: - Pero vos... ¿qué sentiste?, ¿o qué es lo primero que recordas que te causara ese momento?

C.U.: - Recuerdo el sufrimiento y el llanto de sus hijos y esposo... una situación desesperante...horrible ...además que en aquellos años mis padres no me preguntaron si quería ir al velatorio..... pareciera que era obligación asistir y tuve que ir obligada. (Se le llenan los ojos de lágrimas, titubea)

Investigador: - En cuanto al trabajo... ¿tuviste alguna experiencia cercana a la muerte con un paciente? (se le acerca al entrevistado un vaso de agua y pañuelos descartables)

C.U.: - Si si siempre se está en contacto con la muerte trabajando.

Investigador: - ¿Hace cuantos años que trabajas de enfermera?

C.U.: - Hace más de diez años ya...

Investigador: - ¿Qué te genera esta experiencia dentro de lo laboral?

C.U.: - Ahora ya no me genera mucho (Baja la mirada, se vuelve a frotar las manos)

Investigador: - ¿Por qué decís que ahora no te genera mucho?

C.U.: - Y... porque creo que uno se acostumbra a ver tanta gente muriendo en el hospital, los abuelitos o las personas que están muy enfermas es como obvio que no hay nada para hacer y se terminan muriendo.

Investigador: - ¿Y como te hace sentir esto?

C.U.: - Te pone mal... se siente mal porque van para curarse y a veces no se puede. Es como que sentía antes que fracasaba en no poder salvarlos.

Investigador: - ¿Y tú primera experiencia con la muerte de un paciente?

C.U.: Fue angustiante..... (piensa... se lleva las manos a la boca... silencio)... emmmm. No sabía cómo acompañar a la familia, no sabía que hacer ni que decir. Ellos lloraban y no sabía cómo aliviar su dolor.

Investigador: - ¿Crees que se te dio en algún momento alguna herramienta para afrontar esta experiencia con la muerte?

C.U.: - No, creo que no se me enseñó ninguna herramienta. No recuerdo cuales pueden ser. O no las apropié (sonríe, levanta ambos hombros)

Investigador: - Mientras estudiaste, ¿alguna que recuerdes?

C.U.: En la facultad siempre decían empatía y distancia optima. Pero me suena a solo palabras.

Investigador: - Y en cuanto a tu vida personal o diaria, ¿pudiste charlar con alguien de este evento?

C.U.: - En su momento lo hable en terapia, por varios años. Cuando moría algún familiar, entre otras cosas que hablaba con la psicóloga.

Investigador: - ¿Algún elemento de distracción?, que te ayude ...

C.U.: - A veces me ayuda leer, la música, salir a caminar... eso?

Investigador: - Sisi a eso me refiero. Volviendo al tema de como experimentas la muerte de un paciente. ¿Crees que lo laboral y lo personal se encuentran relacionados ante este evento?

C.U.: - Creo que sí. A veces me pasa que depende de cómo se muera el paciente me acuerdo de algo personal. Una vez me paso que me pusieron en un sector a trabajar

y ahí falleció mi papá y traté de poder trabajar ahí y no pude. (Ojos llenos de lágrimas, se sopla la nariz). Hasta pedí que me sacaran de ese sector.

Investigador: - Debe ser difícil, ¿estas bien? (Se le acerca otro vaso de agua)
¿Necesitas algo?

C.U.: No estoy bien, ya paso. Me di cuenta que es un tema que no me gusta hablar, ni pensar que hay después.

Investigador: - Bueno. Con esto terminamos. Te agradezco por el tiempo y por contestarme.

Entrevista II. W.B masculino 30 años

Fecha: 23 de octubre 2021 Hora: 19 hs. Lugar: Sala de reuniones del Hospital.

Investigador: - Para iniciar quiero preguntarte ¿qué significa para vos la muerte?

W.B.: - Para mí es una parte del ciclo de la vida. Así como uno celebra cuando una mujer queda embarazada, es decir, se celebra la próxima llegada de un bebé y se naturaliza esta etapa de la vida, no digo que uno ande celebrando la muerte, pero creo que la gente debe naturalizar más el tema de la muerte y no tomarlo tanto como un tabú, donde no se habla del tema, donde le tienen miedo. Así como el nacimiento, la muerte también es una etapa, un ciclo de la vida.

Investigador: - Decís que la gente le tiene miedo a la muerte o lo toma como un tabú. Pero vos.... ¿sentís esto también?

