

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



***TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON MENCIÓN EN CUIDADOS
INTENSIVOS – ADULTO***

**Vivencias del Enfermero en el Proceso de Muerte del Paciente
Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos
del Hospital Regional II-2. Tumbes 2019**

Línea de Investigación:

Cuidado de Enfermería al Ser Humano Durante el Ciclo Vital en los
Tres Niveles de Prevención.

Autor (es):

Lic. Jiménez Calero, Marlín Mercedes
Lic. Pacora Nicho, Carmen Liliana

Jurado Evaluador:

Presidente: Dra. Uribe Orellana, Marina

Secretario: Ms. Reyes Alfaro Erika Felipa

Vocal: Ms. Vargas de la Cruz, Verónica del pilar

Asesor:

Dra. Chú Campos, Luisa

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2204-5886>

TRUJILLO, PERÚ

2021

Fecha de Sustentación: 2021/05/27

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi acompañante de mí día a día, por mostrarme el camino de la sabiduría y por permitirme dejar huellas en mi camino.

A mis amados padres Gonzalo y Eugenia, por el haberme transmitido sus valores gran legado familiar. A mis hermanos por acompañarme, amarme y desearme siempre el bien en esta marcha de la Vida. A mis sobrinos por sus ocurrencias que me llenan de alegría y me motivan a seguir siendo su ejemplo.

A mi hijo Gonzalo Manuel, porque cambió mi vida y me llena de valor para continuar con los retos de la vida, a Víctor Manuel, Manuel Augusto y Roberto Daniel, por ser parte de mi vida, mis tesoros y compartir grandes momentos que siempre me reconfortan.

A mis queridos e inolvidables docentes, quienes compartieron sus conocimientos y me motivaron a continuar con mi perfeccionamiento profesional y por haber sembrado en mí la semilla de la investigación.

MARLIN MERCEDES...

DEDICATORIA

A Dios, mi Señor, mi Guía, mi Proveedor, mi Fin Último; sabes lo esencial que has sido en mi posición firme de alcanzar esta meta.

A mis hijos Huber y Ximena por ser mi fuerza de superación día a día. Y por permitirme estar en sus corazones hasta la eternidad.

A mi amado esposo por su apoyo y comprensión todo este tiempo. Por ser un gran padre para mis hijos y por amarme eternamente.

A mi amiga Marlín por toda su paciencia y apoyo en la culminación de nuestra tesis.

CARMEN LILIANA ...

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro profundo reconocimiento a las personas que hicieron posible esta investigación, agradecemos a:

A Dios Todopoderoso, por cada día de vida y permitirnos alcanzar este triunfo.

A la Asesora ***Dra. Luisa Chú Campos***, por su generosidad de guiar nuestro trabajo en un marco de confianza, afecto y amistad.

A, ***Mg. Victoria Moya Vega***, por su apoyo, amabilidad y disponibilidad y por mostrar su calidez de ser humano y como profesional.

A los Enfermeros del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos adulto del Hospital Regional II-2 Tumbes, por su apoyo y disponibilidad de participación. Muchas gracias por compartir vivencias tan exquisitas que nos han dotado de una experiencia significativa para nuestra formación como investigadores.

Las Autoras

RESUMEN

La presente investigación realizada bajo paradigma cualitativo, con enfoque fenomenológico; tuvo como objetivo develar las vivencias del enfermero en el proceso de muerte del paciente crítico en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional II-2 Tumbes, contó con una población de 36 enfermeros, saturándose la muestra en 8 participantes, a quienes se aplicó entrevista individual a profundidad, después de un análisis profundo se identificaron las taxonomías que dieron lugar a las categorías y subcategorías siguientes: Categoría I.- Vivencias del Enfermero frente al proceso de la muerte. Categoría II.- Autoconocimiento de sentimientos frente al proceso de muerte. Subcategoría 2.1.- Autoconocimiento de sentimientos positivos frente a la muerte. Subcategoría 2.2.- Autoconocimiento de sentimientos negativos frente a la muerte. Categoría III.- Develando emociones frente al proceso de la muerte. Subcategoría 3.1.- Develando emociones positivas frente al proceso de muerte. Subcategoría 3.2.- Develando emociones negativas frente al proceso de muerte. Categoría IV.- Describiendo actitudes del Enfermero en presencia de una persona moribunda. Subcategoría 4.1.- Asumiendo actitudes de compromiso solidario. Subcategoría 4.2.- Adoptando actitudes de indiferencia. Subcategoría 4.3.- Mostrando una actitud de cumplimiento rutinario. Resultados muestran el sentir de los profesionales que han vivenciado el proceso de muerte en los sujetos de cuidado.

Palabras Clave: Vivencias del Enfermero, Proceso de Muerte, Paciente Crítico.

ABSTRACT

The present investigation carried out under qualitative paradigm, with a phenomenological approach; Its objective was to reveal the experiences of the nurse in the process of death of the critical patient in the Intensive Care Unit. Hospital Regional II-2 Tumbes, had a population of 36 nurses, saturating the sample in 8 participants, to whom an in-depth individual interview was applied, after an in-depth analysis the taxonomies that gave rise to the following categories and subcategories were identified: Category I.-Experiences of the Nurse facing the process of death. Category II.- Self-awareness of feelings in the face of the death process. Subcategory 2.1.- Self-awareness of positive feelings towards death. Subcategory 2.2.- Self-awareness of negative feelings towards death. Category III.- Unveiling emotions in the face of the death process. Subcategory 3.1.- Unveiling positive emotions in the face of the death process. Subcategory 3.2.- Revealing negative emotions in the face of the death process. Category IV.- Describing attitudes of the Nurse in the presence of a dying person. Subcategory 4.1.- Assuming attitudes of solidarity commitment. Subcategory 4.2.- Adopting attitudes of indifference. Subcategory 4.3.- Showing an attitude of routine compliance. Results show the feelings of the professionals who have experienced the death process in the care subjects.

Key Words: Nurse Experiences, Death Process, Critical Patient.

PRESENTACIÓN

Las autoras del presente trabajo de investigación, son enfermeras que mantienen una cercana relación con sujetos de cuidado en trance crítico y los familiares, que cotidianamente viven el trance de muerte, en la unidad de cuidados críticos, la que por su naturaleza, objetivos y fines pone en trance de estrés al enfrentar a la muerte, situación vivencial que las ha motivado a incrementar su formación mediante los estudios de especialidad en esta área tan especial de la ciencia de Enfermería, surgiendo en ellas la necesidad de investigar y profundizar sobre cómo se dan las Vivencias del enfermero al enfrentar el proceso de muerte del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional II-2 de Tumbes.

Este trabajo es el producto de los hallazgos de la presente tesis de segunda especialidad, organizado según el esquema establecido por la Universidad Privada Antenor Orrego, considerando aspectos epistemológicos, filosóficos ontológicos y eminentemente científicos. Siguiendo rigurosamente las exigencias de una investigación cualitativa, los resultados encontrados se relacionan con los aspectos emocionales de impacto, a los que se va adaptando este profesional, para un mejor desempeño de su cuidado enfermero integral y un trato humanizado con el equipo de salud y los familiares de los sujetos en riesgo de muerte.

Finalmente, los resultados que las investigadoras responsablemente han obtenido, permitirán gestionar mejoras ambientales, de recursos humanos y equipos de calidad, de modo que no distraigan el tiempo requerido para la humanización del cuidado enfermero.

Mg. Guevara Herbias, Bedie Olinda.

Enfermera Clínica del Hospital Regional II-2 "JAMO" de Tumbes.

CONTENIDO

RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
PRESENTACIÓN	viii
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. OBJETIVO DE ESTUDIO.....	16
II. MARCO REFERENCIA	17
1.1. BASES TEÓRICAS.....	17
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
III. METODOLOGÍA	25
a. NATURALEZA Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	25
b. ESCENARIO DE ESTUDIO	26
c. SUJETO DE INVESTIGACIÓN	26
d. MUESTRA.....	26
e. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	27
f. RECOJO DE LA INFORMACIÓN.....	28
g. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	28
h. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	29
CRITERIOS ÉTICOS Y DE RIGOR / CIENTIFICIDAD	29
IV. RESULTADOS.....	32
V. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	33
VI. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	43
VII. RECOMENDACIONES.....	45
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
IX. ANEXOS.....	49

I. INTRODUCCIÓN

Enfermería es una de las ciencias que durante décadas su objeto de estudio ha sido y es el cuidado, se enfoca en brindar un cuidado de calidad y de calidez a las personas tanto sana como enfermas de diferente grupo etáreo. Su labor y su esencia trascienden en llegar a cubrir las necesidades del ser humano hasta en el último momento de la vida. La muerte, es el evento inevitable que causa gran impacto en cada profesional de la salud, es el de Enfermería el que debe, vivenciar el proceso de muerte inevitable en los sujetos a su cuidado; enfrentarse al hecho de asistirlo en el momento de morir, lo que implica un proceso doloroso especialmente para la enfermera que se encuentra envuelta cercanamente en el hecho de cuidar a una persona en agonía.

Los profesionales de Enfermería al desarrollar su cuidado en los diferentes servicios hospitalarios han pasado por la vivencia de afrontar el proceso de muerte de un sujeto a su cuidado, hecho que ocurre esporádicamente, con poca frecuencia, hoy en día las Instituciones de salud cuentan con un servicio de cuidados especializados en casos de pronósticos negativos y exigen un tratamiento muy especializado en forma intensiva, denominadas unidades de cuidados intensivos (UCI) convertidas en una área que se centra en la monitorización, tratamiento integral y multidisciplinario del paciente crítico¹.

EL paciente crítico es aquella persona que tiene una alteración homeostática corporal, severa constituida en una amenaza potencial para su vida; en UCI se cuidan a aquellas personas que requieren una monitorización intensiva e invasiva. Esta unidad es para los pacientes cuyas condiciones de salud son graves y la monitorización constante de sus signos vitales, tiene como objetivo actuar oportunamente ante sus alteraciones ¹

La razón esencial de la creación de este servicio es salvar vidas amenazadas, en estado de gravedad; contando con tecnologías de soporte vital manejada por personal especializado, avance que permite brindar la oportunidad de supervivencia a enfermos desahuciados.² Esto quiere decir con altas posibilidades de muerte, lo que significa un mayor número de vivencias en las que este profesional afronta el proceso de muerte de personas a su cuidado. Mundialmente las UCI se perciben como un área altamente especializada, consideradas como el “hospital del hospital” por los que requieren de sus servicios, lo consideran como “la última oportunidad” para superar sus graves problemas de salud, independiente de su naturaleza patológica.³ Situación que da la visualización general, que al momento que una persona en estado crítico ingresa a la unidad de cuidados intensivos, asume el riesgo de muerte, se sabe que esta unidad posee la más alta tecnología, los mejores recursos farmacológicos, el personal especializado y suficiente, un recurso presupuestario satisfactorio, que permite concluir que se ha convertido en la “última frontera” de la biomedicina.²

Los profesionales que laboran en las unidades de cuidados intensivos cuentan con una preparación enfocada a fortalecer conocimientos y técnicas para poder responder a las exigencias de perspectiva social. El Ministerio de Salud en aras de garantizar la calidad de la atención a los pacientes en las unidades de cuidado crítico, exige en su norma técnica administrativa de organización y funciones, que el perfil del profesional de enfermería debe estar altamente calificado en conocimientos y manejo tecnológico de última generación, según los niveles requeridos para la atención. Despreocupándose de las habilidades emocionales del profesional, visualizando más una preocupación técnica y, estadística.²

Hoy en día las UCI, influyen significativamente en la epidemiológica clínica, al haber contribuido a disminuir la mortalidad intrahospitalaria, en la realidad que se vive, sin que en ello influya la demanda de ingresos que terminan falleciendo, por ingresar en condiciones de mal pronóstico para su recuperación, a lo que se suman:

Edad avanzada y la pluripatología, siendo la tasa promedio de mortalidad a nivel internacional del 20%. En el Perú la mortalidad es relativamente baja 15.7% y localmente representada por 28% según el ASIS Tumbes 2015.

La esencia de creación de las unidades de cuidados intensivos, resalta que fueron creadas con la intención de salvar vidas, pero en la mayoría de los casos, los esfuerzos son en vano, cuando ocurre el fallecimiento, hay insatisfacción en el personal de salud y particularmente en enfermería, quien da lo mejor de sí para evitar la muerte, la que es vista más como un fracaso técnico, que como un hecho biológico; debido al desarrollo tecnológicos que han revolucionado los tratamientos médico con los cuidados enfermeros al acercarse el final de la vida, alejando las condiciones de incompatibilidad con la recuperación de la salud y la conservación de la vida.

Nuevas tecnologías, con las que surge la necesidad de volver a definir el significado de calidad de vida y el bien morir, para la persona sometida a esta sofisticada tecnología con que se cuenta. Asimismo, el profesional debe conocer las contradicciones emocionales al afrontar la vida y la muerte, aceptándolas y comprendiéndolas. La muerte para el profesional de Enfermería, adquiere relevancia por su significado afectivo en su estabilidad emocional, de ello dependerá lo que piense al estar 24 horas en estas condiciones del cuidado humano, sabiendo que puede morir en cualquier momento pese al cumplimiento responsable de sus cuidados. Es una necesidad tener claro conocimiento de lo que piensan, sienten y cómo actúan las personas cercanas a estos sujetos del cuidado, enfermero con dedicación exclusiva.

Algunas investigaciones refieren que el enfermero que trabaja con pacientes críticos, tiene la tarea de enfrentar un ambiente agotador, propio de la terapia intensiva por efecto de manejo preciso de los protocolos de monitorización, horarios estrictos, normas, etc. El enfermero como miembro del equipo de salud, tiene la responsabilidad de mantener vivo al sujeto de cuidado, favoreciendo la recuperación de su salud. Esta responsabilidad abrumadora acarrea como consecuencia la disminución de la sensibilidad para procurar condiciones que

favorezcan el buen final de la vida del paciente crítico³. Considerado en la formación profesional como el ayudar al bien morir del ser humano.

El presente estudio nace de la realidad observada, en los(as) enfermeros(as) que labora en cuidados intensivos, se ven afectados(as), por el estrés y sus consecuencias, considerando la exigencia física ante la constante y abundante información que debe manejar, los horarios para los procedimientos, su frecuencia y la farmacología constante, lo que acarrea una carga emocional ante la situación de riesgo para la vida del sujeto a su cuidado, de las exigencias del médico y de los familiares, factores que influyen en la capacidad de respuesta durante el cuidado en situaciones difíciles, la capacidad de responder a la exigencia del escenario, demanda de una acción humana consciente, que integrada a la realidad da un resultado, expresado en vivencias, como el acto de comprender las dimensiones que conforman al ser humano: Físico, mental, emocional, energético, político, cultural y espiritual.⁴

El Enfermero es también un ser humano con las mismas dimensiones, llegar a conocer su preparación para el afrontamiento de la muerte, sin poderla evitar genera un alto grado de insatisfacción. El conocer el proceso de la muerte le permitirá elaborar procedimientos estratégicos, que mejoren el cuidado de la persona en trance de muerte, preparándolo para un buen morir. Las características especiales de la UCI, que son significativas para el sujeto de cuidado y su familia, como el ser un espacio cerrado, complicadamente tecnificado y con horarios de visitas limitado, le da al enfermero el protagonismo de cuidador del enfermo, por lo que debe contar con una preparación emocional y espiritual para afrontar el proceso de la muerte en este servicio.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el hospital Regional II-2 de Tumbes, tiene una creación de seis años en donde se vienen atendiendo pacientes en estado crítico, que requieren un cuidado especializado. No ajeno a la realidad y a las necesidades de contar con un profesional de enfermería que además de contar con conocimientos científicos y tecnológicos debe tener habilidades emocionales

que les permita brindar cuidado de calidad, sobre todo con calidez, hecho que debe ser plasmado científicamente, optando por la investigación de este fenómeno desde un enfoque cualitativo, buscando develar sus vivencias durante el proceso de muerte al cuidar a una persona que está viviendo este momento crítico del final de su vida.

Investigación que surge de la necesidad de convencer a las instituciones hospitalarias que cuentan con una UCI de sofisticada tecnología, como alternativa recuperativa en una realidad social y sanitaria existente, sobre todo por ser un área en la que es frecuente la muerte hospitalaria, dando lugar a un alto grado de insatisfacción entre los profesionales del estudio, de las familias y de la misma institución. Esto se produce, porque son dos opciones que están coexistiendo, en donde el enfermero vive un ambiente impregnado del dolor, de sufrimiento, de insatisfacción, a la que debe aprender a hacerle frente asertivamente.

Determinar científicamente si el enfermero está preparado teóricamente para encarar la muerte y los procedimientos que debe realizar para ayudar a bien morir a la persona, superando el miedo a enfrentarse a ella, en su cotidiano cuidar. Los trabajadores del área de salud, pueden comprender y ayudar a aceptar este momento a la familia. Este rol exige aprender a aceptar sufrimientos y miedos que acompañan momentos del cuidado. Lo que hace necesario ampliar la visión del enfermero sobre la muerte, de modo que pueda apoyar emocionalmente, cada momento del proceso de la muerte y del momento de morir, así el cuidado será humanizado.⁴

El hecho de contar con una especialización en el área en estudio, se suma una amplia y compleja experiencia, el enfermero podrá apoyar su ejercicio profesional, al vivir este momento crítico y ser quien más tiempo permanece con el enfermo y su familia, es poco lo que se ha compartido de esta experiencia, por lo que debe ser investigada, de modo que se pueda contribuir en la realización del procedimiento específico que debe realizar este grupo profesional durante el proceso de la muerte, como algo natural en todo ser humano.

En las UCI se tiene la vivencia cotidiana de afrontamiento con el riesgo de muerte, en forma constante, al punto de convertirse en algo natural. Los profesionales de enfermería, al permanecer mayor tiempo interaccionando con este proceso, adquiere vivencias que le permiten asimilar autoaprendizajes y autoconocimientos emocionales sobre la muerte, lo que les ayuda, a vivir sin dramatizar este momento natural de la vida, tan rechazado y negado por los patrones culturales de la sociedad actual. El profesional enfermero con conocimientos y experiencias sobre la muerte debe asumir el reto de poder cumplir con un desempeño profesional en situaciones de sufrimiento ajeno, sin implicarse emocionalmente, hasta el punto de evitar ser afectado en su desempeño y a la vez ser sensible a las necesidades de las personas en trance de muerte y a sus allegados para que su desempeño sea con un mayor beneficio.

La relevancia del estudio realizado, es el fortalecimiento del conocimiento científico de la ciencia de enfermería en el cuidado humanizado del paciente crítico en el proceso de muerte, al ayudar a entender de manera profunda esta experiencia vivencial, para que pueda adoptar un trato cálido con el paciente y la familia, exteriorizar sus sentimientos, controlar su frustración ante la muerte, así como adoptar comportamientos asertivos, que le permitan superar y mejorar su accionar diario durante el cuidado, con vivencias que eviten su frustración y estrés.

Para la especialidad los resultados obtenidos, permitirán la elaboración de un instrumento, que motivará al enfermero la elaboración de protocolos de cuidado y atención durante el proceso de muerte que viven los pacientes críticos. Con este conocimiento se logrará una gran implicancia de mejora continua en las áreas críticas, que permitan estandarizar el cuidado enfermero durante el proceso de muerte, tanto en la atención directa del ser humano moribundo como en el apoyo emocional a la familia.

Hacer investigaciones cualitativas, con enfoque fenomenológico, permite conocer científicamente experiencias vivenciales relevantes del ser humano, las que al ser integradas holísticamente y ser socializadas en forma global incrementaran los saberes propios de la ciencia del cuidado humanizado, haciendo

posible su aplicación durante el cuidado de las personas en trance de muerte. Optando los investigadores por plantear el problema en la interrogante:

¿Cómo es la vivencia del enfermero en el proceso de muerte del paciente crítico en la unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional II-2 Tumbes - 2020?

1.1. OBJETIVO DE ESTUDIO

Objetivo General:

Develar las vivencias del enfermero en el proceso de muerte del paciente crítico en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional II-2 Tumbes, 2020.

Objetivo Específico:

Describir las vivencias del Enfermero durante el proceso de la muerte del paciente crítico.

Identificar los sentimientos, emociones, actitudes que despierta en el enfermero, la presencia del paciente moribundo.

Analizar e interpretar las vivencias del Enfermero frente al proceso de muerte del paciente crítico.

II. MARCO REFERENCIAL

1.1. BASES TEÓRICAS

Introducirse en el mundo fenoménico del enfermero para conocer, interpretar y comprender sus vivencias durante el cuidado de personas en proceso de muerte, permite comprender que se trata de "una experiencia vivida con gran intensidad por un individuo en un lapso de tiempo aquí-ahora" en el momento crítico, la agonía del moribundo, comprende emociones, conocimientos, respuestas cenestésicas y orgánicas.⁵

Fue Wilhelm Dilthey quien en el periodo de tiempo comprendido entre 1833-1911, el primer investigador sobre el sentido de las vivencias, que fue respaldada por García, el 2014 quien define vivencia como "*...algo revelado en el complejo anímico dado en la experiencia interna de un modo de existir en la realidad para un cierto sujeto*" Que son fenómenos "interiores" que; transcurren en la "inmanencia" y no en el "exterior"; no son susceptibles de ser observadas en sí mismas desde lo externo. Miran "hacia dentro" de la vida y no "hacia fuera" de esta.⁶

Para Florencia en el 2010 "...una vivencia es aquella experiencia que una persona vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter ya que lo que siente y aprende en la misma, le aportará sabiduría y asimismo le servirá de guía a futuro cuando deba enfrentar una situación similar".⁷ Psicológicamente, se entiende que vivencias son experiencias que marcan la personalidad del individuo. Cada persona reacciona de diferente modo ante un suceso externo, de acuerdo con su capacidad de reacción, se pueden convertir o no, en vivencia.⁸

Según Vygotsky, L. Citado por Hernández el 2010, “...*la vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo... debe ser entendida como la relación interior del... Individuo, como ser humano, con uno u otro momento de la realidad... la vivencia posee una orientación biosocial... revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad*».⁹

A partir de estos planteamientos las investigadoras aceptan que las vivencias permiten experimentarse a sí mismos como “sujetos” de ellas, de acuerdo a su carácter interior y su relación con la subjetividad de cada uno, son consideradas “entidades subjetivas”.¹⁰ El enfermero en su cuidado cotidiano, vive las diferentes formas de enfermar y de morir, esta experiencia en la práctica ha sido visibilizado como algo rutinario, generando atención durante el proceso de muerte.¹¹ El contacto directo con pacientes moribundos y sus familiares requiere de una formación específica para los enfermeros. Para ello, debe cultivar relaciones sociales y comunicativas, para poder acercarse y acompañar a estas personas y familiares.¹²

La Organización Mundial de la Salud [OMS], expresa que enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración a personas en situación terminal.¹³ Describe perfectamente el quehacer enfermero, resaltando su protagonismo en el cuidado a las personas que están a punto de perder la vida, por lo que interesa el conocimiento de su capacidad de respuesta ante el proceso de muerte en su cotidiano quehacer, con mayor significancia ante la muerte. El enfermero al ejercer su profesión, fusiona todos sus saberes con el conocimiento empírico y social, atribuye a las prácticas una racionalidad técnica, que se documenta en los registros clínicos, en los reportes de procedimientos.¹⁴

No se puede dejar de tener en consideración el planteamiento de Souza L; et al. Quienes ratifican que el equipo de enfermería es quien se enfrenta al padecimiento, que pueden existir en los más diversos momentos que involucran el cuidar, con los sentimientos de los otros y el que vive un proceso de muerte.⁸

Hernández el 2006, expresa: “*Hablar del significado de la muerte es considerar que es una expresión compleja, pues implica no solo el hecho biológico en sí, sino que conlleva matices sociales, legales y religiosos, entre otros*”.¹⁵ El concepto de muerte, ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba la muerte, cuando el corazón dejaba de latir y ya no se respiraba. Con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que se vuelve irreversible. La muerte desde el contexto biológico se define como la imposibilidad orgánica de sostener la homeostasia. Es el final del organismo vivo creado con el nacimiento. Existen tipos de muerte así en primer lugar muerte natural es aquella que se produce a consecuencia de la vejez. También la muerte violenta que experimenta alguien a raíz de un traumatismo contundente y fortuito.¹⁶

El mismo autor plantea, el 2009: “*En el contexto social el hombre aprende sus actitudes y comportamientos frente a la muerte que son culturalmente, un hecho natural e inevitable, moldeadas por las experiencias de pérdida y los rituales que la rodean*”. La evolución de las ciencias y los saberes técnicos intentando alargar la vida hasta sus últimas circunstancias, que tiene la incapacidad para suprimir la muerte como fracaso de su saber y de su poder. Actualmente en los hospitales, la muerte se vive socialmente como un tabú, no se permiten hablar de ella, ni al que saben que están cerca de morir; tal es el caso de los enfermos terminales, sin importar lo adverso de las circunstancias.¹⁷

La muerte es un hecho social paulatinamente institucionalizado, ha sido trasladado del hogar a los hospitales, es una tendencia que va en aumento, contándose con una referencia del 80% de los casos que se dan en un hospital o en la clínica y está totalmente medicalizada.¹⁸ La muerte necesita en nuestros tiempos un nuevo tratamiento bioético provocado por los avances en las tecnologías, diagnóstico y terapéuticas que permiten hoy a nuestros médicos, alargar la vida de las personas con nuevos métodos diagnósticos. En las unidades de cuidados intensivos, se ha logrado mayor sobrevivencia a enfermos antes condenados a una muerte prematura.¹⁹

Se remarca ahora como cotidiano morir en el hospital, rodeado de un equipo de especialistas en morir, es el enfermero quien está frente a la atención de quienes agonizan, este proceso es considerado biológico y no como un acontecimiento social que tiene una significación cultural y que influye en la subjetividad de todos los que lo rodean¹⁸

Enfrentar el proceso de muerte en el paciente crítico es un hecho complejo, que desafía al ser humano tal enfermero a dar respuestas de esta naturaleza, para comprender la forma en que se debe disponer frente a la muerte, asumiendo actitudes que reflejaran su empatía con la persona que agoniza. En especial lo que expresa el enfermero durante el cuidado integral que realiza con la persona que, en estado crítico, afronta el proceso de muerte en su compañía, realizando procedimientos que le den confort y lo ayuden a alcanzar una muerte digna o a un bien morir.

Elisabeth Kübler Ross en 1989 dice que: *“... la muerte no es más que un pasaje hacia otra forma de vida, al acompañar la muerte se nos regala la belleza de la vida, cuando el último aliento adorna nuestras caras con expresiones de felicidad por que algo se ha descubierto, en nosotros mismos...”* después de realizar una cantidad de estudios de campo inimaginable sobre enfermos terminales, dio a conocer la existencia de 4 etapas de la muerte y la agonía, las cuales serían ¹⁶

1. Negación es la primera respuesta como mecanismo de defensa que tiene una persona cuando se entera de que sufre una pérdida o enfermedad, se suele decir "no, no puede ser", "no me puede estar pasando a mí, entre otras expresiones, es el resultado de la autosugestión que implica la no aceptación de la condición. Culturalmente poco a poco ha ido negando los eventos de la muerte, no se habla de ella. A pesar que en los hospitales fallecen personas, aun para el profesional de enfermería la muerte es percibida como un fracaso del cuidado, entrando al enfrentamiento de sentimientos.

2. La segunda etapa está caracterizada por la ira, es cuando se acepta por fin la realidad y se rebela contra ella, surge la pregunta ¿por qué a mí? la envidia comienza a corroer el alma, se empieza a develar sentimientos de desconformidad, la ira inunda todo a su alrededor, nada de lo que realiza parece bien, nada le conforma. Esta etapa se caracteriza por la negación de Dios y mala suerte. Los enfermos necesitan expresar su rabia para librarse de ella.
3. En esta tercera etapa surge el pacto o negociación, brota la aceptación de ser más metódico en los cuidados, la intención es auto aplacar la realidad y poder continuar con lo que no es reversible se intenta hacer un trato con el tiempo, Ejemplo el eterno fumador que se entera que tiene cáncer promete no fumar nunca más. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen consciencia de ello.
4. Finalmente se instala la depresión, en esta etapa, es saludable para el enfermero expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor o frustración. El resultado es cuando se tiene conciencia de que todos los pasos anteriores fracasan por la gravedad o el desarrollo de la enfermedad del paciente, es la mitigación de los sentimientos. En el caso de los enfermos moribundos se presenta, como un proceso de preparación ante la propia muerte.
5. En la agonía se lleva a cabo la aceptación de la realidad, se produce cuando se ha tenido el tiempo necesario para superar las fases anteriores. La realidad se considera inevitable, surge la visión de la muerte como un hecho real e inevitable, es la experiencia privada y personal que vive el enfermero por la pérdida de un paciente. Para un enfermo moribundo renuncia a su vida en paz y armonía, en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, el dolor está en quienes rodean al enfermo, éste solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo.

Estas etapas no se dan rigurosamente, lo importante es que a través de estas etapas Kübler-Ross plasma una anatomía psíquica de la muerte, para poder aceptar su llegada de mejor manera. *“El/la enfermero(a) que conoce estas etapas podrá estar preparado (a) ante los hechos inevitables de pérdida. En la mayoría de los casos se atiende el duelo de los familiares, dejando de lado el sentir del enfermero que cuida”*¹⁸.

El dejar de lado el sentir del enfermero(a), es lo que ha motivado la realización de la presente investigación. Pero no es la primera que se realiza al respecto, pero si la primera en Tumbes, por lo que se consideraron los siguientes antecedentes.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El nivel científico del estudio fue respaldado por investigadores, dedicados al campo de muerte digna y el proceso de morir. A nivel internacional Gálvez, Ríos y Fernández. España; 2010. En su estudio fenomenológico titulado: El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera, con una muestra de 16 enfermeras, tuvo como resultado cinco categorías temáticas: 1.- La muerte y sus creencias. 2.- trabajo emocional. 3.- factores ambientales. 4.- toma de decisiones frente a la limitación de soporte vital y 5.- Relaciones con la familia.⁴

El estudio de Gil, Ávila, y Molero. España; 2011. Influencia que tiene el contacto directo y rutinario, de la muerte en los enfermeros de UCI, Cuidados Paliativos y Oncológicos. Encontraron como resultado al final del estudio: I.- “En el hospital el/ la enfermera es la persona del equipo sanitario que permanece más cerca del enfermo en su proceso de muerte”. II.- El equipo necesita una determinada preparación con conocimientos más profundos del ser humano¹⁷

Souza, Mota, Barbosa y Ribeiro. São Paulo; 2013. La muerte y el proceso de morir: Sentimientos manifestados por los enfermeros. La confrontación con la muerte está impregnada de sentimientos: Impotencia, angustia, sufrimiento, miedo,

que interfieren en el cuidado enfermo y el de su familia. A partir del análisis de las palabras, se tuvo como resultado las categorías: I.-“Concepto de muerte”; II.- “Sentimientos con relación a la muerte en su lugar de trabajo”: III “Reacciones ante la muerte y el proceso de morir”⁸

El estudio de Celma y Strasser. Venezuela; 2015. Disertación sobre el proceso de muerte y la enfermería. Mediante la revisión bibliográfica de carácter teórico-conceptual. Asumieron que para el enfermero enfrentar la muerte es un proceso difícil y el cuidado a los seres humanos es complejo y lleno de connotaciones bio-psico-sociales, que deben desarrollarse desde la formación del educando de enfermería hasta la organización de prácticas clínicas en estos servicios. Lo que implica racionalización de las técnicas, una elaboración de protocolos de las conductas del personal hacia el paciente en agonía, dejando en segundo plano el componente de subjetividad que hace de ellas un acto social, más que en un acto técnico.²¹

Freítas, Banazeski, et. Al. España; 2016. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos. Resultados: I.-Identificando deficiencia en aprendizaje de profesionales sobre el proceso de muerte. II.- El morir, causando sufrimiento en equipo de enfermería, el que influye en un cuidado de calidad a sujetos de cuidado hospitalizados y familiares. III.-Sentimientos de incapacidad para afrontar muerte de persona cuidada. IV.- Dominando estado emocional del profesional y con ello el cuidado realizado.²²

El estudio realizado por Alegría. España, 2017. La percepción enfermera sobre muerte digna. Investigación de tipo descriptivo. El objetivo fue explorar la percepción de las enfermeras de Cuidados Paliativos, Hospitalización de Oncología Médica de las Islas Canarias, sobre el significado que atribuyen al concepto de muerte digna y su competencia profesional. Como resultado resaltó en especial, las enfermeras son las que más de cerca viven el proceso de muerte.²³

En conclusión, las investigaciones mostraron la necesidad de contar con un espacio físico acondicionado para el cuidado integral del paciente moribundo y

el acompañamiento familiar; considerando apoyo psicoemocional, para enfrentar frecuentemente la muerte. Mejorar formación en pregrado y durante el desempeño profesional, reafirmando actitud positiva que disminuya temores y ansiedad de persona cuidadora de sujetos en estado crítico o en proceso de muerte.

A nivel nacional se cuenta con el estudio cualitativo de enfoque fenomenológico realizado por Ramos, B. Chiclayo; 2012. Conocer y comprender las vivencias de las enfermeras al cuidar personas en agonía, (UCI). Resultados: Resaltan las categorías: "Vivenciando sufrimiento al cuidar del paciente agónico". "Incomprensión del sufrimiento humano". "Impotencia frente a la muerte a pesar del imperativo tecnológico". "Frente a la muerte: respeto a la persona en el trance del morir y la muerte". "Viviendo la satisfacción de cuidar con dignidad hasta la muerte, imponiéndose al imperativo tecnológico".²⁴

Quispe, en Trujillo; 2013. Vivencias de la enfermera especialista durante el proceso de muerte del paciente crítico. Resultados: I.- La enfermera desarrolla procedimientos importantes durante el proceso de muerte del paciente crítico. II.- Evidencia la necesidad de contar con espacio físico adecuado en hospitales para el paciente moribundo, que le permita el contacto con su familia. III.- Apoyo psicoemocional para ayudar a una muerte digna.²⁵

A nivel local no se encontraron estudios realizados respecto del fenómeno en estudio, el aspecto humano, espiritual y transpersonal, construido en la práctica clínica, especialmente frente al proceso de muerte, como se plantea en las investigaciones mencionadas, elaboración de protocolos, basados en teorías que explican dentro de los factores curativos de la ciencia del cuidado, la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; la parte de la fenomenología describe las diferentes situaciones inmediatas que ayudan a los profesionales a comprender los fenómenos. El presente estudio marca una nueva línea de investigación para enfermería en este campo de cuidado que tiene poco tiempo de existencia como servicio especializado para enfermería.

III. METODOLOGÍA

a. NATURALEZA Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue abordada con metodología cualitativa, con enfoque fenomenológico, Heidegger, citado por López el 2013,¹⁴ retoma las raíces griegas de la palabra fenomenología que proviene de “phainomenon” “logos”, que significa aquello que puede tornarse visible, fenómeno oculto en una experiencia vivida, que se manifiesta al ser interrogado y logos estudio tomado como discurso esclarecedor, por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto, verdadero y a su vez científico.²⁶ El enfoque fenomenológico se desarrolló en las siguientes etapas:

Descripción fenomenológica. En esta etapa se develó la descripción del fenómeno del estudio, lo más completo posible, real, en el contexto en que se produjo el fenómeno, reflejando la realidad vivida por el enfermero en la UCI, sin cambiarla y en forma auténtica.

Reducción fenomenológica. Aquí se describió de forma exacta las entrevistas semiestructuradas obtenidas de los sujetos en estudio, realizada previa firma del consentimiento informado (anexo 01). Se dejó fluir lo expresado por el sujeto en investigación y como técnica complementaria la observación directa, con el registro correspondiente en el diario de observación, donde se anotó, las expresiones reflejadas por los participantes del estudio, ejecutando la triangulación para contrastarlo en el fenómeno estudiado.

Interpretación fenomenológica. Con la aplicación de la técnica seleccionada. Aquí se realizó la aplicación del instrumento, denominado guía de entrevista semiestructuradas (anexo 02) y diario de observación (anexo 03), se

aplicaron los principios fenomenológicos de objetividad rigurosa considerando en la observación la gran variedad y complejidad de las partes.

Con la información obtenida se elaboró la descripción protocolar del fenómeno bien observado y registrado para facilitar la descripción con autenticidad, considerando el precepto de la fidegnidad en la transcripción de los discursos obtenidos en forma individual y a profundidad de los enfermeros que cuidan a los enfermos terminales en la UCI de la institución en estudio.

b. ESCENARIO DE ESTUDIO

La unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional II-2 Tumbes, se encontraba ubicada en el segundo piso, con 06 camas operativas y una cama de aislado en ambiente separado para casos especiales. En su distribución de espacios abarcaba medio pabellón del segundo piso, teniendo la unidad central de UCI, 02 salas de estar para el personal de salud (masculina y femenina), 02 aulas para capacitaciones, ambiente de reposo del personal, ambiente para recepción de familiares, disponía de 03 servicios higiénicos. Todo ello al inicio de la elaboración del proyecto. Hoy en día está ubicada en el primer piso del hospital SAGARO, en la avenida principal de Tumbes, con condiciones mínimas para el cuidado de las personas que requieren de este servicio, cuenta con la tecnología adecuada y el personal mínimo requerido, todo en un solo ambiente acondicionado para su funcionamiento.

c. SUJETO DE INVESTIGACIÓN

Los sujetos de investigación fueron 36 enfermeros que aceptaron participar voluntariamente y que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Regional II-2 de Tumbes.

d. MUESTRA

La selección de la muestra se realizó durante la ejecución de las entrevistas individuales a profundidad, mediante la técnica de bola de nieve, saturándose en la

octava entrevista, las respuestas se tornaron repetidas, no aportando información nueva, ni revelando datos significativos para el estudio. La unidad de análisis se concentró en cada uno de los 08 discursos de los enfermeros que laboran en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Regional II-2 de Tumbes.