W.B.: - Antes si, pero ahora ya no... o no tanto. (Se lo nota confundido)

Investigador: - ¿Me podrías explicar?

W.B.: - Creo que cuando alguien esta muy cercano a la muerte todo el tiempo, lo naturaliza, es algo que a todos nos va a pasar. Si creo que es algo del ciclo de la vida. Pero en ciertos momentos te da miedo, porque pensas que te puede pasar a vos o a algún conocido.

Investigador: - ¿Cómo fue tu primer contacto con este evento?

W.B.: - Mi primer contacto con la muerte fue algo que me marco mucho, marco mucho a mi familia en realidad, y fue la muerte de mi madre. Ella tenía 33 años cuando murió de leucemia, en ese momento yo iba a cumplir 5 años y mi hermano más chico tenía 3 años y medio. A esa edad uno no entiende ni comprende muchas cosas, ni las consecuencias de tal hecho. Hoy puedo hablar tranquilamente de la muerte sin tenerle miedo, pero me llevó años comprender lo que significaba, y superar muchos traumas, de los cuales no culpo a la muerte, sino lo asocio con la falta de una figura materna y un padre poco presente, pero por culpa de hechos mayores, no podía dejar de trabajar así que nos cuidó mi abuela por mucho tiempo mientras él trabajaba. Así fue mi primer contacto con la muerte. (voz temblorosa)

Investigador: - ¿Recordas haber tenido alguna dificultad para procesar este evento?

- No creo que haya habido dificultades, como dije, creo que a esa edad los adultos creen que protegen al niño ocultando todo, y tratándose del tema de la muerte que lo tienen como un tabú, más allá del tiempo del duelo que conlleva la muerte, mi familia aún casi ni habla de tal tema. Es, como que en mi familia se hizo un pacto de silencio en donde el tema no se tocó nunca. (se lo observa calmado)

Investigador: - ¿Hace cuanto tiempo que trabajas de enfermero?

W.B.: - Hace cinco años.

Investigador: - En lo profesional, ¿vivenciaste la muerte de algún paciente?, ¿Te acuerdas que sentiste o como reaccionaste?

W.B.: - He vivido la muerte de pacientes, claro que sí, en su mayoría pacientes con cáncer, claramente uno como profesional de la salud naturaliza ciertas cosas, en este caso la muerte, si recuerdo la muerte muy bien la muerte de un paciente de 18 años, un chico joven que a esa edad le detectaron leucemia, me sorprendió que a tan temprana edad se le despertara esa enfermedad. Recuerdo muy bien a ese paciente porque tuvo una internación muy prolongada, de casi 6 meses, desde que le diagnosticaron la enfermedad hasta que murió. Nunca voy a olvidar a esos padres acompañando a su hijo, y ocultando o minimizando todo al hermano más chico del paciente, un nene de 5 años. Eso me hizo recordar un poco a cuando yo era chico y lo que vivimos con la muerte de mi mamá. (ojos vidriosos, baja la mirada)

Investigador: - ¿Necesitaste o pudiste hablar con alguien de lo acontecido?

W.B.: - Yo particularmente hice terapia unos años, si bien iba a terapia por otros temas, temas como la muerte de mi mamá fueron charlas que se fueron dando con la profesional, es así como hoy tranquilamente puedo tomar a la muerte como una etapa más de la vida.

Investigador: - ¿Se te brindó alguna herramienta para afrontar la muerte?

W.B.: - Dentro de la formación académica, en la carrera de enfermería, uno tiene ciertas materias y ciertos temas donde se abordan este tema de la muerte, del duelo... por ejemplo. Pero ya en el ámbito laboral la verdad que no hay un grupo de apoyo, ni un espacio o herramientas que aborden esta situación, como abordar el tema, tema que es complejo porque no solo es asumir la muerte sino el apoyo y acompañamiento familiar de ese paciente. (mira el salón, se recuesta en la silla)

Investigador: - ¿Buscas apoyo social? ¿Hablas con alguien de esto?

W.B: - No busco apoyo social, si en su momento cuando hice terapia abordamos este tema con la que era en su momento mi psicóloga. Si bien hay amigos con los que muchas veces hablas y llegas a mencionar el tema de la muerte, hoy en día aún a la gente le cuesta hablar de este tema de la muerte.

Investigador: - ¿Crees que la experiencia influye a la hora de vivenciar la muerte de un paciente?