Para la población se consideraron los siguientes criterios de inclusión para el presente estudio:

- ✓ Enfermeros que laboran en UCI.
- ✓ Que aceptaron libremente participar de la investigación.
- ✓ Que tengan más de un año de experiencia laboral en la UCI.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Enfermeros que se encontraban de licencia.
- ✓ Enfermeros que no desearon participar.
- ✓ Enfermeros con menos de un año laborando en UCI.

e. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica empleada fue la entrevista individual a profundidad. Como instrumentos: La guía de entrevista semiestructurada y el Cuaderno de campo o diarios de observación, técnicas respaldadas por Polit desde el 2002, quien afirmó: *“En una investigación cualitativa se requiere de entrevistas o conversaciones profundas en las cuales el investigador y el informante coparticipen a plenitud, el primero ayuda al segundo a describir su experiencia de vida sin dirigir el discurso. Por este medio el investigador pretende introducirse al mundo del informante”,* asegurando la fidegñidad de las respuestas mediante la grabación consentida de los sujetos del estudio.¹⁴

La entrevista individual a profundidad según Taylor y Bogdán, citado en Isaac Osadolor el 2005: "Como reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto al fenómeno en estudio en sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras".²⁶ Para una mejor obtención de información, se utilizó la observación directa,

registrada en el cuaderno de campo. Las que se codificaron y se analizaron separadamente y luego se compararon para validar los hallazgos.

f. RECOJO DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se presentó solicitud de autorización respectiva del director y del jefe de la oficina de capacitación y del coordinador de UCI del Hospital Regional II-2 "JAMO" Tumbes, con la finalidad de conseguir el ingreso a las instalaciones y recolectar la información requerida para la investigación en su propio contexto.

Para la obtención de los discursos, en un primer momento se coordinó con el coordinador de servicio, quien facilitó la programación de los enfermeros y agenda telefónica. En un segundo momento se contactó a los enfermeros, coordinando fecha y hora de entrevista. El tercer momento se concretó entrevista de los enfermeros que aceptaron participar del estudio; se explicó a los enfermeros la intencionalidad del trabajo y el manejo ético y confidencial de la información recolectada, se solicitó la firma de la carta de consentimiento informado (Anexo 01), luego se llevó a cabo la entrevista individual a profundidad con la guía de entrevista semiestructurada (Anexo 2), la que fue grabada en el Estar de enfermería, ambiente que permitió la confidencialidad de la entrevista, la grabación del discurso con una duración indeterminada, pero que fue realizada en un mínimo 20 minutos y un máximo de 30 minutos, durante los cuales no hubieron interrupciones. Se logro anotar en el cuaderno de campo el lenguaje corporal y su coincidencia con lo expresado.

g. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Las entrevistas grabadas, fueron transcritas en forma fidedigna, respetando el lenguaje emico y ético como lenguaje único, los discursos transcritos fueron leídos y releídos, considerando un número correlativo, a cada participante se asignó un seudónimo (seleccionado por el participante) para luego ir extrayendo las unidades de significado o taxonomías que sirvieron de base para la construcción

de las categorías y subcategorías, que se constituyeron en el resultado de la investigación. Los discursos se saturaron en 8 (ocho) profesionales de Enfermería.

h. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó considerando diferentes tipos de análisis entre ellos:

El Análisis Ideográfico. – Se fueron identificando las ideas genuinas expresadas en los discursos y al ser interpretadas, fueron transformadas de la palabra oral a la palabra escrita, respetando lo expresado. De las disertaciones se extrajeron unidades de significado, luego se ordenaron las ideas de modo que se produjo una reducción fenomenológica, encontrándose convergencias dentro del mismo texto y de diferentes sujetos del estudio, lo que permitió establecer unidades de significado, a partir de las cuales se pudo construir las categorías y/o subcategorías, develando el fenómeno.

El Análisis Nomotético: Fue realizado en la estructura del fenómeno, obteniendo de su análisis, la comprensión, con divergencias, convergencias e idiosincrasias en casos individuales. En este caso fueron las vivencias del enfermero, frente al proceso de muerte del paciente crítico, en la unidad de cuidados intensivos. Se mostró la respuesta como resultado la comprensión de convergencias, esenciales en las coincidencias y divergencias de las personas.

La Presentación de los resultados. Según las grandes categorías obtenidas del estudio triangular de la información obtenida de las entrevistas, el cuaderno de campo y el involucramiento de las investigadoras. Fueron escritas en un lenguaje ético, claro y de fácil comprensión, para todo aquel que lea el informe de la investigación. Los que fueron expresados en categorías y subcategorías.

CRITERIOS ÉTICOS Y DE RIGOR / CIENTIFICIDAD

En el estudio se ha tenido presente los criterios de rigor ético, establecidos en el marco de los derechos humanos consignados en la ley N.º 011-2011-JUS, Establecido para el Perú en el diario oficial El Peruano y son²⁷:

1.- Principio De defensa de la Persona Humana y el Respeto a su Dignidad. El profesional de Enfermería fue tratado como sujeto y no como objeto, fue valorado como persona y conforme a su pertenencia a la familia humana, valorando el principio de dignidad humana.

2.- Principio de Primacía del Ser Humano y de Defensa de la Vida Física, en la presente investigación los participantes fueron enfermeros que laboran en UCI. En todo momento se consideró lo más favorable, buscando siempre su bien y evitando el mal.

3.- El Principio de Autonomía y Responsabilidad Personal. – en la presente investigación, en su abordaje científica y tecnológica, los sujetos en estudio fueron informados previamente; firmaron libremente el consentimiento informado, logrando participar en el estudio.

4.- Principio de Beneficencia y Ausencia de Daño. -En el estudio sólo se recabó información a través de una entrevista para lo cual se tuvo consideración especial en la realización de la entrevista con la pregunta que guía el estudio, registrada en la guía de entrevista semiestructuradas, evitando infligir daño psicológico, asegurando al sujeto que las repuestas no serán utilizadas para fines diferentes al de la investigación o en su contra. Se consideró la igualdad ontológica, en forma justa y equitativa.

En el rigor de la investigación se tuvo en cuenta los principios de científicidad planteados por Castillo & Vásquez .2003.²⁸

Confidencialidad: Los secretos expuestos por el participante en la investigación no se harán públicos.

Credibilidad: La confianza de que la información obtenida durante la entrevista a los profesionales de Enfermería es verdadera.

Confirmabilidad: La información recolectada, fue dejando de lado los prejuicios del investigador, se develó de forma objetividad y neutral, de modo que otros investigadores puedan obtener la misma información.

Adecuación y ajuste: La representatividad de los datos del profesional de Enfermería sobre sus vivencias durante el cuidado de personas en proceso de muerte fue realizado en el marco de su contexto, refiriéndose al entorno y no a las personas participantes.

Auditabilidad: El presente estudio representa el inicio de toda una trayectoria, que podrán seguir otros investigadores a partir de las conclusiones a las que se llegaron con la comprensión de los resultados.

IV. RESULTADOS

CATEGORIA I.-VIVENCIAS DEL ENFERMERO FRENTE AL PROCESO DE LA MUERTE.

CATEGORIA II.- AUTOCONOCIMIENTO DE SENTIMIENTO FRENTE AL PROCESO DE MUERTE.

Subcategoría 2.1.- Autoconocimiento de sentimientos positivos frente a la muerte.

Subcategoría 2.2.- Autoconocimiento de sentimientos negativos frente a la muerte.

CATEGORIA III.- DEVELANDO EMOCIONES FRENTE AI PROCESO DE LA MUERTE.

Subcategoría 3.1.- Develando emociones positivas frente al proceso de muerte.

Subcategoría 3.2.- Develando emociones negativas frente al proceso de muerte.

CATEGORIA IV.- DESCRIBIENDO ACTITUDES DEL ENFERMERO EN PRESENCIA DE UNA PERSONA MORIBUNDA.

Subcategoría 4.1.- Asumiendo actitudes de compromiso solidario.

Subcategoría 4.2.- Adoptando actitudes de indiferencia.

Subcategoría 4.3.- Mostrando una actitud de cumplimiento rutinario.

V. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CATEGORIA I.- VIVENCIAS DEL ENFERMERO FRENTE AL PROCESO DE LA MUERTE.

Para Florence una vivencia es aquella experiencia de vida de una persona, que de alguna manera puede llegar a formar parte de su carácter, ya que lo que aprende y siente como experiencia de vida le aporta sabiduría, la que le ayudará y servirá de guía en su desempeño futuro así se puede percibir en el discurso de China, cuando dice⁷

“Siempre pasa que ya te acostumbras a convivir con la muerte, ósea como que ya no te llama la atención...yo siento que no me llevo nada a mi casa, acá tampoco lo mezclo...salgo agotada, puedo salir triste pero cuando llego a mi casa ya es diferente, es otro ambiente ya con mis hijos y esposo...Ya, a medida que pasa el turno, entran en mi cabeza otras preocupaciones que tienes en tu casa, yo creo que te vas acostumbrando al pasar el tiempo, ya no te afecta...” (China)

“...yo he tenido dolor impactante frente a la muerte...pero eso se ha ido superando con el tiempo, asumiéndolo como algo normal de la vida, progresivamente, no sabría decir en qué tiempo...” (Licenciada)

“ya hace tiempo falleció un pequeño de tres años...uno imagina que pudo ser uno de mis hijos, para superar esa pena tuve que incentivar a la madre para que cuide a sus otros hijos...que hasta ahora yo me acuerdo y por ejemplo cuando medio veo enferma a mi hija, parece que ya le fuese a pasar algo...uno está con ese miedo...de esta experiencia ya paso dos años”. (Gil)

Resultado coincidente con el obtenido por Feitas, Banazeski et Al, en su estudio realizado en España el 2016, titulado: La visión de la Enfermería ante el proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos, en la IV categoría: “Dominando estado emocional del profesional y con ello el cuidado realizado”. Lo que se orienta al autoconocimiento de los sentimientos que permitió el surgimiento de la siguiente categoría. Al conceptualizar estado emocional como una actitud o disposición en la vida emocional y no es transitoria³¹.

CATEGORIA II.- AUTOCONOCIMIENTO DE SENTIMIENTO FRENTE AL PROCESO DE MUERTE.

El autoconocimiento implica el conocimiento de uno mismo, con capacidad de introspección desarrollándose la habilidad de reconocerse como un individuo, diferenciándose de su medio y de otros individuos, es la capacidad de reconocer un sentimiento en uno mismo y reconocerlo aceptándolo en el mismo momento. La confrontación de los entrevistados frente a la muerte está impregnada de sentimientos tales como: impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, los que interfirieron en la asistencia prestada al enfermo y a su familia¹⁷, lo que fue develado en las expresiones de:

“No es igual, por eso te digo, no es que uno sea frío, es tu trabajo, evitas poner nervioso al paciente y al familiar, sabes que por dentro estas con inseguridad y pena ...va a morir y debes mostrarte sin pena y segura de lo que haces o dices.”
(China).

Resultado semejante al obtenido por Souza, Mota, Barbosa y Ribeiro en São Paulo el 2013. II.- “Sentimientos con relación a la muerte en su lugar de trabajo”: resultado que está impregnado de sentimientos: Impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, que interfieren en el cuidado enfermo. En su estudio denominado: La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros, uno de los sentimientos que el enfermero identifica primero es el de aceptación de lo inevitable, como lo es la muerte para todo ser vivo, dando origen al surgimiento de la siguiente Subcategoría.⁸

Subcategoría 2.1.- Autoconocimiento de sentimientos positivos frente a la muerte, sentimiento de aceptación de la muerte. - Aceptar la muerte no es fácil, hace sentirse mal con uno mismo, pero no se puede identificar que se trata o no se expresa con palabras Resultando que el autoconocimiento emocional es el factor esencial de la inteligencia emocional¹⁷. Lo que se ha podido develar en los discursos expresado en las siguientes taxonomías:

“...ya sabemos que el paciente está en estado crítico, cumplo con todo lo indicado, sabiendo que de todos modos va a morir y no le podemos negar una muerte digna...” (Fito)

“...hay colegas que llegan y dicen está mal, esta delicado, ya no se puede hacer nada, hay que echarle la cruz y que se vaya...” (Gil)

Resultados semejantes al encontrado por Souza, Mota, Barbosa y Ribeiro⁸ en su categoría II.- Aceptando la muerte. Contradictoriamente a la aceptación, surgen sentimientos de rechazo y se asume un compromiso de lucha contra la muerte, buscando salvar la vida que esta al cuidado del enfermero y dan lugar a la siguiente subcategoría:

Subcategoría 2.2.- Autoconocimiento de sentimientos negativos frente a la muerte, rechazo a la muerte.

La capacidad de reconocer nuestros estados emocionales y ponerlos a nuestro servicio, pasando de la ira al entusiasmo; de la frustración a la satisfacción, del rechazo a la aceptación, lo que va a depender del conocimiento de mis emociones para dejarme llevar por ellas al actuar frente a la persona que pasara por el proceso de la muerte¹⁷, como se aprecia en lo que dicen:

“...los cuidados van enfocados, a como si el paciente fuera a vivir, los míos son así...cumplo con la prescripción médica, cumples con los fármacos indicados, mantener las funciones vitales, el mayor tiempo posible, rechazando la posibilidad de muerte...” (Fito)

“...todos los pacientes son importantes, para mí cuando hay pacientes con cáncer terminal o VIH última etapa, lucho hasta el final, siento pena, no pierdo la óptica de que pueda salir del estado crítico y lucho contra la muerte...” (Gil)

Resultados que responden a la formación del profesional con una formación que en mayor porcentaje se orienta a la recuperación de la salud y la conservación de la vida, en base a los sentimientos que son constantes y a veces permanentes, a diferencia de las emociones que pueden sentirse en respuesta a un momento, cosa o persona determinada en una situación específica, como el proceso de muerte, lo que dio nacimiento a la siguiente categoría.

CATEGORIA III.- DEVELANDO EMOCIONES FRENTE AI PROCESO DE LA MUERTE.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo, conjunto de reacciones orgánicas que experimenta un individuo cuando responde a ciertos estímulos externos que le permiten adaptarse a una situación con respecto a una persona, objeto, lugar, entre otros. Deriva del latín emotio, que significa “movimiento”, “impulso”²². Aspecto teórico que se devela en la taxonomía

*“Claro...bueno, acá, como enfermero veo a casi diario la muerte...estoy en contacto con pacientes que están al término de su vida, situación que me pone en contacto con situaciones en extremo dolorosas que me dieron una **gran pena y un gran dolor...**”* (Cris).

Según la experiencia vivencial se gestan emociones que se hacen permanentes y que pueden ser positivas o negativas, dando origen a las siguientes subcategorías:

Subcategoría 3.1.- Develando emociones positivas frente al proceso de muerte.

La emoción positiva frente a un hecho determinado va servir para actuar asertivamente en un momento tan difícil como es la aceptación de la pérdida de una vida, independiente de factores de filiación. Emociones develadas por Cris y Chato cuando dicen:

“...como enfermero veo casi a diario la muerte, en contacto con pacientes que están terminando su vida, al aceptarlo se le ayuda a que su agonía sea llevadera y la resignación de sus familiares...al aceptar lo inevitable...”

(Cris)

“...mira el paciente crítico, se mantiene sedado, tratando de darle calidad de vida hasta el último momento y apoyo psicológico a sus familiares, al aceptar la muerte, se considera también el aspecto espiritual de acuerdo a su creencia religiosa...”

(Chato)

Resultados semejantes al obtenido por Quispe²⁵ en Trujillo el 2013, en su estudio titulado: Vivencias de la enfermera especialista durante el proceso de muerte en el paciente crítico.

No siempre las emociones frente al proceso de la muerte son positivas y por ello surgió la siguiente Subcategoría.

Subcategoría 3.2.- Develando emociones negativas frente al proceso de muerte.

Las emociones negativas como ira, rechazo, impotencia van a condicionar las conductas o comportamientos del enfermero durante el cuidado requerido frente al proceso de muerte. Evidenciado en las siguientes unidades de significado.

*“...yo de manera personal, como enfermero, lo que he sentido al pasar por el proceso de luto, al cuidar al paciente que va a fallecer, durante su agonía, ha sido **tristeza** por el que va a fallecer y por su familia...he tenido que pasar por terapia psicológica ante la tristeza que me hacía sentir muy mal...”*

(Chato)

“...la muerte es algo natural, pero a veces hay pacientes que luchan contra ella y como enfermero lo medicamos y asistimos constantemente, de repente hace un paro y no responde, a pesar de haber tenido la esperanza de salir, y ahí no más queda, se siente tristeza, impotencia y rabia...”

(Gil)

*“...aquí, lucho con la muerte, trato de arrebatar, de que esa vida no se vaya, que se quede al lado de sus seres queridos...entonces cuando se muere, como que me pongo **triste**...eso es lo que muchas veces a mí me parte el alma.”*

(Amiga)

“...no es que uno sea frío, pero es tu trabajo...y el sentir te hace humano...estás acostumbrado con tu trabajo y no es igual ser paciente que ser enfermero y tener que ayudar...”

(China)

Resultados que se pueden contrastar con los encontrados por Gálvez, Ríos y Fernández⁴. España; 2010. En su estudio fenomenológico titulado: El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera, con su categoría 4: Toma de decisiones frente a la limitación del soporte vital.

Las emociones y los sentimientos en los seres humanos están presentes en su cotidiano vivir, de acuerdo a ellos es que asumen actitudes diferentes en situaciones similares, de acuerdo a los sucesos de su entorno y experiencias de vida anteriores, es así que surge la siguiente categoría:

CATEGORIA IV.- DESCRIBIENDO ACTITUDES DEL ENFERMERO EN PRESENCIA DE UNA PERSONA MORIBUNDA.

La Actitud frente a la muerte según algunos psicólogos se concreta en el miedo como vivencia muy humana, el profesional de Enfermería es de naturaleza humana, por lo que la muerte se convierte en una experiencia común, tener noticias de la muerte sin que lo afecte, aun cuando no es una persona cercana, hace que al vivenciar la noticia de una muerte, se ocasionen diferentes respuestas, como: Un profundo silencio, sintiendo el deseo humano de querer abrazar al familiar, gritar de

impotencia y desesperación. La muerte genera diversidad de actitudes y emociones, principalmente de naturaleza aversiva, ya que supone mayor amenaza para la vida y específicamente el miedo a la muerte coexiste con la aceptación y el significado de la vida²².

La persona al enfrentar el miedo a lo irreparable asume actitudes diversas, de acuerdo a sus vivencias pasadas, es así que surge de los discursos las siguientes subcategorías:

Subcategoría 4.1.- Asumiendo actitud de compromiso solidario. - Viene a ser la concreción de la ética aplicada, como norma de apoyo emocional al sujeto que enfrenta el proceso de muerte y las personas que deben aceptar este hecho en cuyo centro se encuentra ubicado el enfermero, como lo develan los discursos de China y Licenciada.