W.B: - La experiencia en lo laboral influye mucho a la hora de vivenciar la muerte de un paciente, te genera una coraza cada vez más fuerte, te van quedando experiencias y vivencias de cómo abordar la situación, que es lo mejor y lo más óptimo para ese momento, para ese paciente, para esa familia que está detrás de ese paciente, padeciendo ese momento. Esas experiencias te hacen naturalizar más la muerte, te hace perderle el miedo, saber que, así como vinimos a esta vida, en algún momento nos iremos.

Investigador: - Gracias por tu tiempo.

III. Proceso de Exploración de la información

Categorías	Códigos
Estilos	Amarillo
Estrategias	Verde

Estilos: configuración de rasgos, la cual es el resultado de las disposiciones biológicas y del aprendizaje experimental, que define una modalidad estable de comportarse y de relacionarse con el medio para afrontar dicha situación.

Estrategias: comportamientos o respuestas habituales que el individuo utiliza para mantener la adaptación.

Entrevista I. C.U. Femenino 38 años.

Fecha: 20 de octubre 2021 Hora: 16:30 hs. Lugar: Domicilio del investigador.

Investigador: - Para comenzar, quiero saber ¿qué significa la muerte para vos?

C.U.: - La muerte para mi es el final de la vida.... (hay un silencio, mira la mesa fijamente donde nos encontramos sentadas)

Investigador: - ¿Cuál fue tu primera experiencia con la muerte?

C.U.: - Mi primera experiencia con la muerte fue a los 11 años..... (silencio, se frota las manos) ... con el suicidio de mi tía.

Investigador: - ¿Qué es lo que recordas de ese momento?

C.U.: - Emmmm... recuerdo que no hubo ningún tipo de conversación al respecto, solo se dijo que sufría depresión por obesidad.

Investigador: - Pero vos... ¿qué sentiste?, ¿o qué es lo primero que recordas que te causara ese momento?

C.U.: - Recuerdo el sufrimiento y el llanto de sus hijos y esposo... una situación desesperante....horribleademás que en aquellos años mis padres no me preguntaron

si quería ir al velatorio..... pareciera que era obligación asistir y tuve que ir obligada. (Se le llenan los ojos de lágrimas, titubea)

Investigador: - En cuanto al trabajo... ¿tuviste alguna experiencia cercana a la muerte con un paciente? (se le acerca al entrevistado un vaso de agua y pañuelos descartables)

C.U.: - Si si siempre se está en contacto con la muerte trabajando.

Investigador: - ¿Hace cuantos años que trabajas de enfermera?

C.U.: - Hace más de diez años ya...

Investigador: - ¿Qué te genera esta experiencia dentro de lo laboral?

C.U.: - Ahora ya no me genera mucho (Baja la mirada, se vuelve a frotar las manos)

Investigador: - ¿Por qué decís que ahora no te genera mucho?

C.U.: - Y... porque creo que uno se acostumbra a ver tanta gente muriendo en el hospital, los abuelitos o las personas que están muy enfermas es como obvio que no hay nada para hacer y se terminan muriendo.

Investigador: - ¿Y cómo te hace sentir esto?

C.U.: - Te pone mal... se siente mal porque van para curarse y a veces no se puede. Es como que sentía antes que fracasaba en no poder salvarlos.

Investigador: - ¿Y tú primera experiencia con la muerte de un paciente?

C.U.: Fue angustiante..... (piensa... se lleva las manos a la boca... silencio)... emmmm. No sabía cómo acompañar a la familia, no sabía que hacer ni que decir. Ellos lloraban y no sabía cómo aliviar su dolor.

Investigador: - ¿Crees que se te dio en algún momento alguna herramienta para afrontar esta experiencia con la muerte?

C.U.: - No, creo que no se me enseñó ninguna herramienta. No recuerdo cuales pueden ser. O no las apropié (sonríe, levanta ambos hombros)

Investigador: - Mientras estudiaste, ¿alguna que recuerdes?

C.U.: En la facultad siempre decían empatía y distancia optima. Pero me suena a solo palabras.

Investigador: - Y en cuanto a tu vida personal o diaria, ¿pudiste charlar con alguien de este evento?

C.U.: - En su momento lo hable en terapia, por varios años. Cuando moría algún familiar, entre otras cosas que hablaba con la psicóloga.

Investigador: - ¿Algún elemento de distracción?, que te ayude ...

C.U.: - A veces me ayuda leer, la música, salir a caminar... eso?

Investigador: - Sisi a eso me refiero. Volviendo al tema de como experimentas la muerte de un paciente. ¿Crees que lo laboral y lo personal se encuentran relacionados ante este evento?