“...se ha logrado hacer lo máximo que se ha podido, el paciente ya no va a salir, está en sus últimos momentos, le pido al familiar que pase a despedirse, a veces lloran desesperados, se desmaya, gritan y estoy ahí para solidarizarme con su dolor, lo abrazo, le digo una palabra de consuelo, hasta que otro familiar lo apoye...” (China).

“...si ya hay un proceso de agonía y son sus últimos momentos de vida, trato que sus familiares estén con él, facilitándoles el ingreso a la UCI, que vean que hago algo por su familiar a pesar de que se está apagando la luz de su vida...trato de ponerme en el lugar de la persona que está sufriendo... y que sepan que también siento su pérdida, en cierta forma es reconfortante para ellos...” (Licenciada)

“...un enfermero no puede tomar decisiones finales, las toma el médico y se alarga el sufrimiento del paciente y de familiares, ellos me piden que haga hasta lo último...le digo a los familiares que está en los últimos momentos y que pueden darle apoyo espiritual facilitando el ingreso del pastor o sacerdote según su religión...” (Mascota)

Resultado coherente con el encontrado por Ramos, B. Chiclayo; 2012. Conocer y comprender las vivencias de las enfermeras al cuidar personas en agonía, (UCI). Apreciado en sus categorías II: “Frente a la muerte: Respeto a la

persona en trance de morir y la muerte”. III: “Viviendo la satisfacción de cuidar con dignidad hasta la muerte, imponiéndose al imperativo tecnológico”.²⁴

Durante las entrevistas las investigadoras han podido percibir conductas de indiferencia de enfermeros frente al proceso de muerte, surgiendo la Subcategoría siguiente.

Subcategoría 4.2.- Adoptando actitud indiferente al duelo familiar.

Las actitudes responden a las emociones y los sentimientos, la indiferencia es una actitud o cualidad de indiferente, es decir que no muestra una actitud positiva ni negativa hacia determinada cosa o persona o que no la muestra hacia nada ni nadie, se manifiesta con una frialdad afectiva.

“...internalizo como profesional de enfermería, que está por fallecer, es un caso que no tiene solución...decido olvidar esa parte humanizada, no hacer caso a los sentimientos, darle calidad de vida para que la persona muera tranquila, sin dolor, con dignidad...” (Licenciada).

“...asumo una actitud indiferente, no puedo conversar con los familiares, por la deficiencia de personal y el exceso de procedimientos que hay que realizar en tiempos programados estrictos y el contacto con el paciente no lo ejerzo...no hay tiempo...” (Amiga).

Resultado contrastable con el encontrado por Ramos, B. Chiclayo; 2012. Titulado: Conocer y comprender las vivencias de las enfermeras al cuidar personas en agonía, (UCI). En su categoría II: “Incomprensión del sufrimiento humano”²⁴

Las condiciones laborales del enfermero frente al proceso de muerte, condicionan la adopción de conductas distantes, de cumplimiento rutinario del trabajo más que como un cuidado, dando lugar a la Subcategoría.

Subcategoría 4.3.- Mostrando una actitud distante, rutinaria y de cumplimiento.

La actitud distante es asumida como mecanismo de defensa emocional, ante una situación desagradable que escapa al control, lo que lleva a la persona a actuar rutinariamente y cumplir con una acción de la que no puede evadirse por ser parte de su responsabilidad en el trabajo. Así se aprecia en el discurso:

“...los casos que he tenido en que el médico de turno, manifiesta que se ha hecho todo lo posible y lamentablemente su organismo, no da para más...me distancio y cumplo a horario todas las indicaciones prescritas, los procedimientos de rutina hasta que sus funciones vitales desaparezcan, no me doy tiempo para sentimientos, con las vivencias a repetición como que te van fortaleciendo y se hace natural la muerte de las personas en condición crítica en la UCI. (Fito)

“...mientras más tiempo permaneces en la UCI, más confrontas el proceso de la muerte en diferentes personas, que ingresan con esperanza de vida, tú te rutinizas y repites los tratamientos, los procedimientos y sobre todo los cuidados, sin involucrarte emocionalmente, porque hace daño emocional...” (Cris)

Resultados coherentes con el encontrado por Freítas, Banazeski, et. Al. España; 2016, en el estudio denominado: La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes crítico y en su categoría IV: Dominando el estado emocional del profesional y con ello el cuidado realizado.²²

Al intentar comprender los resultados obtenidos en esta investigación, se puede afirmar con un respaldo científico, que los profesionales de Enfermería que viven en su cotidiano laboral el proceso de muerte de un sujeto, asignado a su cuidado, despierta emociones contradictorias, las que se han ido fortaleciendo, educando y controlando, durante la formación de pregrado y el ejercicio profesional en el SERUM. Si se han tenido experiencias con el proceso de muerte antes las emociones serán diferentes al hecho de no haber tenido esta vivencia antes de ir a trabajar en la UCI. En la que se hace cotidiano enfrentar el proceso de muerte.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL



VI. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

1.- La investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, resulta de mucha utilidad para las investigaciones del ser humano en su integridad emocional, por lo que ha permitido develar las vivencias y emociones del profesional enfermero frente al proceso de muerte de una persona en estado crítico, específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional II-2 Tumbes como se muestra en las Categoría resultado de la investigación.

2.- Se lograron identificar sentimientos positivos y negativos al enfrentar el proceso de muerte que enfrenta el Enfermero, como se hace evidente en la III Categoría: Develando emociones frente al proceso de la muerte.

3.- Se logro develar las diferentes emociones del profesional de Enfermería, al enfrentar del proceso de muerte que vive el paciente moribundo, al interrelacionarse empáticamente y que interfieren en algunos momentos con el desempeño del cuidado integral que también involucra a la familia, tanto del cuidador como del sujeto de cuidado.

4.- Se logro comprender las actitudes que despiertan en el enfermero el acompañamiento en el proceso de muerte del paciente crítico, identificando actitudes de compasión, aceptación y rechazo; que son evidenciadas durante la realización de procedimientos que buscan que el sujeto muera con dignidad, denominado también “el buen morir”.

5.- se interpretó las vivencias del Enfermero frente al proceso de muerte del paciente crítico, como de negación: “...yo lucho con la muerte hasta el final...”; de aceptación:” ...cuando esta agónico, dejo ingresar a sus familiares para que se despidan...”; de negación: “Siempre pienso que se pueden salvar o que ocurrirá un milagro y se sanara...”

LIMITACIONES:

1.- El hecho de ser una UCI de carácter cerrado, es restringido, se tuvo que pedir los permisos, contar con vestimenta limpia para ingresar al servicio.

2.-La principal limitación fue el contexto del estudio por ser una unidad con una demanda alta de pacientes y pocos profesionales de Enfermería, lo cual se tuvo que hacer una programación previamente concertando atención y disponibilidad; lo que hizo que se visitara hasta tres veces en días diferentes o esperar que el enfermero disponga de un momento de su quehacer hasta concretar la entrevista.

2.- 3.- El hecho de haber sido cambiado la UCI al hospital antiguo, el espacio de reposo es compartido con todos los profesionales de salud, lo que disminuye la privacidad y mostrar las emociones.

VII. RECOMENDACIONES

1.- A las autoridades del Hospital Regional II-2 "JAMO" de Tumbes que al conocer los resultados de la presente investigación dediquen un espacio de tiempo y presupuesto para la capacitación integral que comprenda no solo conocimiento y dominio de la tecnología y agreguen desarrollo y fortalecimiento de los aspectos psicológico y emocional para el grupo de profesionales de Enfermería que laboran permanentemente en UCI de dicha institución.

2.- A los y las docentes formadores de la Universidad Privada Antenor Orrego de la Facultad de Ciencias de la Salud - Segunda Especialidad de Enfermería y de pregrado, dedicar un mayor porcentaje en el contenido curricular sobre teoría y práctica para ayudar a "bien morir" de las personas que requieren de estos cuidados.

3.- A los profesionales de Enfermería que laboran rutinariamente en la Unidad de Cuidados Intensivos, busque su preparación emocional, que fortalezca el control de sus emociones, durante el afrontamiento del proceso de muerte con cada sujeto de cuidado a su cargo, evitando su deshumanización.

4.- Ayudar a que los integrantes del equipo que labora en la UCI, aprendan a aceptar la muerte como un proceso natural inherente a todo ser vivo y de forma conjunta ayuden a estas personas y sus familiares a prepararse para este momento, independiente de su causa y su contexto.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marti AP. el mundo de las unidades de Cuidados intensivos:la última frontera. Universidad Rovina Virgili; 2015.
2. Salud Md. Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos eIntermedios. 2015 junio 28.
3. Hospital Torrevieja. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo. Available from: <http://www.torrevieja-salud.com/wp-content/uploads/2013/01/UCI.pdf>.
4. Galvez M, Rios F, Fernandez L. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico Malaga - España: Hospital Regional Universitario Carlos Haya; 2010.
5. García A. Vivencia. [Online].; 2017 [cited 2018 mayo. Available from: <http://www.biodanza-adrian.com.ar/vivencia.htm>.
6. García C. VIVENCIA, CORPORALIDAD E INMANENCIA. [Online].; 2014. Available from: <http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/21/4.pdf>.
7. Florencia. Definición ABC. [Online].: Definición ABC; 2010 [Una vivencia es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, ya que lo que sienta y aprenda en la misma le aportará sabiduría y asimismo le servirá de guía a futuro cuando deba enfrentar u]. Available from: <https://www.definicionabc.com/social/vivencia.php>.

8. Souza L, Mota J, Barbosa. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros Sao Paulo - Brasil: Universidad Federal de São Paulo; 2013.
9. Hernandez PA. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. tesis. cuba: Psicopediahoy., La Habana; 2010.
10. Ramon D. En el ámbito de la filosofía Mexico: Diazolguin; 2007.
11. Gutierrez M. Experiencia y conocimiento de las enfermeras en el proceso de muerte. Tesis de Maestria. México: Universidad Autonoma Nuevo León.; 2004.
12. Reveron D, Ruyman P. La enfermería ante la muerte España: ISSN; 2006.
13. Organización Mundial de la Salud [OMS]. [Online].; 2018. Available from: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>.
14. Polit I. Investigación científica en ciencias de la salud. 6th ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2002.
15. Hernández F. El significado de la muerte. Revista Digital Universitaria. 2006 agosto 10; 7(8).
16. Perez J, Merino M. Definición de muerte. [Online].; 2009. Available from: <https://definicion.de/muerte/#ixzz4OOyadzH1>.
17. Gil , Molero J, Avila. Perspectiva enfermera del proceso de la muerte en cuidados intensivos España; 2011.
18. Celma AG, Strasser G. El Proceso de muerte y la enfermería: un enfoque racional. Reflexiones teóricas entorno a la atención. Physis Revista de Saúde Coletiv. 2015; 25(2): p. 485-500.
19. Castro. Concepciones ético filosóficas de la muerte. Cuba: Facultad de Ciencias Médicas de Holguín.; 2005.

20. Ross EK. [Online].; 1989 [cited 2018 junio 14. Available from: http://www.oceanodeteosofia.com/uploads/KUBLER-ROSS_-_LA_MUERTE_UN_AMANECER.pdf.
21. Celma Perdigon A, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque racional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. Saude colectiva. 2015 junio; 25(2).
22. Freitas T, Banazeski A, Eisele A, De Souza E, Bitencourt J, Souzas S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. EnfermeríaGlobal. 2016; 15(41).
23. Alegria Mendoza E. Percepción enfermera sobre la muerte digna. Tesis. Universidad de La Laguna, España; 2017.
24. Ramos B. Vivencias de las enfermeras al brindar cuidados a una persona en agonía en una UCI estatal, Chiclayo 2012 Chiclayo - Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
25. Quispe Plasencia MdC. Vivencias de la enfermera especialista que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el proceso de muerte del paciente crítico. Hospital Regional Docente de Trujillo. tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
26. Osodolor I. Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte. Mexico;; 2005.
27. N°0011-2011-JUS. L. Principios Éticos. El Peruano. 2011.
28. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. In. Colombia; 2003. p. 164-167.
29. Pinto S. Necesidades espirituales de los pacientes hospitalizados: Enfermería al día ; 2008.
30. López M. Investigación cualitativa tipo fenomenológico. In.; 2013.
31. [w es.m.wikipedia.org>wiki](http://es.m.wikipedia.org/wiki/Estado_de_ánimo). Estado de ánimo-Wikipedia, la enciclopedia libre.

IX. ANEXOS

Anexo 01: Consentimiento Informado.

Anexo 02: Guía de entrevista.

Anexo 03: Diario de Observación.

Anexo 04: Entrevistas

ANEXO 01

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

yo:, **acepto**, participar en la investigación **VIVENCIAS DEL ENFERMERO EN EL PROCESO DE MUERTE DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2020**. Siendo realizado por las licenciadas en enfermería: Marlim Mercedes Jimenez Calero y Carmen Liliana Pacora Nicho, asesorado por la Dra. Luisa Chú Campos.

Teniendo como objetivo Describir, analizar e interpretar vivencias del enfermero en el proceso de muerte del paciente crítico en Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional II-2 Tumbes, 2020; **ACEPTO**, participar de la entrevista que será grabada por los investigadores. Asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de los investigadores y de su asesora quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad.

Soy consciente que el informe de la investigación será publicado no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas de mi participación podre aclararlas con el investigador.

Por último, declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas, consiento participar de la presente investigación.

Tumbes,del 2020

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

ANEXO 2
GUÍA DE ENTREVISTA

Instrumento de recolección de datos. Entrevista no estructurada en profundidad.

Objetivos de la entrevista:

Recolectar información a fin de Describir, analizar e interpretar las vivencias del enfermero en el proceso de muerte del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2020.

I.- DATOS GENERALES

Seudónimo -----Edad -----Sexo -----

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

II.- PREGUNTAS SEMI ESTRUCTURADA.

1. ¿Me puede relatar sus vivencias cuando ha brindado cuidados a una persona en agonía?

.....
.....
.....

III. POSIBLES PREGUNTAS

¿Me puede hablar sobre la muerte en general y contarme qué es para usted la muerte?

¿Qué sentimientos, emociones despiertan para usted la presencia del enfermo moribundo en unidad de cuidados intensivos y qué hace para sobrellevarlo?

ANEXO 3
DIARIO DE OBSERVACION

<i>Nº ENTREVISTAS</i>	<i>OBSERVACIONES</i>
<p>1.- Al Realizar la entrevista que fue grabada con su consentimiento.</p> <p>2.- Al ver la grabadora.</p> <p>3.- Saluda con afecto y da entonación a su voz, no requiere de preguntas raport.</p> <p>4.- Escucha con atención la pregunta orientadora.</p> <p>5.- Pregunta dos veces la interrogante.</p> <p>6.- Saluda sonrío y manifiesta no tener mucho tiempo.</p> <p>7.- Empieza su discurso con la muletilla: "Bueno, yo..."</p> <p>8.- Responde con duda a la interrogante, solicita explicaciones a la investigadora.</p>	<p>1.- Se muestra sonriente y se manifiesta con soltura y seguridad en su narración.</p> <p>2.- Se afina la voz y demora en responder.</p> <p>3.- Su expresión facial es sombría y el tono de voz denota tristeza.</p> <p>4.- Responde con firmeza en el tono de voz.</p> <p>5.- Piensa un momento antes de desarrollar su discurso en forma clara y sin requerir el empleo de repreguntas para explayarse.</p> <p>6.- Responde con firmeza y naturalidad sin explayarse demasiado.</p> <p>7.- Desarrolla su discurso en forma fluida y clara, sin evidenciar dudas.</p> <p>8.- al responder no mira de frente y mueve constantemente las manos.</p>

ANEXO 04: ENTREVISTAS

ENTREVISTA N° 01

Fecha de entrevista: 20-01-2020

Cod. entrevista: REC010

Turno: tarde.

Seudónimo: Chato.

Sexo: masculino.

Edad: 36 años.

Tiempo servicio: 7 años.

Religión: católica.

Tiempo: 22 minutos.

Contenido:

Chato: Yo pienso que todos los enfermeros, pasamos no hablo de manera personal, hablo a nivel de todos los enfermeros; ósea lo he sentido yo, he creo que todos pasamos por ese proceso de luto cuando tenemos a un paciente que va fallecer que está en agonía todos tenemos ese proceso de tristeza, ese proceso de sentirnos mal por la persona que va fallecer no solo por la persona que fallece si no por los familiares no por los actos que presenciamos cada vez que fallece alguien o alguien está en agonía; hemos tenido, nosotros acá en la UCI tenemos un sin número de personas que fallecen y si bien es cierto están en estado de sedación la gran mayoría pero nosotros vemos la vivencia que hay con los familiares y nos causa bastante tristeza. (mirada fija-suspira)

Mira he tenido que pasar por un proceso de estar, asistir a una terapia psicológica por la muerte de un paciente, no, porque se nos murió un niño que estuvo internado una aproximado de dos meses en la UCI entonces fue tanto el apego hacia este niño que cuando fallece tuve que ir a terapia psicológica porque parecía que los escuchaba a veces en mis turnos, claro bueno, lo habíamos hecho lo habíamos tomado como parte de nuestra familia, como parte de UCI era un niño que estaba desde sus primeros momentos despierto y que manifestaba que no lo dejaran morir un niño de ocho años que te manifieste eso ósea te causa te marca, ósea los niños se aferran a la vida, quería que le compraran una piñata que se acercaba su cumpleaños entonces la vivencia con ese niño y luego verlo en agonía causo un trauma, esa es la palabra un trauma psicológico, no tan solo en mí; sino en varios compañeros que también trabajaron con él, no, la muerte es la culminación, es el

proceso al término de la vida, pero es un proceso doloroso no, es un proceso que causa no tan solo dolor en los familiares sino también en las personas que lidiamos con las personas para tratar de salvarlas, el paciente, como ya te dije anteriormente es un paciente que se mantiene sedado que se trata de darle calidad de vida hasta el último momento se les brinda apoyo psicológico a los familiares, se les permite incluso a los familiares que puedan entrar a despedirse de la persona que se encuentra en agonía se les brinda el apoyo religioso, el apoyo espiritual se les dice que deben traer a alguien según su creencia para que pueda ayudarlo a partir.

Mira, yo soy de las personas, que, a estas personas, ósea porque va a fallecer no les va hacer, se les va a dejar fallecer y ahí murió, no ósea a esa persona. A título personal le comunico al doctor, le digo al doctor vamos a mantenerlo con pseudo anestesia, vamos a brindarle una mayor calidad de vida, que si se va ir se va ir sin dolor no, porque nosotros ya hemos tenido pacientes que ya sabemos que va a fallecer que están agonizando, entonces no sabemos nadie ha pasado por este proceso de agonía estando en una UCI es como casi morir y salir; pero no sabes si durante este proceso hay demasiado dolor, entonces se les comunica al médico y el medico indica que se le mantenga bajo los parámetros de pseudo anestesia, no y yo tengo un protocolo distinto porque a veces yo a veces agarro el agua bendita y yo mismo voy y les hago la ceremonia; pero cuando se puede no, no siempre, no siempre se hace con todos los pacientes.

Lo que pasa es que estos pacientes hasta que no fallezca no está declarado muerto no, ósea y se tiene que llevar los cuidados tal y como son no, lo que se hace con los pacientes en anestesia es que supongamos le toca a este paciente y tenemos que asearlo no, nosotros no vamos a estar a un paciente que sabemos que está agonizando movilizándolo sabiendo que puede tener dolor entonces hay ciertas restricciones que si se dan no; pero en el tratamiento si se aplica el tratamiento hasta el final

Restringible ciertos fármacos, si no ósea hay fármacos los fármacos inotrópicos este ahí quiere decir más o menos me imagino no, a ningún paciente en etapa terminal se restringe, es más hemos tenido el sin sabor de que a veces vienen los familiares y dicen no ya desconectenlo ya sáquenle los fármacos ya no le pongan nada desconectenlo déjenlo morir y yo te lo estoy diciendo de tal forma que tú lo

puedas entender pero los familiares vienen y no lo dicen así pareciera que lo dijeran como que ya no quisieran que siga viviendo y nosotros tenemos presente que nosotros no podemos limitar al paciente de sus fármacos porque están dependiendo en ese momento de ellos.

Con el niño que falleció yo tenía, claro yo venía de un proceso de luto yo había perdido hace más o menos cuatro meses a un sobrino de dos añitos ya, entonces yo vengo de ese luto entro en línea a la UCI como que yo estaba en forma de fusión espiritual algo así como un clic, entonces, he, lo trabajamos entramos a trabajar con ese niño y cuando falleció si ósea si tuve problemas para asimilar la muerte y no tan solamente yo fuimos varios los que ósea nos causó un cierto trauma porque incluso no solo yo sentía que lo escuchaba habíamos varias personas que sentían que escuchaban que el niño llamaba no, entonces; pero yo si tuve que hacerme ver porque a mí sí me dio llanto ósea lo escuchaba y lloraba algo así, si lo escuchaba y lloraba, a no, fue una voz que llamaba doctora, enfermera, así fue un, ese niño tuvo una peritonitis entro por una apendicitis se complicó y falleció, no, ósea y si ósea sí, prácticamente ingreso lucido a la unidad y se fue complicando, hubo complicaciones en la operación, regreso a la unidad de cuidados intensivos.

Yo pienso que cuando quieres a alguien el luto es eterno amiga, ósea yo si cada vez que me acuerdo del niño tengo un sentimiento de pena, no, pero lo he sabido asimilar; pero si cada vez que me acuerdo tengo un sentimiento de pena, yo te estoy hablando más o menos de hace tres años el episodio del niño; pero si pienso que cuando tu entras a terapia creo que tu manejas mejor tus emociones, no, tienes más control de no aferrarte porque es como los enfermeros a veces hacemos lazos de amistad con los pacientes que nos marca, si es que llegan a fallecer; ahora no es que me haya vuelto frio son cosas distintas; pero trato de tratar como enfermero de brindar la mejor calidad de vida y tratar de si es que la persona va a fallecer brindarle una muerte digna. Bueno nosotros, a título personal yo trato de que la mayor cantidad de tiempo que le queda ya por vivir que los familiares puedan ser quienes puedan estar junto a ellos la unidad de cuidado intensivos que quieras o no amiga limita, limita que los familiares estén en el periodo de la muerte con sus familiares y eso no debería ser no, nosotros ya sabemos que ese paciente ya no,

ya no tiene más de su diagnóstico no, va a fallecer y a veces hay personas que mueren sin sus familiares sin la asistencia de un cura no, entonces yo pienso que mis intenciones van más allá de eso no, los llamamos a que venga el cura que venga los familiares que tenga asistencia familiar.

Entre una UCI abierta o cerrada, yo creo que tienen sus pros y sus contras, en la UCI de puertas abiertas a veces los familiares mal interpreta, no, tú puedes permitir ingresar, que el familiar tenga contacto y todo eso; pero en la ciudad de Tumbes la gente, tú limitas la entrada aquí en la UCI si entran los familiares pero que es lo que pasa los familiares no entienden que no pueden ingresar muchas personas porque se contaminarían nuestro ambiente y eso es lo que realmente ellos no entienden tratamos de cuando están en el periodo de proceso de luto, les hacemos llegar a las personas a los familiares directos a todos los hijos a las hermanas y hacerlos entrar con todas las medidas de seguridad y que puedan estar a veces podemos hacerles que ingresen cuatro o tres personas a despedirse y lo hacemos, no, pero ósea por ese tema de la cultura entiendes es que a veces se limita el ingreso a los familiares

Yo pienso que, se necesita apoyo, ósea para trabajar con el tema de UCI a puertas o una UCI transparente recuerdo que leí ese día un artículo español se debería trabajar mas no, se debería trabajar más, pero tendríamos que trabajar bajo, sobre la cultura que tiene el departamento porque tenemos una cultura o la gente tiene una cultura diferente no, así es, Incluso amiga yo pienso que si tenemos enfermera consejera, porque si tenemos una enfermera que oriente a los familiares, no tan solo en el tema de la UCI los cuidados y todo lo demás sino en el tema que tenemos un departamento en el que hay accidentes de tránsito y hay muerte de jóvenes en grandes estadísticas, no, entonces tumbes es el único departamento que no dona órganos y tenemos un índice altísimo no, de personas que fallecen por accidente de tránsito y que son grandes donadores, te das cuenta entonces y porque esa enfermera consejera, no, puede cambiarle la idea a los familiares ósea, solamente es un tema de concientizar es un tema de formar equipos y es muy importante el tema de la enfermera consejera.

Un consultorio de Enfermería, sería importante, que se ejerza en el hospital, claro en el hospital; me parece muy bonita tu idea, muy, muy interesante grandes

expectativas para eso. Por eso lo que yo les digo siempre a los colegas ósea a veces creo que no, no asimilamos ese proceso, no, porque a veces hay pacientes de noventa y tres años con grado tres, no, entonces, con estadísticas de vida mínimas, no, entonces, pero los familiares son los que se aferran a la vida y exigen ingresar a la unidad de cuidados intensivos, no, y es por eso que más que todo por tema de la entrevista, no, por el proceso del duelo, porque el proceso del duelo empieza desde cuando ya sabes que va morir, el paciente esta grave y sabes que va a morir pero te aferras a la vida, no, entonces nosotros sabemos que debemos entender muchas veces lidiar con los familiares, no, y entenderlos, a veces mira amiga yo he conocido gente, que no es gente violenta, que nunca la he visto violenta, pero bajo su proceso de duelo cuando llegan acá y su familiar muere o su familiar está a punto de morir y no lo dejan entrar se ponen violentos ósea no en la vida diaria no son violentos, ósea el proceso del duelo te transforma, algunos para bien algunos para mal, otros lo toman para bien otros de manera exaltada..

Chato: Creo que todos los enfermeros de la UCI, decimos que tenemos y somos los que menos hemos tenido muertes en el turno, tenemos estadística, no creo, no creo que llegemos a grandes cantidades en mis rotaciones, no creo es más yo soy de los enfermeros que no me gusta aumentar las dosis de la adrenalina, inotrópicos ni nada de eso porque pasa, pasa. Yo soy de las personas que no, ósea no, yo sé que va a pasar por el proceso de morir y no le hago ósea no le aumento las dosis para mantenerlo. Claro fue un hecho de tristeza no, yo pienso que cada vez que entra un niño marca a todos los enfermeros, si yo pienso, no y no es solo mi vivencia ha, es la vivencia por la que hemos conversado de este tema con mis demás compañeros y nos marca, más los niños, ósea tenemos más a fin con los niños y tenemos más tristeza cada vez que muere un niño.

Bueno a mí me ha pasado yo pienso porque los niños tienen más probabilidades de vida, tenemos a veces apacientes adultos que ya sabemos que van a fallecer con enfermedades terminales, pero a veces llegan niños que entran niños quemados hemos tenido no, que sabemos que sus probabilidades de vida pueden ser mayores entonces y que fallecen a veces porque a veces hay mayor complejidad para referir ósea, por cosas de veces que escapan de las manos de los enfermeros y de los médicos de la UCI, hemos tenido niños que han ingresado

a por traumatismos encéfalo craneales o por caídas pero no tenemos neurocirujanos no tenemos con las justas tenemos al neurólogo entonces necesitan referencia y en el camino se mueren cual es la sensación tuya, es una sensación de dolor.

No tenemos neurocirujano, ósea, no tenemos neurocirujano, no tenemos neurocirujano entonces eso es algo que a veces como te decía temprano, no, somos un departamento con alto índice de accidente de tránsito que vamos a necesitar neurocirujano, pero no, no tenemos neurocirujano entonces el desabastecimiento si se ha visto, fue un gusto haber ayudado.

ENTREVISTA N° 02

Fecha de entrevista: 20-01-2020

Cod. entrevista: REC011

Turno: tarde

Seudónimo: CRIS

Sexo: masculino

Edad: 33 años

Tiempo servicio: 5 años

Religión: católica

Tiempo:

Contenido:

Bueno acá nosotros como enfermeros vemos casi a diario la muerte, estamos en contacto con esto de eee, el pacientes que están al término de su vida no y eso podríamos decir que es la muerte pues no; el fin de todas sus funciones vitales y por ende acaba con el término de su vida y eso acarrea pues todo un factor social en cuanto a los familiares porque vemos bastantes situaciones dolorosas viene el familiar y no acepta la realidad a pesar de que esta en un área crítica y que ellos pues firman un consentimiento el cual ellos están pues e advertidos de las condiciones de su paciente de su familiar; pero no aceptan tan rápido la llegada de una muerte prematura por alguna enfermedad de su familiar entonces este es eso pues no, la muerte la culminación de todas sus funciones vitales del paciente.

Más que todo en niños, porque quizás estamos acostumbrados a ver a los adultos específicamente adultos mayores que fallecen no. Pero en niños es más complicada la situación porque ahí se tiene sentimientos encontrados y bastante tristeza, rencor porque a veces uno quisiera hacer más cosas no. ¿De repente entra en paro cardiaco un niño un paro respiratorio y uno quisiera salvarlos, pero lamentablemente a veces no puedes hacerlo, entonces que sentimientos? un. cómo te digo bastante pena, pena por los familiares también porque e nadie quisiera que y nosotros como profesionales tampoco nunca quisiéramos que nuestros pacientes fallecieran no porque esa no es la finalidad de nuestro de nuestro e de nuestra profesión no, la finalidad es que los pacientes se recuperen que salgan de su estado por más crítico que sea su estado de vida de él, pero siempre queremos y siempre nos da alegría ver los pocos pacientes que salimos, los pocos pacientes que salen de acá, de cuidados intensivos nos da alegría verlos que, que se recuperen; pero lamentablemente la gran parte fallecen, fallecen por las condiciones con las que entran.

El número total de fallecidos en mis turnos no lo tengo, pero pues ha, pero a mí a mi ósea me estas preguntando cuantos míos, pues no pero más o menos pues habrán sido unos 20 más o menos en cinco años, el primero te digo fue un pequeñito, te marca eso te marca porque como te digo esa no es la razón de tu existir de tu profesión no, quieres que siempre dar lo mejor a ellos para que sobrevivan pero lamentablemente dando todo lo de nosotros no podemos salvarle la vida y lamentablemente fallecen.

Da pena, pero esto lo llevamos por dentro no podemos reflejarlo, no se puede reflejar ni, ni a los colegas que están al lado de uno, ni al familiar peor aún porque el familiar tu sabes que cuando ingresa, nosotros fallece el paciente tenemos que hacerlos ingresar al familiar para que vea el estado y con que, en qué condiciones ha estado cuidado su familiar, entonces uno no puede estar reflejando así ese tipo de, de sentimientos así tan expuestos tiene que ser un poco duro un poco reacio antes eso claro que no por eso uno va a tratar con indiferencia a la persona no, si la ves que esta pues con bastante dolor porque se ve pacientes hay familiares que hasta se han arrodillado ahí, así al lado de la cama, como te digo con un niño se arrodillo una señora pidiendo disculpas pidiéndole a dios que, que porque se lo llevaba no, pero ahí como te digo sería tranquilidad a la persona, pero por dentro uno también siente un gran un gran pesar que ocurra ese tipo de acontecimiento.

A mí, me a no por lo menos unos días, 4 o 5 días uno queda tocado si, uno queda tocado, claro, claro, claro; es por eso que después de los guardias uno queda medio, medio movido todavía internamente; pero ya pues ahí hay que superarlo porque hay otros pacientes que también requieren de nuestros cuidados. No, te preparas para eso no. En la especialidad pues no, ósea los cuidados de enfermería te dan en la especialidad pues no, solo en la especialidad de UCI pues claro, de ahí este; pero eso son los cuidados de enfermería si me hablas de los sentimientos que siente uno no, no eso nadie te enseña eso. Nadie te enseña a cómo comportarle o como guiarle, en algún acontecimiento de fallecimiento no.

Mi carácter si a cambiado, claro, no, no uno se pone más duro, más reacio de todas maneras que si porque ya ósea no es que no te importe tampoco la vida de la persona no, sino que ya has pasado por eso ya lo has vivido entonces e tal vez si es que por ejemplo entra paciente y en media hora fallece ósea no tienes tanto

apego no pero cuando ya tiene tanto tiempo por ejemplo hay pacientes que tenemos un mes, mes y medio, dos meses acá y de un momento a otro fallece ósea si cauda una poco de extrañes y de sentimiento de pena de pena pues con él, adulto, claro; pero acá recibimos, es una unidad de cuidados intensivos general, sí, pero acá no recibimos solo adultos nada más; si hay un niño que esta critico se recibe, si, si, gestantes, niños de todo recibimos de todo; es que es la única UCI que hay en tumbes.

Había un pequeñito, me acuerdo que estábamos haya todavía en el hospital en el nuevo hospital regional que estaba en Puyango, este había un pequeñito que tenía una pancreatitis al final este lo re - operaron tantas veces al pequeño por una pancreatitis este estuvo entubado, estuvo entubado días como 15 días el pequeño de un momento a otro parecía que iba bien que iba mejorando no, aunque seguía entubado, pero iba mejorando pero poco a poco después se detioró tan rápido termino falleciendo, e, nos habíamos encariñado tanto porque era un pequeño era, no tenía, tampoco no era un pequeñito pero tenía más o menos nueve o 10 años; pero este, ese fue una experiencia bastante dolorosa a todos, a todos porque no solo a mi, varios a varios colegas estuvimos hablando en cierto momento ahí de como ese pequeño no resistió ahí ese tipo de enfermedad y termino falleciendo.

Y tenía solo a su mama que estaba responsable, que no era exactamente su mama sino era su abuela, él había sido abandonado el pequeñito y lo cuidaba su abuela la abuela siempre estaba ahí al lado de el al lado del él hasta el día en que se fue en que falleció. Ese fue uno de los momentos más tristes más dolorosos que habíamos vivido a lo largo y que lo podemos recordar.

Todo depende de cómo llega el paciente, ósea si, si la persona llega agonizando, pero esta sin ningún equipo invasivo se le ingresa a entubar a ponerle el catéter al lado; ósea quien entuba es el medico no; pero uno está apoyando en la entubación a colocación de catéter, colocación de inotrópicos por hipotensión colocación de volúmenes por hipotensión administración de antibióticos porque por lo general acá son pacientes que llegan con shock, shock séptico, hiporbe de micro carbogenico, este colocación de sondas Foley, nasogástricas, se le invade por donde quiera al paciente; se le invade e después de eso ya que ya está un poco más estable, aseado el paciente porque se le tiene que dar confort al paciente, no es que lo voy

a entregar así, me lo trajeron así y así lo entrego, no se le da confort, se le asea al paciente en lo que se pueda movilizar; si es que esta no movilizable se le trata de por encima, tratar de, de asearlo lo que se pueda; cambio de sesgo si es que ya tiene tubo endotraqueal, nebulizaciones si es que ameritara el paciente, control de diuresis horaria para ver el balance hídrico del paciente, temperatura, presión y todas las funciones vitales se toma a horario, toma de laboratorio porque a veces no vienen y no le pueden sacar exámenes de laboratorio porque no tienen vías accesibles; hasta le colocamos le sacamos de arteria si es que no encontramos accesibilidad de vías periférica.

Entonces todo eso se, por eso te digo, depende de; depende de cómo llegue la persona; si la persona llega de emergencia y no tiene nada y llega crítico tenemos que partir de cero con el pero si ya la encontramos a la persona que está aquí ya tiene dos o tres días ya está entubada ya está con catéter ya está con esas cosas, entonces no es que sea más fácil pero ya continuas lo que te deja el colega, no si ya está con inotrópicos por ejemplo la adrenalina, la adrenalina ya se le continua se le va titulando los medicamentos para, depende del estado del paciente no hasta donde el, estamos con él hasta donde el organismo del soporte, en ningún momento se deja de hacer las acciones, el médico, porque el médico está autorizado a darle el informe de cómo va el paciente al familiar; ósea nosotros si entramos en contacto cuando llega la hora de visita ahí si entramos en contacto con los familiares; lo que pasa es que el familiar afuera está pendiente de que alguien le dé informe, pero no es nuestra función como enfermeros porque ya te comienzan a preguntar otras cosas y vaya ser cosa que en cierto momento le digamos o le demos unas falsas esperanzas y eso también lleva, conlleva a malos entendidos no, ya hemos tenido ese tipo de malos entendidos entonces cuando está el paciente crítico el medio es quien sale a hablar con el familiar le da el informe médico del estado del paciente de cómo está evolucionando él y en la hora de visita ya le podemos entrar un poco más de contacto de nosotros porque ya sabemos que ya le dio el informe médico para no entrar en contradicciones en cierto momento.

Se está en cierto momento tratando de hacer el negocio con la puerta abierta porque si el paciente de todas maneras tiene que entrar en contacto con el familiar

se ha visto y si hemos tenido ciertas experiencias de que cuando entran a mas contrato con el familiar se recuperan un poco más rápido no, claro si, entonces este, pero también depende de que del estado del paciente porque tampoco pues no vamos a estar ingresando a cada instante al familiar. Una por la contaminación que puede haber una contaminación cruzada entre el paciente y el familiar y otra por el estado de los demás pacientes porque acá también cuando tú le dices ya ingresen quieren ingresar dos, tres cinco familiares entonces eso también en cierto momento a veces nos tratamos de limitar eso; pero si eso como le digo, si, si, si los hacemos ingresar ósea no solo al momento de la visita porque tú sabes que el momento de la visita es solo una hora, a veces no es tan exacto porque estamos ocupados, tratamos de desocuparnos antes de que ingresen los familiares, pero es el flujo dos tres de la tarde; pero como te digo si es que viene un familiar en el transcurso de la mañana y nos pide ingresar con mucho gusto ingresa y claro no si, que se aperturen las puertas de UCI, claro que sí, en cierto momento es algo natural porque tú sabes que cuando el paciente está enfermo no es algo tan natural tampoco que digamos. El familiar tampoco lo toma tan natural, eso es algo más natural claro, no porque ya no haz sufrido ninguna enfermedad y progresivamente por la edad fallecía, pero imagínate que un paciente por ejemplo un estado grave no es algo natural, entonces ingresa a la UCI ya, es desde que tiene esa enfermedad desde que tiene esa patología ya el familiar se está negando a que el fallezca no entonces, y desde que está en uci es porque el familiar va a luchar hasta lo último para que no llegue a fallecer entonces por eso te digo la muerte decirles que es algo natural hasta cierto punto.