C.U.: - Creo que sí. A veces me pasa que depende de cómo se muera el paciente me acuerdo de algo personal. Una vez me paso que me pusieron en un sector a trabajar y ahí falleció mi papá y traté de poder trabajar ahí y no pude. (Ojos llenos de lágrimas, se sopla la nariz). Hasta pedí que me sacaran de ese sector.

Investigador: - Debe ser difícil, ¿estas bien? (Se le acerca otro vaso de agua) ¿Necesitas algo?

C.U.: No estoy bien, ya paso. Me di cuenta que es un tema que no me gusta hablar, ni pensar que hay después.

Investigador: - Bueno. Con esto terminamos. Te agradezco por el tiempo y por contestarme.

Entrevista II. W.B masculino 30 años

Fecha: 23 de octubre 2021 Hora: 19 hs. Lugar: Sala de reuniones del Hospital.

Investigador: - Para iniciar quiero preguntarte ¿qué significa para vos la muerte?

W.B.: - Para mí es una parte del ciclo de la vida. Así como uno celebra cuando una mujer queda embarazada, es decir, se celebra la próxima llegada de un bebé y se naturaliza esta etapa de la vida, no digo que uno ande celebrando la muerte, pero creo que la gente debe naturalizar más el tema de la muerte y no tomarlo tanto como un tabú, donde no se habla del tema, donde le tienen miedo. Así como el nacimiento, la muerte también es una etapa, un ciclo de la vida.

Investigador: - Decís que la gente le tiene miedo a la muerte o lo toma como un tabú. Pero vos.... ¿sentís esto también?

W.B.: - Antes sí, pero ahora ya no... o no tanto. (Se lo nota confundido)

Investigador: - ¿Me podrías explicar?

W.B.: - Creo que cuando alguien está muy cercano a la muerte todo el tiempo, lo naturaliza, es algo que a todos nos va a pasar. Si creo que es algo del ciclo de la vida. Pero en ciertos momentos te da miedo, porque pensás que te puede pasar a vos o a algún conocido.

Investigador: - ¿Cómo fue tu primer contacto con este evento?

W.B.: - Mi primer contacto con la muerte fue algo que me marco mucho, marco mucho a mi familia en realidad, y fue la muerte de mi madre. Ella tenía 33 años cuando murió de leucemia, en ese momento yo iba a cumplir 5 años y mi hermano más chico tenía 3 años y medio. A esa edad uno no entiende ni comprende muchas cosas, ni las consecuencias de tal hecho. Hoy puedo hablar tranquilamente de la muerte sin tenerle miedo, pero me llevó años comprender lo que significaba, y superar muchos traumas, de los cuales no culpo a la muerte, sino lo asocio con la falta de una figura materna y un padre poco presente, pero por culpa de hechos mayores, no podía dejar de trabajar así que nos cuidó mi abuela por mucho tiempo mientras él trabajaba. Así fue mi primer contacto con la muerte. (voz temblorosa)

Investigador: - ¿Recordás haber tenido alguna dificultad para procesar este evento?

- No creo que haya habido dificultades, como dije, creo que a esa edad los adultos creen que protegen al niño ocultando todo, y tratándose del tema de la muerte que lo tienen como un tabú, más allá del tiempo del duelo que conlleva la muerte, mi familia aún casi ni habla de tal tema. Es, como que en **mi familia se hizo un pacto de silencio en donde el tema no se tocó nunca.** (se lo observa calmado)

Investigador: - ¿Hace cuanto tiempo que trabajas de enfermero?

W.B: - Hace cinco años.

Investigador: - En lo profesional, ¿vivenciaste la muerte de algún paciente?, ¿Te acordás que sentiste o como reaccionaste?

W.B.: - He vivido la muerte de pacientes, claro que sí, en su mayoría pacientes con cáncer, claramente uno **como profesional de la salud naturaliza ciertas cosas, en este caso la muerte**, si recuerdo la muerte muy bien la muerte de un paciente de 18 años, un chico joven que a esa edad le detectaron leucemia, me sorprendió que a tan temprana edad se le despierte esa enfermedad. Recuerdo muy bien a ese paciente porque tuvo una internación muy prolongada, de casi 6 meses, desde que le diagnosticaron la enfermedad hasta que murió. Nunca voy a olvidar a esos padres acompañando a su hijo, y ocultando o minimizando todo al hermano más chico del paciente, un nene de 5 años. **Eso me hizo recordar un poco a cuando yo era chico y lo que vivimos con la muerte de mi mamá. (ojos vidriosos, baja la mirada)**

Investigador: - ¿Necesitaste o pudiste hablar con alguien de lo acontecido?