La verdad, ya si entra a la UCI ya los familiares están alertas de que en cualquier momento va a pasar algo, claro, claro, y hay estudios de eso, hay estudios de eso no, hay estudios de que, si el paciente se recupera por, por estar en contacto con el familiar, se recupera y este por ejemplo el delirio de un paciente que está ya varios días con sedo analgesia es permitido el contacto con el familiar y hay estudios que te corroboran eso no, de que es bueno y que te va a traer bastantes cosas buenas es verdad que sí, pero como te digo toda UCI se ha acostumbrado a ser un lugar cerrado no, entonces eso hay que romper esquemas y paradigmas con todos los demás profesionales para lograr ese tipo de UCI que se anhela que se quiere, concientizar a todos los profesionales que trabajamos acá no, sea médico,

enfermero, técnico, que sepan lo valioso que es tener una UCI a puerta abierta y que cosas buenas te va a traer el tener una uci a puerta abierta no, creo que comprendiendo y entendiendo todo el valor que tiene, que te trae una UCI puerta abierta lo van a entender de y se lograra en cierto momento bueno.

Mira, el, saber cuánto se puede luchar por el paciente y tú tienes alguna esperanza de que pueda recuperarse, si eso se conversa con el médico, el medico conversa con nosotros, mira este paciente tiene escasas probabilidades de vida no, ya no, no pongámosle o no le aumentemos tal medicamento dejemos nada más porque también es encariñarse en un paciente que sabemos nosotros no va a salir de su estado, no es que le quitemos las cosas pero tampoco no , como se dice, no llegamos al extremo que, porque sabemos que no va subsistir no, entonces lógico que el medicamento se le pone en su horario y todo pero por ejemplo inotrópicos que sabemos que ya está en altas dosis ya no le aumentamos más ya, porque que ya no es, es exponer al paciente prolongarle y hacerle agonizar más tiempo a él ósea es lógico que ya también entre el contacto con el familiar, ya se le, el medico ya también le ha dicho que en cualquier momento muere el familiar no, entonces ya dejamos nada más que vaya su transcurso, sí, pero, si pues; pero pues acá en UCI casi no es así pues no, porque ya sabes que los pacientes están en estado crítico; por el mismo de estar en UCI ya, ya es un estado en el ya no está, o bien se recupera o bien fallece. Si ya lo vemos que si esta critico que ya no se puede más quehacer se deja que vaya a su ritmo.

Los ancianos también ingresan, claro, claro si, si claro. Pero así depende también del estado en el que este, también el paciente no, muy ancianos de más de ochenta, noventa; ya también es el medico quien determina que ya no ingrese por el estado y por la edad del paciente, eso ya lo ve el médico, pero si él tiene criterios la mayoría tiene criterios de, de ingreso a UCI.

ENTREVISTA Nª 03.

Fecha de entrevista: 23-01-2020.

Cod. entrevista: REC003.

Turno: Tarde.

Seudónimo: Gil.

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Tiempo servicio: 5 años

Religión: católica

Tiempo: 19 minutos.

Contenido:

Bueno, todos los pacientes son importantes pienso que para todas las enfermeras que laboran en esta área. Por ejemplo, hay paciente que tienen tiempos terminales como son cáncer, paciente con VIH, muchas veces uno lucha hasta el final. Siento pena porque es un ser humano, por lo menos a mí me da mucha pena sobre todo cuando son jóvenes, pero como bien dicen uno lucha hasta el final y es DIOS quien tiene la última palabra el decide quien continua o se va, pero lo que si tratamos es de brindarle todo lo necesario para que él este en paz, con los cuidados necesarios. Bueno acá habido un joven que sufrió un accidente de tránsito un jovencito de veinticinco años ese joven supuestamente llevo acá le hicieron su tomografía tenía sangrado, tenían que operarlo, pero acá por falta de neurocirujano no lo operaron, supuestamente el medico hizo la tomografía dijeron que el paciente tenía muerte cerebral, sinceramente fue mucha pena, muchísima pena porque era un joven que tenía una vida por delante tenía un pequeño un niño de un año y no se pudo hacer nada por más que se luchó, se luchó.

Bueno, yo me sentí muy triste porque me daba pena, uno bueno al menos uno se pone en el lugar de si es que fuera un familiar de nosotros, ósea se pone en lugar de los familiares como se sienten en el caso de la mamá del papa de la esposa su niño que se queda sin papá, es una tristeza tremenda yo lo sentí y pienso que todos en conjunto aquel equipo de UCI lo sintió.

Yo pienso que la muerte es un proceso natural, que todos vamos a llegar a ella, quizá unos más temprano que otros, porque todos llegamos y sinceramente yo a veces me imagino no un familiar mío mi esposo y me da pena, me da muchísima pena pero pienso que ese momento va a llegar y que tenemos que estar preparados; son sentimientos en ese momentos de impotencia quizás, que no

puedes hacer nada contra lo imposible que es para el humano, es algo imposible pero si DIOS también lo quiere así que más podemos hacer; pero también se siente alegría cuando los pacientes salen de ahí, que son muchos los que salen. Bueno si hablo en cuanto acciones, se le brinda el confort al paciente, sobre todo que esté limpio, se les brinda también a los familiares el apoyo espiritual, que ingresen ellos; porque ellos se encuentran desesperados que les digan sabes que tu familiar esta grave o de aquí en unas horas puede fallecer ellos se sienten mal entonces que hacemos los llamamos a ellos para que lo vean le hablen, oren sobre todo porque ellos quieren..

Nosotros, en todos los pacientes estamos preparados para un cardio con todo el material necesario, el coche de paros esta implementado al lado tiene que tener su ambu, tiene que tener su oxigeno ya disponible conectado a la maquina tenemos nuestra epinefrina nuestra atropina, ósea si tú sabes que ya el paciente te puede hacer paro en ese momento tienes que tener todo el material dispuesto en cualquier momento tu actúas, claro previo a eso si la paciente esta hipotenzando, le vas a colocar un neutropico, una noradrenalina en infusión y vas evaluando y vas viendo hay pacientes que llegan con treinta de nora, pero ni aun así, suben se mantienen hipertensos, para ellos pues se habla con el médico, le agregan un segundo neutropico si a pesar de ello no se puede hacer nada están a espera del paro y si el paciente sale, muchas veces sale a veces no; pero eso depende de cada paciente.

La eutanasia no se hace acá no, no hacemos eutanasia acá, claro la muerte es algo natural porque para eso llegan a la UCI, pero hay veces amiga que hay pacientes que salen por ejemplo tenemos un paciente ahorita el paciente de la cama cuatro él ha hecho paro, pero inmediatamente se actuó, ahorita salió del paro lo han extubado esta con cánula y el paciente está muy bien, como te digo uno tiene esperanza lucha hasta el final. Si vemos que el paciente tiene muerte cerebral y que no va a salir, ya no se puede hacer nada, ósea si el paciente hace paro ya ahí no más queda, pero hay pacientes que tienen la esperanza de salir, si no hay tristeza, impotencia de quizás no poder evitar eso, a veces uno piensa si es un proceso natural, cuando he perdido un paciente, si, si lo he sentido e incluso bueno ya hace tiempo falleció un pequeño que quizá a todos nos afectó, que el paciente

se vaya, fue un paciente de tres años todos sinceramente todos nos pusimos a llorar porque era un niño que quizás o, es un pequeño que uno se imagina que fueran sus hijos pero si nos sentimos muy tristes y todo el equipo se sintió mal. Procedí a tratar de incentivar a la mamá, para que cuiden a sus niños porque ese sentimiento queda ahí eso ya no lo cambias esa tristeza, quizás cuando uno se acuerda del paciente que no se pudo hacer nada, que el paciente falleció, que hasta ahora yo me acuerdo del niño, fue una niña y ahora por ejemplo cuando medio yo veo enferma a mi hija parece que ya le fuera a pasar algo y con ese miedo de lo mismo que uno esta acá y ve los casos frecuentes de los niños, con los adultos uno esta con ese miedo.

Solo se tiene UCI NEONATAL, la Neonatal es hasta los treinta días veintinueve días, bueno amiga como yo te digo todas las personas no sentimos lo mismo sentimos diferente, yo me afecta mucho que un paciente se muere y me pone triste, me pone mal no sé, parece que algo no hice bien y por eso se fue, pero eso no es así, por ejemplo, hay colegas que llegan y dicen está mal, esta delicado ya no se puede hacer nada, porque no se le hecha la cruz y que se vaya, hay colegas así.

Sería bueno capacitar, al personal con capacitación la definición del paciente en agonía, como tú lo dijiste no, que no se prolongue la agonía del paciente tanto el sufre como los familiares que los cuidan, hay familiares que se amanecen, no se van a su casa, no comen, no se duchan, no trabajan, para mi percepción sería lo ideal que los familiares estén en contacto directo, frecuente con él paciente, pero que muchas veces nosotros no lo hacemos acá, no lo hacemos te soy sincera y te digo no lo hacemos quizá por falta de tiempo, quizá falta de tiempo en el baño, en el tratamiento, lo cual no debería ser así, que veíamos porque el paciente cuando hay un paciente que esta entubado, una paciente que ya está descansando de la sedación, el paciente se siente agitado se siente que si el ve, se ve en un ambiente extraño, donde hay maquinas, donde hay ventiladores mecánicos que suenan, hay bombas, que suenan, nos ve a nosotros, que ni siquiera nos conoce, pero si el escuchara la voz de un familiar de repente se sentiría un poco más tranquilo porque se sentiría en confianza y eso ayudaría al paciente a que el mejore y que salga de la situación en la que está.

Si he escuchado, incluso a los médicos que nos dicen acá que los familiares deberían ingresar tres veces al día hasta más, para una UCI de puertas abiertas, sería trabajarlo con la jefa, con el jefe de enfermeros con el jefe del área de medicina crítica de área crítica como es el Dr. Malpica.

ENTREVISTA N° 04

Fecha de entrevista: 23-01-2020
Código de entrevista: REC012 - REC013
Tiempo: 25:25 min
Turno: Tarde
Seudónimo: Fito.
Sexo: Masculino
Edad: 34 años
Tiempo servicio: 5 años
Religión: católica
Tiempo: 20 minutos.
Contenido:

Fito: bueno, en realidad durante el trayecto que llevo laborando en UCI e, solo veo una oportunidad en cual se, e, me apegue mucho a un niño antes trabajábamos nosotros con niños también, pacientes pediátricos, entonces e tuvimos un paciente un niño que tenía una perforación gástrica y tenía una estancia prolongada pues no, yo recuerdo haberlo atendido, haber entrado a UCI y el niño ya llevaba cuatro días a medida que pasaba el tiempo el niño su estado se fue deteriorando más; pero por lo mismo que era niño, me, en realidad me afectaba mucho porque como soy padre entonces, el niño tenía diez añitos, recuerdo y el niño, sus frases de él eran, un niño que a medida que iban pasando los días, su abdomen se iba poniendo más voluminoso, timpánico y realmente en Tumbes, bueno fue intervenido una dos tres hasta, en quinta oportunidad, fue intervenido posteriormente ya no quisieron intervenirlo, entonces e nosotros día tras días nos íbamos, nos íbamos dando cuenta que al niño cada día lo íbamos perdiendo ya a pesar de todo el soporte que se le daba, estaba con nutrición parenteral, recuerdo se le daba al niño todo lo necesario, los familiares preocupados traían de Lima todo lo que se necesitaba, pero después los días avanzan y ya el niño tuvo que ser entubado, no estaba entubado el niño, no que ya a medida que fue avanzando los días ya empezó a tener mal patrón respiratorio y por lo tanto el niño entro en cuadro de acidosis y tuvo que ser entubado, pero antes de ser entubado, la frase del niño a pesar de que se veía el cansancio en el que estaba muy agotado decía, no me dejes morir y eso fue algo que realmente a mi particularmente me conmovió pues, ósea el niño se aferraba y él decía que quería seguir viviendo se me corrieron algunas lágrimas recuerdo porque yo nunca durante el tiempo que llevo digamos trabajando y las

muertes las vemos a cada momento yo nunca había derramado una lagrima por un paciente y tanto así que no fui, no solamente fui yo, fueron varios colegas que al final llegaron y se reunieron, nos reunimos todos ahí conversábamos entre nosotros y cada uno se le vía en su rostro el, la gran pena que sentía cada uno de nosotros compañeros de trabajo que nos habíamos pegado.

Entonces, e, como te estaba mencionando, nosotros, e, los que nos reuníamos, conversábamos y nos íbamos dando cuenta de que, que el gran cariño que le habíamos tenido a ese pequeño, al final los familiares ya su situación económica ya no daba para más, y nosotros empezamos aportar para poder comprarle pañales todo lo que se necesitaba y cada uno de nosotros dábamos un aporte de dinero y comprábamos, cuando el niño ya el medico nos dijo que en cualquier momento fallecía nos dio, a mi realmente, cuando el niño, recuerdo que el niño, tuvo una estancia de, si no me equivoco entre veinte a veintiuno, días estuvo el niño en UCI, recuerdo que estuvo en cama número seis y fue, fue penoso se me corrían las lágrimas yo, yo quería no llorar pero lamentablemente, ósea mis lágrimas solas salían; por más que yo no quería, pero solas y era por él, se me venía en mente mis hijos, decía dios mío que triste es ver a un niño morir porque realmente yo veo morir adultos y no siento, no sentí tanta pena o no sentí tanta pena como hasta el momento, como, como he sentido por ese niño, niño que tenía una vida por delante, diez añitos realmente e a mi si me conmovió eso y siempre, siempre lo recuerdo a ese niñito que bueno ya está con Dios y al menos cuando converso con un colega nos hemos acordado de ese niñito, para la fiesta de navidad, nos hemos acordado de ese niño y nos ponemos todos así con él un poco como que, un poco como que, el rostro se nos pone un poco cabizbajo; pero es porque nos acordamos de ese pequeño, ósea siempre lo llevamos al menos yo siempre me acuerdo de él y eso quiere decir que es un niño que prácticamente como que formo parte de nuestro centro de trabajo y lo considerábamos como, como un miembro más de esa familia de UCI.

En realidad uno de los sentimiento más para mí era la rabia del saber que no pude hacer más por él porque ya que todo, todo su organismo ya tenía falla multiorgánica ya, niño que se complicó tanto por más que los médicos hacían todo por él, pero y tenía yo impotencia cólera por ratos porque decía yo pero si todo lo que da lo que

hacemos por él porque no sale, entonces, porque no da, si es niño siempre es así, siempre con la experiencia que teníamos casi todos los niños salían, salían, pero él era un niño que, que no se pudo, y eso fue lo que yo decía, pero porque si con él le damos todo todos hacemos por el todos trabajamos precavidos con él, porque las dosis son distintas, entonces y eso es lo que a mí me daba cólera y yo decía, pero porque no sale este niño.

La muerte, si, para mí es un poco difícil definirlo en verdad con todo, con eso que yo sé que hablando de términos médicos sabemos que es la ausencia de todas las funciones vitales, pero ese el, ese el, como se llama la definición, exacto, pero hablando de lo que uno vive, yo no le encuentro una definición exacta, eso no es la primera vez que alguien, que tú me, lo estas preguntando ahorita; pero es algo que yo me lo he preguntado ¿cómo defines la muerte? nosotros vivimos, vivimos con ello, es nuestro, para mí es un enemigo que lo tengo siempre a mi costado, que está ahí, he, porque un paciente esta critico; pero el hecho de que este critico el paciente está bien, al costado de ese paciente está la muerte que quiere llevarlo; pero al costado estamos nosotros con la mano de Dios, que queremos sacar a ese paciente, para que continúe su vida; pero son cosas que pasan la naturaleza dice que el ser humano en algún momento fracasa y ya quiere decir que sus órganos ya dejan de funcionar.

Entonces he, siempre digo e incluso yo, yo temo un poco; ósea yo le tengo un miedo; yo sinceramente le tengo miedo a la muerte, yo no quiero morir yo quiero seguir viviendo, pues claro, soy joven quiero ver a mis hijos, pero digo algún día me voy acabar, pero, pero no quiero, no lo quiero, ósea no lo quiero, la vida es tan linda y gozarlo también, es lindo trabajar, ayudar a la gente en lo que tú puedas cooperar para que el paciente se recupere, cuando un paciente se recupera de su estado crítico que hemos tenido que lamentablemente que se va a morir y al final han logrado salir, que satisfacción que siento yo, yo creo que el resto de colegas debe sentir lo mismo porque aportamos un granito de arena para que ese paciente se pueda recuperar; para nosotros es una alegría cuando un paciente sale de un estado bien critico que ha tenido, que lindo es ahorita ver a mis pacientes que han estado bien, con una estancia prolongada mayor de quince días, pacientes de un mes y han vivido ósea, pero para mí es mi gran temor ósea, la muerte en verdad;

yo quiero vivir, he, yo pienso que nosotros como mucha gente cree que, nosotros porque trabajamos en áreas crítica estamos, digamos que somos unas personas, como muchos mencionan los de UCI son fríos. En realidad, no es así y entonces yo pienso que en las universidades se debería abordar temas como estos; son temas lindísimos muy importantes y deberían abordarse desde el área de pre grado. mira yo mi formación este tema de muerte nunca lo trataron.

En la especialidad en nefrología, abordamos ese tema, en nefrología cuando hice mi especialidad si abordamos ese tema de muerte incluso hay un periodo donde el paciente; en el paciente renal hay un periodo donde los familiares tratan de ya ir asimilando de que en cualquier momento van a tener la pérdida de algún familiar esa es la información de especialidad que recibí, en la información de UCI, también se abordó ese tema, pero para mí no quedo muy claro en realidad porque siempre digo no, no encuentro su definición y estoy ahí viviendo con eso.

Yo creo que si, en realidad, e, todo paciente necesita un protocolo para la atención, así como hay protocolo para hacer un procedimiento igual ósea, todos los pacientes necesitan de protocolo si no las cosas las haces como tú crees conveniente, paciente crítico trabajamos en base a protocolos entonces, he yo pienso que la formación de este tema, nosotros como que ya estamos un poco encaminados a hablar un poco del tema de la muerte como tú lo dices, vivimos al costado de la muerte, hay licenciados que no, porque no están acostumbrados o casi muy frecuentemente no se le ven que tienen pérdidas humanas, entonces personal que trabaja en UCI, sabemos que el `paciente cuando está ya en un estado crítico he, en realidad todo paciente es crítico aquí en UCI, pero a pesar de ello le damos todo lo necesario para que viva y nuestro peor enemigo aquí en UCI es la muerte; porque cuanto quisiera que todos los pacientes aquí en UCI salgan vivos; pero porque su misma naturaleza lo es, de que en algún momento tenemos que irnos de este mundo.