W.B: - **Yo particularmente hice terapia** unos años, si bien iba a terapia por otros temas, temas como la **muerte de mi mamá** fueron charlas que se fueron dando con la profesional, es así como hoy tranquilamente puedo tomar a la muerte como una etapa más de la vida.

Investigador: - ¿Se te brindo alguna herramienta para afrontar la muerte?

W.B: - Dentro de la formación académica, en la **carrera de enfermería**, uno tiene ciertas **materias y ciertos temas donde se abordan este tema de la muerte, del duelo...** por ejemplo. Pero ya en el **ámbito laboral la verdad que no hay un grupo de apoyo**, ni un **espacio o herramientas que aborden esta situación**, como abordar el tema, tema que es complejo porque **no solo es asumir la muerte sino el apoyo y acompañamiento familiar de ese paciente.** (mira el salón, se recuesta en la silla)

Investigador: - ¿Buscas apoyo social? ¿Hablas con alguien de esto?

W.B: - No busco apoyo social, si en su momento cuando hice terapia abordamos este tema con la que era en su momento mi psicóloga. Si bien hay amigos con los que muchas veces hablas y llegas a mencionar el tema de la muerte, hoy en día aún a la gente le cuesta hablar de este tema de la muerte.

Investigador: - ¿Crees que la experiencia influye a la hora de vivenciar la muerte de un paciente?

W.B: - La experiencia en lo laboral influye mucho a la hora de vivenciar la muerte de un paciente, te genera una coraza cada vez más fuerte, te van quedando experiencias y vivencias de cómo abordar la situación, que es lo mejor y lo más óptimo para ese momento, para ese paciente, para esa familia que está detrás de ese paciente, padeciendo ese momento. Esas experiencias te hacen naturalizar más la muerte, te hace perderle el miedo, saber que, así como vinimos a esta vida, en algún momento nos iremos.

Investigador: - Gracias por tu tiempo.

PRIMER BORRADOR DE LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Sobre el estilo se encontró en el entrevistado 1 disposiciones biológicas y de aprendizaje experiencial. Refiere: *“mi primera experiencia con la muerte fue a los 11 años..... (silencio, se frota las manos) ... con el suicidio de mi tía.... recuerdo que no hubo ningún tipo de conversación al respecto, recuerdo el sufrimiento y el llanto de sus hijos y esposo”*. En el entrevistado 2 se encontró: *“mi primer contacto con la muerte fue algo que me marco mucho, la muerte de mi madre” ... “tenía cinco años” ... “mi familia se hizo un pacto de silencio en donde el tema no se tocó nunca”*. A través de estas experiencias dichos participantes formaron su estilo de personalidad, enmarcados por experiencias vivenciales donde eran chicos e influyó como su familia entendía la muerte en ese momento y contexto. El participante 1 comenta al respecto que: *“no me preguntaron si quería ir al velatorio.... pareciera que era obligación asistir y tuve que ir obligada.”*

Cabe aclarar que luego, al ser profesionales de la salud, forjaron otros estilos ante dicho evento. El participante 1 comenta al respecto que: *“ahora ya no me genera mucho” “se acostumbra a ver tanta gente muriendo en el hospital”*. Se puede interpretar que tiene un estilo minimizador de la situación, o que cuenta con una adaptación activa ante dicho evento. Aunque hace referencia a un momento de su vida profesional, que no pudo adaptarse a la situación: *“no pude trabajar ahí, hasta pedí que me sacaran de ese sector”*. Por lo que se puede interpretar que en algunos casos su estilo es evitativo.

Mientras que el entrevistado 2 menciona: *“como profesional de la salud naturaliza ciertas cosas, en este caso la muerte”, “la experiencia en lo laboral influye mucho a la hora de vivenciar la muerte de un paciente, te genera una coraza cada vez más fuerte, te van quedando experiencias y vivencias de cómo abordar la situación, que es lo mejor y lo más óptimo para ese momento, para ese paciente, para esa familia que está detrás de ese paciente, padeciendo ese momento. Esas experiencias te hacen naturalizar más la muerte, te hace perderle el miedo, saber que, así como vinimos a esta vida, en algún momento nos iremos.”* Ante esto, se puede interpretar que tiene un estilo activo ante la situación de muerte. No obstante, refiere: *“eso me hizo recordar un poco a cuando yo era chico y lo que vivimos con la muerte de mi mamá” (ojos vidriosos, baja la mirada).*

Con lo que se puede discutir que, según el contexto o la situación de muerte de un paciente, puede llevar al profesional a tener un tipo de estilo u otro, para afrontar y adaptarse a la situación.

En cuanto a las estrategias, el participante 1 refirió en cuanto a herramientas que se le hayan enseñado para afrontar este proceso de muerte *“creo que no se me enseñó ninguna herramienta. No recuerdo cuales pueden ser. O no las apropié”* (sonríe, levanta ambos hombros) *...” En la facultad siempre decían empatía y distancia optima. Pero me suena a solo palabras.”* En este apartado hace referencia a no contar con herramientas enseñadas previamente, pero al indagar en ciertas preguntas responde: *“lo hable en terapia, por varios años. Cuando moría algún familiar, entre otras cosas que hablaba con la psicóloga” “me ayuda leer, la música, salir a caminar”*. Por lo que se puede interpretar que éstas últimas son sus estrategias de afrontamiento.

El participante 2, cuenta con similares estrategias de afrontamiento, refiere: *“hice terapia abordamos este tema con la que era en su momento mi psicóloga.”*, pero señala que *“con amigos cuesta hablar de este tema de la muerte”*.

En cuanto a estrategias enseñadas dice: *“en la carrera de enfermería, uno tiene ciertas materias y ciertos temas donde se abordan este tema de la muerte, del duelo... por ejemplo. Pero ya en el ámbito laboral la verdad que no hay un grupo de apoyo, ni un espacio o herramientas que aborden esta situación, como abordar el tema, tema que es complejo porque no solo es asumir la muerte sino el apoyo y acompañamiento familiar de ese paciente.”* (mira el salón, se recuesta en la silla). Se puede interpretar en base a lo mencionado que, se abordan algunos temas de muerte, pero no se prepara al profesional con estrategias para hacerle frente, y así poder adaptarse a este proceso.

Surgen, además, categorías emergentes como ser: significado de muerte, donde el entrevistado 1 refiere: *“la muerte para mi es el final de la vida”* Donde hay un silencio, y mira la mesa fijamente donde nos encontramos sentadas. Se podría indagar en una segunda oportunidad más al respecto.

De esta categoría el entrevistado 2 refiere: *“para mí es una parte del ciclo de la vida”* y además la compara con el nacimiento como etapa que tiene que ser atravesada por el ser humano.

De las entrevistas, podemos develar los sentimientos que poseen los enfermeros ante dicho evento, como otra categoría emergente. La participante 1 señala: *“situación desesperante, horrible, angustia.... “Sentía que fracasaba al no poder evitar la muerte “Me di cuenta que es un tema que no me gusta hablar, ni pensar que hay después.”*

mientras que al participante 2 se lo observa más calmado y adaptado al tema, y refiere:
“se naturaliza, es algo que a todos nos va a pasar”

IV Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN

El propósito de este formulario es suministrar una explicación clara de la naturaleza de la presente investigación.

El objetivo es interpretar los procesos de afrontamiento y adaptación ante la muerte que poseen los enfermeros.

Si usted accede a participar en este estudio, formará parte de un grupo focal de no más de 10 personas, que serán enfermeros del Hospital de diferentes sectores de internación, junto a dos investigadores.

Se le pedirá responder a unas preguntas que serán grabadas y transcritas manteniendo la confidencialidad de grupo en todo momento. Además, la publicación de los resultados se mantendrá en forma anónima.

La duración de este primer encuentro será de 1 hora. Y podrá ser partícipe de un segundo encuentro para llevar a cabo una entrevista en profundidad de manera individual, con una duración máxima de 90 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y usted puede retirarse en el momento que crea necesario.

La información que se recoja será confidencial y anónima; no se usará para otro propósito fuera de esta investigación. Los resultados hallados serán compartidos con usted en caso que lo desee.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

*Ante cualquier duda puede contactarse al teléfono de la autora de este proyecto:
341-000000*

Hoja de firma:

Expreso libremente mi conformidad a participar en esta investigación.

He leído y entendido completamente el documento de mi consentimiento.

Lo firmo libre y voluntariamente quedando una copia para mí y otra para el investigador.

Fecha:

Firma del participante:

Aclaración

Fecha:

Firma del investigador:

Aclaración:

*Ante cualquier duda puede contactarse al teléfono de la autora de este proyecto:
341-000000*