Mire he, como yo les digo a los colegas, muchos de los casos, hemos tenido que el medico de turno nos dice, miren por este paciente se ha hecho todo, todo y lamentablemente ya su organismo no da para más; entonces yo les digo a los colegas que a la persona que ya está agonizando lo que se les debe dar es una muerte digna; una muerte digna significa una muerte sin dolor que el paciente no

sienta entonces si no está son cetoanalgesia; pues recomendarle al médico que se le inicie porque quien va a querer tener una muerte con dolor, sufrir no, la muerte digna yo siempre, yo digo todo paciente que ya está por salir de este mundo, muerte digna.

Y los cuidados van enfocados a como si el paciente fuera a vivir, los míos son así los de los colegas no lo sé, cumplir con la prescripción indicada, fármacos a pesar de ello el paciente está bien va a morir, pero tú tienes que cumplir con los fármacos indicados, no podemos negarle algo que realmente le corresponde al paciente, está bien, no siente, no te escucha, no te oye nada, pero tú tienes que cumplir con todo, si el paciente necesita higiene de cavidad oral pues hazlo no le puedes quitar eso, si tiene alimentación pre indicada, continua con la alimentación, no le puedes suspender y para mí el hacer todo eso, todo lo que le corresponde al paciente, hasta cuando el paciente ya, cuando el paciente ya dejó sus funciones vitales ya cesaron por completo nosotros yo particularmente yo me siento tranquilo a pesar de que ya se iba le di todo, si tenía nutricio pues darle y sobre todo hacer pasar a los familiares cuando ya el paciente ya está en etapa de agonía hacerlos ingresar, yo los hago ingresar, a los familiares y los traigo les digo vayan despidiéndose, oren por el para que Dios pueda recibirlo, que se arrepientan de sus pecados; entonces la parte espiritual en esta unidad nunca de debe dejar de lado es valiosa, te ayuda, te alimenta, a mí me alimenta, eso me hace ser una persona de bien, me hace sentir bien y no estar después porque no lo hice, ver llorar a mucha gente.

Cuando salgo de acá y ha fallecido, recuerdo. Que la última vez que falleció un paciente, recibí el reporte y vi al paciente y dije este paciente está muy mal entonces vamos a hacer ingresar a su familiar, los ingresamos, despídanse de él oren por él ya le quedan pocas horas de vida, entonces pídanle que se arrepienta él está sedado, él está bajo efecto de sedación; pero igual pídan, oren ustedes por él, ustedes tienen que ser los intermediarios de él, y cuando se van los familiares yo veo muchos, que me agradecen gracias, gracias, pero lo hago porque de mi nace porque yo quiero hacerlo; no porque alguien me lo dice el licenciado, el personal que trabaja en UCI es una persona aunque no lo creas también sensible que poco a poco vamos ahí, yo cuando entre acá he, yo no pensaba que UCI era así y poco a poco me fui dando cuenta, recuerdo la primera vez falleció una persona llore en

mi casa solito, después dije voy a ver morir mucha gente, entonces yo mismo comencé.

Uno, uno, claro ósea y eso fue, ósea poco a poco, en el trayecto yo fui aprendiendo muchas cosas y solo lo fui aprendiendo porque nadie en dijo haz esto como te dije, la primera vez que falleció una persona. Yo dije Solito, comenzaba a llorar en mi casa, pucha yo dije se murió tal persona como es la vida, pero después dije mañana se puede morir otro y yo voy a seguir llorando, yo dije no, yo tengo que poco a poco. Y ahí fue que aprendí eso, a que yo tengo que al paciente, que darle una muerte digna, entonces yo dije a ya entonces voy a hacer esto, voy hacer esto porque el paciente, entonces digo comience con los familiares la primera vez mis lágrimas también salían, no lloraba pero mis lágrimas se salían junto con el familiar lo abrazaba, pocas veces se ve, entonces, pero a medida que fui haciendo eso me fui dando cuenta que tú le trasmites al familiar que esa persona que ha fallecido, esa persona que es muy importante para ti; pero que realmente en este mundo ya hizo cosas positivas y cosas negativas que se arrepintió; porque a través de ellos mismos que han pedido que han rezado por el que Dios lo ha perdonado entonces uno se siente tranquilo y así fui haciendo me acostumbre hacer eso, eso yo dejo, dejo que se acerquen todos y de allí ya, en realidad, el tema de UCI de puertas abiertas es un tema que desde el año dos mil diecinueve lo vengo escuchando, incluso en clases se habló bastante de esas UCI, entonces me mostraron videos de las UCI abiertas y que lindo, pero algo que yo me preguntaba si voy hacer una UCI de puertas abiertas quiere decir que el pase es libre para los familiares para que ellos puedan sentir y puedan hablarles a sus familiares, entonces, pero yo me preguntaba y cuando haga los procedimientos como le brindo la privacidad al paciente que le voy hacer el procedimiento y comencé a observar los videos que me mostraron en clase pues y una UCI de puertas abiertas es bonito porque hay bastante contacto entre el familiar, entre el familiar y el paciente en todo caso; porque el paciente, el familiar cuando está fuera de UCI es una persona aparentemente la vemos tranquila; pero no, no sabemos lo que él tiene no sabemos que sentimiento tiene el cuándo tú te le acercas y te preguntas, o cuando ellos se te acercan y te preguntan cómo está mi paciente y muchos de nosotros somos personas que no, el medico tiene que decirte, y no tú puedes decirle como esta tu familiar, tu familiar esta así esta sedado, ha recibido su nutrición todo eso todo lo

que concierne a enfermería. No te están preguntando que cual es el pronóstico, no, eso lo hace el médico, no lo haces tú, tu paciente ha recibido su baño, le hemos hecho higiene corporal, le hemos hecho higiene de cavidad oral, ósea todo eso.

En primer lugar, que mi hospital donde yo laboro: una que nos brinden una infraestructura adecuada para trabajar, por temas críticos en mi región no tenemos un buen hospital entonces primero tenemos que partir de ese punto si no tenemos una buena infraestructura no, yo creo que va ser un poco complicado hacerlo porque los espacios dentro de un UCI como estamos ahorita no son los adecuados entonces he si tuviésemos una buena infraestructura una de las estrategias que yo estaría dispuesto hacerlo es que el familiar ingrese a cada momento al servicio que le hable que haya más contacto directo entre el familiar paciente y enfermera esa comunicación una comunicación, una comunicación que sea fluida.

Si, eso, mira eso ayuda bastante, hemos tenido pacientes aquí cuando salen de observación están con delirio y porque nosotros no le decimos hoy estamos de día son a tal hora ellos poco a poco se van a ir recuperando ese estado esa alteración que tienen porque ellos miran no más miran las paredes y todos los días ven la luz, pero luz, este tipo de luz nomas la luz solar no la ven para ellos todos los días vienen es todos los días vienen a ser igual para ellos, entonces cuando el paciente esta con delirio y va recuperando irle mencionando son a tal hora estamos en día tal tu estas aquí porque él no sabe porque está ahí el mira nada más yo me encargo de hacer eso en mis turnos cuando el paciente ya está saliendo yo me encargo de decirle primero evaluó su Glasgow y en base a eso voy mencionándoles que están aquí por tales motivos pero que ya se encuentran en un estado de recuperación eso es lo que yo hago. de ahí bueno, en realidad esperemos que el fruto de esta tesis que estas elaborando o que la sigues en desarrollo, tenga buenos frutos para acá, que los resultados se apliquen acá.

ENTREVISTA N^a 05

Fecha de entrevista: 23-01-2020

Cod. entrevista: REC05

Turno: Noche

Seudónimo: Amiga

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Tiempo Servicio: 4 años

Religión: católica

Tiempo: 17.43 minutos

Contenido:

Hay veces que tú te encariñas con el paciente y le das un poco más de cuidado porque son pacientes jóvenes y tienen muchas más ganas de luchar por ejemplo a veces vienen accidentados de treinta y dos años no o a veces vienen gestantes entonces se les da más énfasis ósea el cuidado es para todos igual pero cuando llegan más jóvenes priorizas no por ejemplo con una persona que es más adulta que ya disfruto de la vida y tienes a una persona joven una gestante con purpura como que tú le das bueno en mi caso como que tú le das el énfasis hasta el último suspiro de su vida para poder salvar la vida de las persona, la muerte, nosotros aquí luchamos con la muerte, tratar de arrebatar de que esa vida no se valla de que se quede todavía aquí al lado de nosotros con sus seres queridos; pero yo soy muy creyente en DIOS y yo creo que si ya DIOS te llamo a estar al lado del reino del señor ya no podemos hacer nada porque ya Dios te llamo para estar a su lado, la muerte es el descanso pleno de la vida que ahorita vemos, toda esta vida que se está viviendo, para mi es el descanso pleno.

Hemos perdido y también hemos ganado y hemos luchado y hemos tenido por ejemplo paciente con dentoprosis y este era de treinta y seis años y le dimos todos los cuidados y salió ahorita está muy bien tiene todos, fuerza alegría emoción de que ese paciente joven de treinta dos o treinta y siete años era muy joven, era altazo, le dimos todo nuestro énfasis ahí en ese cuidado con todo el personal con todo el equipo de trabajo y gracia a DIOS vivió está vivo y puede disfrutar de su familia, pero por ejemplo desprende no, por ejemplo, en mi caso yo si es una persona ya adulta, no es que discrimine no, sino que yo lo veo de ese punto de concepción, no vas a comparar un joven de treinta, de veintiocho años con una

persona que tiene ochenta años que ya disfruto de su vida no, de su vida ya tuvo una larga vida.

Entonces cuando, por ejemplo, se muere un paciente joven y que está por accidente de tránsito o una peritonitis que se le complico entonces eso como que, como que me pongo triste no porque son gente joven que tiene un futuro por delante con ganas de salir a delante en la vida de disfrutar de tener un hogar porque son jóvenes son solteros y no han disfrutado lo que es la vida, eso es lo que a mí me parte muchas veces el alma.

Cuando he perdido a un paciente, bueno me siento tranquila, tranquila porque di todo de mi para poder salvar a ese paciente, si, por ejemplo, a veces hemos tenido casos de niños, acá hacemos UCI de adultos; pero también a veces recibimos UCI pequeños no, y este si me da pena a veces esos niños por ejemplo son de cuatro cinco años que a veces son quemados que a veces han comido alguna sustancia no, entonces ya no se puede hacer nada no, entonces pucha me da impotencia porque veo el cuidado no, ósea el cuidado no de mi parte, si no el cuidado por parte de la familia que no le brinda atención a ese niño; yo acá cuando estoy todo mi cuidado de enfermería es de calidad.

Nosotros vemos acá, céfalo caudal desde la cabeza hasta los pies, el monitoreo constante tenemos que tener monitor para poder controlar funciones vitales que son las básicas, ver nuestra ventilación mecánica que este operativo, nuestro oxígeno, este todos los parámetros de enfermería que cuidamos aquí en UCI, los protocolos tenemos que girarnos por los protocolos por ejemplo si tenemos que aspirar tenemos que tener un buen cuidado de aspiración de secreciones bronquiales todo lo que es un buen cuidado pues de los pacientes, pero igual se le brinda una calidad de vida, se brinda una calidad de vida porque es hasta el último, bueno yo soy muy creyente en DIOS yo soy católica y yo me aferro mucho a DIOS y yo mi cuidado es hasta lo último, hasta lo último.

La primera vez, que perdí un paciente bueno me puse triste, no porque primera vez que me había fallecido un paciente; pero después con el transcurrir del tiempo ya como que corazoncito se te pone un poco más duro porque tenemos que actuar rápido porque acá son momentos de segundo para poder salvar las vidas; pero ya

ahorita si ósea no es que no tenga mi corazón, ósea tengo mi corazoncito, pero ya como que la misma experiencia te hace golpear la vida un poco más, no, si siento, pero depende por ejemplo en mi caso por ejemplo yo te veo si es un paciente joven, no es que discrimine si no que yo lo veo desde este punto de concepción; porque cuando es joven; por ejemplo, yo soy joven, pucha que se muera de treinta, treinta y dos años tiene una larga vida podría ser hasta presidente de la república no, esa es mi manera de pensar a comparación de un adulto que ya tiene ochenta y nueve un anciano que ya disfruto de la vida que ya disfruto de su familia, entonces el ya disfruto lo que es de su vida no; en cambio un joven de veinticinco, veintiséis años que está en toda la etapa de la plenitud que, que hubiera sido de él, si es que le hubiéramos salvado la vida de tal vez hubiera sido nuestro presidente regional yo que se no, ósea en eso yo me queda así en mi concepción es mi punto de vista, no ya de acuerdo por ejemplo este ya, nosotros acá no practicamos la eutanasia es este ya lo que DIOS demande, nosotros prolongamos la vida hasta la calidad.

No, nada todo a la natural, la muerte aquí en la unidad de cuidados intensivos de Tumbes es natural, aquí no hay nada de aumentar la dosis, le quitamos el ventilador nada porque para mí es el sufrimiento del paciente porque está en agonía y siempre tenemos que brindarle un cuidado de calidad de muerte de ese paciente, un cuidado de calidad es que tenga un descanso pleno y que no tenga sufrimiento en el momento de la muerte, porque es doloroso, ese confort se da a través del cuidado por ejemplo si esta con ventilación mecánica que siga con su ventilación mecánica hasta que DIOS lo recoja porque es el único el señor que lo recoge.

La UCI, bueno hay que verlos desde dos tipos de puntos de vista por ejemplo hay pacientes que ya están recontra delicados por ejemplo están entubados están entubados están emodinamicamente inestables, pero hay pacientes que ya han salido de su recuperación están lucidos con algo de quince porque han salido de ese grado no, de un grado de que estaba casi en coma a un grado de quince ósea quiere decir es un paciente que ha ido evolucionando poco a poco entonces este paciente necesita el cuidado de una UCI abierta en que aspecto por ejemplo que este en contacto con sus familiares porque aunque tú no lo creas eso brinda de que ellos se aferren más a la vida, más a la vida porque el paciente pregunta por su familiar por su hijo en caso si es mamá pregunta mi hijo mi hija entonces ellos tratan

de salvar la vida, de salvarse sus vidas porque tienen un deseo de luchar por quien en cambio si fuera yo estoy entre los dos porque la UCI cerrada son para ver los cuidados antisépticos las medidas de bio seguridad del paciente en coma pero también hay que ver que el paciente necesita también el compromiso de la familia

Bueno mi paciente, yo por lo menos soy una persona carismática sencilla no, este bueno nosotros casi las enfermeras no tenemos mucho contacto con los familiares no es porque no queramos si no que es por la deficiencia de personal de enfermería por ejemplo acá tenemos cinco pacientes y de esos cinco pacientes somos dos enfermeras a veces cogemos tres pacientes y nos abastecemos a veces no podemos ni conversar con el familiar porque el único que lo hace es el médico, pero no es que yo no quiera; si no que es la deficiencia del personal que no tenemos por ejemplo si hubiera tres enfermeras no, hubiera tres enfermeras entonces dos enfermeras para uno y otra enfermera para realizarle los baños no, porque acá tenemos que realizar entubación, traqueotomía un montón de cosas de cuidados que se tienen que realizar, casi el contacto con el familiar no está por parte de enfermería, no está, no lo ejerzo, pero no es porque yo no quiera; si no porque no hay tiempo, no hay tiempo.

Es importantísimo, porque me gustaría que hubieran por ejemplo tres enfermeras no, para que ella a veces pueda hacer la terapia del duelo no, con los pacientes, con los familiares porque esa es una etapa donde es una etapa muy dolorosa no ósea yo he tenido a mi madre enferma al menos en ese aspecto entonces es muy doloroso porque a veces hay pacientes, familiares que son de acá están solos con su familiar entonces ellos con que soporte no, entonces acá por ejemplo no hay ni una capilla, no hay nada como por ejemplo calmar el dolor el sufrimiento el que es católico por lo menos va a un santo y ahí le ruega a ese santo, apoyando la terapia del duelo del paciente.

Claro que si un primo hermano que falleció, me puse muy mal no lo pude ni atender porque lo trajeron acá a la UCI y estaba de turno este si es doloroso es muy doloroso, pero la vida continua y con la ayuda de mi familia pues, la familia. La familia aquí es primordial si tú eres muy inclinada a DIOS y dedicada a la familia ten por seguro que vas a salir adelante.

ENTREVISTA N° 06.

Fecha de entrevista: 23-01-2020.

Cod. Entrevista: REC014.

Turno: Tarde.

Seudónimo: Mascota.

Sexo: Masculino

Edad: 32 años

Tiempo servicio: 2 años

Religión: católica

Tiempo: 17:15 min

Contenido:

La muerte es un estado de tranquilidad para los pacientes que están moribundos prácticamente que ingresan acá a veces ya ingresan sin ninguna posibilidad de vida porque puede pasarles en ese momento para no alargar el sufrimiento, es algo doloroso no, algo triste que le pueda pasar; para un familiar algo penoso algo triste. la primera vez que perdí un paciente, es hacer más cosas; a veces por las indicaciones que hay no, no puedes tu colocar otras cosas; entonces es tomar decisiones, un enfermero no puede tomar las decisiones finales no, las decisiones finales las toma el médico, entonces alargan el sufrimiento también de otras personas, como los familiares, acá piden que hagas hasta lo último, al familiar se le dice que ya no se puede hacer nada, que ya intente, que ellos pueden comprar cualquier otra medicina o llevarle a otro lugar para que puede recuperarse y a la larga están haciendo más, alargarle el sufrimiento, decirles a los familiares que estén, que ya está en etapa de agonía avisarles, se les dé da su cuidado; los pastores no para darle su bendición y tratamiento que indica el médico.

Es como una paciente normal, no hasta las personas que están muertas las tratamos como si estuvieran vivas todavía, no, no las movemos bruscamente las acabamos de bañar las limpiamos, no por estar muertas dejamos no, como están muertas no sienten, no las tratamos de mover bruscamente o las jalamos fuertes, tenemos que tener todos los cuidados; aunque con los muertos igualitos o los que están en agonía igual es más a veces las personas con agonía a veces tienes miedo de movilizarlas mucho por un decir, ellos pueden, a penas a un movimiento puede apagarse, por ejemplo acelerar su muerte.

Mover, movilizarles un poquito y adelantarles. No lo he conocido la, un, no sé qué persona es puede ser un familiar un conocido, puede haber tenido ya un turno anterior, nosotros un día anterior hacemos todo lo posible para que se recupere todo y al día siguiente lo encontramos mal o fallece después de uno dos días, pero de nosotros dejándolo bien, nosotros satisfechos del trabajo que hemos, satisfecho del paciente estabilizándolo, pero llegamos a un, al siguiente día o a dos días o a tres día y nos damos con la sorpresa que esta grave o que esta, esté muerto, no tristeza a veces esa tristeza llevamos no, mayormente lo dejamos en el trabajo.

Pero bueno a mi esposa si le cuento; pero a mi hijita no le puedo contar, aunque también nos escucha, pero nos pregunta, pero a muerto alguien papá, me abraza y ella se pone triste, y un abrazo de la persona que quieres ya te calma un poco te tranquiliza. En el trabajo de UCI ya sabes que es un trabajo con personas que están graves o bien es para que vivan o bien es para ya, al momento de ingresar sí, hay personas que cuando tu tratas de hacerlo mejor, por esas personas te sientes triste, pero hay personas moribundas ya que no tiene este que ya no pueden estar más tiempo ya, ya están para la otra ya, en una etapa de moribunda, con ellos ya no hay mucho que hacer se trata de dar lo mejor pero ya sabes que van a morir.

Bueno no sana no, es vital que pueda responder al tratamiento, se le da el tratamiento, o hay personas que ingresan graves se les da el tratamiento y damos todo lo posible para sacarla, y a veces sobreviven no y nosotros mayormente hemos sacado personas así graves y ya se complican saliendo a hospitalización; pero ya graves ya no hay nada que hacer y, se infectan, úlceras yo creo que por la sobre carga de trabajo de otros servicios porque tiene muchos pacientes muchas manos para tres dos pacientes, aunque esos dos tres pacientes se hacen.

La UCI, abierta, digamos, sí, claro bueno en mis turnos cuando yo estoy, bueno yo a los familiares los dejo entrar; porque qué persona no quiere ver a su familiar y masa un si se está recuperando y peor si es que esta graves y está mal si ves alguna mejoría a mí me gustaría que los familiares ingresen para que vean que algo ha mejorado no, si, otros que están mal, no creen los familiares porque acá en la UCI en minutos no más se ponen mal, ingresan los familiares le ven bien y después salen y después se les comunica y después cada uno, por eso seguro hay controversias de la UCI´s abierta y UCI´s cerrada, cada minuto hasta cada segundo

es crucial acá en la UCI, porque cambia el mismo organismo cambia, es la común, porque la mayoría antes de morir tiende a quejarse, pero tú ves en las funciones o en las señas que hacen algunos que están casi despiertos todo paciente tiene dolor, comodidad no, ahí estando cómodo ya le calma un poco ya el este, todo ese tema, eso sería lo esencial no vivimos cansados, estresados algunos días; a veces traemos problemas de casa, venir estrados y el estrés es lo que puede haber el estrés, estar con el celular en vez de estar con el paciente, una guía podría ser, una enfermera como guía, no solo venir a supervisar; sino a controlar a ver nuestras necesidades de nosotros, por ejemplo, coordinar recreaciones.

Más que todo sería para nosotros, claro para los familiares, pero, a los familiares una enfermera consejera, no va a dar, le va a dar una información; y cuando entre el otro, el médico viene y le va a dar otra información; le confundes al familiar, el familiar se confunde me dijo otra cosa, otra cosa y debe entrar a ver al paciente, para salir de dudas.

ENTREVISTA N° 07.

Fecha de entrevista: 24-01-2020.

Cod. entrevista: REC016.

Turno: Tarde.

Seudónimo: China.

Sexo: Femenino

Edad: 37 años

Tiempo servicio: 7 años

Religión: Católica

Tiempo :18 minutos

Contenido:

China: bueno, la muerte umhhh es, es, es el, es el final, es nuestro destino final no, al final todos vamos a morir no; pero muchas veces aquí la muerte es inesperada porque de pronto estuviste bien y un accidente o una cosa u otra cosa ahí y llega aquí y hay veces que paciente que salen como pacientes que no, claro no, y muchas veces te das con sorpresas no; porque personas que piensas no que tiene un pronóstico muy malo a veces salen y personas que la vez pasada me paso una experiencia a mí una amiga.

Dice, este, una pancreatitis entro, una señora en la noche hablando con dolor si y este me dice te recomiendo a mi mamá, le digo yo voy a estar en la noche, pero le voy a decir a mi amiga, que una colega muy responsable, amiga le digo mira, te voy a darle número de su hija; es mi amiga cualquier cosa me avisas, bueno durante toda la noche nadie me llamo, nadie me dijo nada paso, al otro día que vengo a mi guardia la señora de la cama cuatro había fallecido, le dio un problema cardiaco a su, ósea por eso te digo, pacientes, ósea está bien la muerte aquí es inesperada, personas a veces que no pensamos que iban a salir salen y personas que a veces se complican y fallecen y es frustrante cuando este, por ejemplo si es paciente joven mujer por ejemplo madre de familia no joven se hace todo el esfuerzo y a veces es en vano no logran salir es frustrante es feo sales agotado y... sales mal, mal sales triste a veces, pero.

Yo siento que ya me a costumbre ósea que yo aquí dejo mi trabajo y cuando llego a casa es diferente, siempre nos pasa, es como que ya te acostumbras a convivir con la muerte, ósea como que ya no te llama la atención, porque tu vez, por ejemplo, que cuando tu estas de civil no, todo el mundo dice hui ha habido un

muerto en tal lugar la gente se, y es como que a ti ya no te llama la atención ósea como que te acostumbras a convivir con la muerte, así más o menos no. Claro, como que ya no te llama la atención, nada; pero yo siento que no; ósea no me, ósea yo siento personalmente que ósea no me llevo nada de aquí a mi casa, ni tampoco de lo que vengo de mi casa acá tampoco sea lo mezclo, pudo venir muy triste pero cuando llego acá ya es diferente es otro ambiente otro mundo igualito pues, salvo agotada si puedes llevar el cansancio pues no, pero una vez que llego a mi casa ya son mis hijos mi espeso.

No y es bonito este cuando estos salen y te agradecen, te agradecen, encuentro varios por la calle a veces y tu ni los reconoces porque es diferente ver a una persona acostada que parada; pero ellos si te sacan. señorita, señorita, tu me atendiste en la UCI, si tú me atendiste te acuerdas, ya pero este o también da gusto no, por ejemplo yo trabajo aquí y en mundiales, pacientes que han estado aquí pues enclavados meses casi mes y medio paciente que han estado graves, graves, graves y de días lo ves caminando, por ejemplo hace poco ese chico que lo mordió una serpiente, supuestamente se iba a morir tenía mal pronóstico, supuestamente le iban a amputar la pierna porque estaba bien fría su pierna no tenía circulación, estaba todo necro tizado su muslo la parte de acá atrás hasta abajo, mal el chiquito y lo he visto ante de ayer he caminado entrando a diálisis.

Claro, pero eso le abasteció por un tiempo no más, dije ojalá que salga; pero por eso lo quedo mirando y le digo y tú, me dice yo este me mordió una serpiente a este tu eres chininin, ándale digo me quede ósea; porque la verdad es que como cambien los turnos ya no lo volví a ver no, en realidad no, no pregunte si había fallecido los nueve meses paso, tanto paciente que hay y me quede sorprendida caminando entro ayer anteayer, claro pues, se siente bien.

Cuidados de enfermería, huy, el cuidado de Enfermería se hace siempre priorizando, priorizando no, priorizando lo que este sistema no y se continua bueno con la indicación si es que los familiares deciden traer a veces el cura para que, se les permite ingresar a los familiares a despedirse y con respecto al tratamiento sigue siendo, se les permite no despedirse al familiar ya, con respecto al tratamiento se sigue al pie de la letra hasta el último momento no, lo que el medico indica y, la atención los cuidados la higiene todo, todo es igual hasta el último momento.

Algo en especial que sea por esa persona, a veces, algunas veces no siempre porque a veces el tiempo hasta falta, pero algunas veces si este hemos rezado nosotros ósea hemos tratado de, de en su agonía hacer una oración por el paciente.

claro muchas veces nosotros este, nos encariñamos a veces con el familiar que más viene, mas esta acá, hablamos le damos animo fuerza de voluntad o lo ayudamos a que se resigne no, veces está sufriendo bastante.

china: depende pues; hay de todo no, hay algunos que te dicen yo no sé porque sigues poniéndole tratamiento si ya me han dicho que ya no hay posibilidades ya, ya quítenle todo ya.

Le digo que quiere que haga señor, que lo matemos ya dios sabrá en que momento lo recoge no; porque hay unos; hay de todo no. Hay como gente que dice no para que pues no si ya no ya; pero no es así acá se le da atención hasta el último momento. Hay otros más bien, bueno, que se está haciendo todo lo posible y la última palabra, la última decisión la tiene dios y solamente nos queda esperar y encomendarnos a dios que él es el único que aparte de la mejor atención que se le está brindando acá.

Yo creo que es a puerta cerrada tiene que ser, porque es tema del paciente critico siempre genera como morbo no, como una curiosidad, que viene el vecino la vecina y a veces no son los familiares directos los que vienen; y digo no entienden nada del tema, pero entonces están esperando a que te equivoques en algo y ahorita con este tema legal no, con los temas legales hay que ser bien, bien cuidadosos; a veces este, este el médico, más que todo incidir en lo que este informar ósea al familiar constantemente para que ellos no estén suponiendo, imaginado que de repente se debió hacer lo de acá, ósea debe haber un el medico más que todo debe informar bastante a los familiares yo pienso que la UCI cerrada, no por lo mismo que hay muchos procedimientos que se hacen, ósea si es que estas todo el día recibiendo familiares imagínate en qué momento se van hacer procedimientos, no se me parece no; porque todo el día hay procedimientos en la UCI, claro y a veces este, a veces este, muchas veces el familiar en su de repente no es porque sea malcriado no; pero en medio de su impotencia en medio de su desesperación se portan agresivos. por ejemplo, dicen están que le rompen el pescuezo dicen,

pero no saben que tiene el cuello corto y que están punzando y punzando para tratar de ponerle el catéter, lo van a matar tan que le rompen el pescuezo gritan, ósea y se ponen agresivos,

Bueno, este acá se estila de que el medico tiene quedarte la, tiene que darte la venia, el medico primero habla con el familiar le dice señora señor este hasta aquí no más, se ha logrado hacer lo máximo que se ha podido, el paciente ya no va salir está en sus últimos momentos, le pedimos por favor a los familiares más cercanos que pasen a despedirse no, entonces van pasando y nosotros les vamos facilitando, a veces entra la mama llora se desespera se desmaya grita, estamos ahí, una abrazo una palabra, a veces entra la esposa se desmayan gritan lo abrazan entonces estamos ahí con una palabra de consuelo no, y los ayudamos a veces los abrazamos hasta salir; porque digo como se sentirán no, que caminan en el aire imagínate perder.

Claro pues, porque a veces, es que la mama, pucha te puede decir, no te podrán, que yo voy a perder a mi hijo; no, ponernos en el lugar de la persona no, yo me imagino no sé, que me dirían tu hija se va a morir, creo que hago un hueco me desmayo, me caigo no, por eso yo trato de en lo que va caminando lo abrazo, lo abrazo, no, lo abrazo y le ayudo a salir a la puerta para entregárselo a otro familiar que lo pueda sostener.

Yo pienso que hay una parte donde los familiares están en desconcierto no, y dicen el doctor me dice que ya no hay nada más que hacer; pero sin embargo me siguen pidiendo medicamentos, yo no sé para qué me piden. Ósea hay un poco de contradicción; ósea yo como les digo a ellos no; está bien que el estado del paciente es crítico, pero ya dios es el que tiene la última palabra y acá se hace hasta el último momento todo lo que se tiene que hacer. Me parece que un poco más de información a los familiares.

Pero yo pienso que el único que puede dar la información concreta detallada y verdadera, porque ellos son los que analizan las tomografías, las placas es él médico óseo, él ve la tomografía y dice pucha el sangrado es masivo, no va salir, ósea ellos tienen también las palabras también adecuadas como; sino que deberían creo haber un poco más de, de espacio de información al familiar creo yo, claro;

porque el familiar a veces se pone muy agresivo, no nos han dicho nada dicen a veces no, o algunos que son de plomo, también que agarran y el doctor dice ya les explique, estaban sus cinco hijos, pero viene; ósea cada persona que llega quiere que tú les expliques; por eso te digo, eso de la UCI abierta se pasan, ya es explicándole a todo el barrio y al final nadie ayuda todos vienen al chisme, vienen nada más a enterarse, ósea y que tiene y que tiene, ósea a veces la UCI cerrada no, tu les informa a los familiares directos la esposa, el esposo o a los hijos directamente, claro y ellos son los que más se preocupan, los que más corren con los gastos, los que más están pendientes; porque el resto solamente viene a ser barra, a a medida que pasa el turno, salen, ya te entran en tu cabeza otras preocupaciones que tienes fuera. .

Yo creo que te vas acostumbrando al pasar el tiempo, a medida que pasa el tiempo ya no te afecta, así como cuando eres estudiante que venias y me acuerdo que una vez me vine sin tomar desayuno estaba dando de lactar y un apéndice, infectado el olor ósea, llego así como hasta acá y seme bajo la presión me desmaye y llegue a mi casa ósea yo no sirvo para ser enfermera, ósea convencida de que yo no sirvo para ser, pero ahora no, ósea vea lo que vea ya ósea ya no, pero hay veces que si te choca te pones mal, ósea algunas veces que sí.

Mira yo tenía mi esposo el anterior porque yo tengo ahorita otro nuevo, nuevo, y es el anterior que tenía, ósea él tomaba bastante pues no y era un trauma para mí, yo estaba de turno de gineco y todos los que llegaban de accidente y como yo llamaba a la casa y él no llegaba, me parecía que ya iba a ser el, y yo corría ósea a emergencia para ver si es que el accidentado que había llegado no era el, pero eso ya por eso te digo a medida que pasa el tiempo ya esas cosas, ya ese sentimiento de que no sirvo para ser enfermera porque por un mal olor me voy a desmayar o me impacto, vio tal cosa o me impacto ver tal cosa, me traumo ósea ya como que te acostumbras, ósea con tu trabajo ya, y como te digo no es que sea fría, también es lo mismo porque me ha pasado; que tu estas sacando, ¡señora por favor, si no va a colaborar, espera afuerita!; ósea bien vacan no; pero se cayó el hijo se desmayó y waaaa.

No es igual; por eso de te digo no es que uno sea frío; pero es tu trabajo pues claro, yo si me acuerdo y yo solita, solita, solita me rio yo ¡señora por favor, si no va a

colaborar, espere un momentito afuerita!; porque lo pones más nervioso al niño por favor, señora espere afuerita si, ósea la sacas a la mamá no; ósea y se cayó el hijo y la vi que se puso cianótica porque se golpeó aquí. Y se quedó así. y se puso cianótica y yo haaaa!!, y mi hijo aquí y mi hermano que es enfermero me dijo quítate de aquí inútil me dijo y todito el sobo y le dio respiración boca a boca, la golpeo, la puso de costado, la bebe vómito y se despertó tranquila; ósea pero por mí se hubiera expirado ahí; porque yo estaba gritando, estaba hecha un...ósea es diferente pues no, eso te hace sentir, claro eso te hace sentir que eres un humano; pero que estas acostumbrando con tu trabajo y que no es igual estar de paciente o de familiar a tu ser la enfermera no, cuando tú eres la enfermera quieres que colaboren contigo, pero si tú eres el familiar o el paciente no colaboras, aunque algunas veces si he colaborado.

ENTREVISTA N° 08.

Fecha de entrevista: 24-01-2020.

Cod. entrevista: REC017.

Turno: Tarde.

Seudónimo: Licenciada.

Sexo: Femenino

Edad: 47 años

Tiempo servicio: 7 años

Religión: católica

Tiempo: 18:01 min

Contenido:

licenciada: La muerte bueno es un, para mí es un proceso de la vida es parte de la vida que cuesta mucho asumir en caso de los familiares no, cuando tienen familiares que están en este momento tan trágico de perder un ser querido es difícil asumirlo, pero al final logran, ya es un proceso que es parte de la vida de toda persona de todo ser viviente no, y cuesta mucho a veces asumir o aceptar por parte de los familiares que tiene un paciente en agonía ya, pero que al final este lo asumen como algo real. Y uno como profesional de salud en este caso como enfermeros tenemos que ser el soporte emocional para estas personas no, el soporte emocional el soporte espiritual a veces no de estas personas para que logren este aceptar esta realidad.

El sentimiento más común que tenemos es la impotencia no, de haber hecho todo lo que esta humanamente posible hacer y no se haya logrado este mantener con vida a esa persona no, el sentimiento más común es la pena no, la pena como que nos ponemos en el lado de los familiares de los familiares de este paciente no, lo asumimos tal vez como un familiar nuestro no, y si realmente da mucha pena cuando una persona se va, sobre todo cuando son jóvenes. Hemos tenido pacientes jóvenes y pues no se ha podido hacer nada por ellos y hemos perdido el aliento y estas personas y hemos tenido un sentimiento de pena por no haber podido salvarlo yo creo que ya hemos fortalecido esa parte y lo que pasa en la UCI lo dejamos creo ahí, lo que ha sido progresivo, no te podría decir en qué tiempo no; tal vez en los primeros años o en las primeras muertes que hemos tenido, que yo he tenido me han impactado; pero ya eso se ha ido superando porque lo asumimos como algo normal de la vida.

Bueno, la calidad de vida del paciente es importante no, hasta en sus últimos días de vida tenemos que darle calidad de vida y eso tenemos que internalizarlo nosotros mismos como profesionales porque puede que pase de que como ya pensamos que esta por fallecer como que lo dejamos de atender porque ya es como decir un caso, un caso que no va tener solución no, entonces como que nosotros tendríamos que concientizarnos un poco más este no olvidar esa parte humanitaria que tenemos no, no hacer cayo a ese sentimiento humanitario que tenemos hacia la persona que está por fallecer y mantener siempre la calidad de vida no, si la persona va a morir que muera tranquila sin dolor por ejemplo no, evitar el dolor evitar una agonía este anti humana no, hay que mantener siempre la parte humanitaria y darle una muerte pues digna como se dice no, y eso también, eso mucho influye en como nosotros asumamos, asumimos esa parte de las personas que están a punto de fallecer y no tenemos que olvidar eso darles una muerte digna, y una muerte digna es eso no, asearlos, darles su alimentación, evitar el dolor sobre todo evitar el dolor y que a lo más que se pueda que se vayan tranquilos no, eso es lo que se podría fortalecer en enfermería no, olvidar esa parte.

Ya lo que yo siempre trato de hacer es de que, si ya está en un proceso de agonía y sus últimos de repente momentos de vida este , yo trato de que los familiares estén con él, los hago pasar yo, le digo al doctor si es que ya aviso a los familiares que la paciente esta los signos vitales están decayendo no, ya se ve que ya el cuerpo está muriendo no, entonces yo lo que hago es hacer pasar a los familiares que estén ahí que vean que seguimos haciendo algo por su familiar a pesar de que ya está apagándose la luz de vida no, pero están ahí generalmente en mi turno están ahí al pie de cama.

Bueno trato de ser este, de ponerme en el lugar de esa persona que está sufriendo cuando son madres, cuando son hijos o esposos son personas que sienten mucho dolor y como cualquier persona pues un trato amable hacia ellos o que ellos sepan que nosotros también estamos, este sentimos no, la perdida de esta persona en cierta forma es reconfortante para ellos no, lo que siempre les digo es, ustedes hicieron todo lo que estuvieron lo que pudieron hacer estuvieron junto a ese familiar este, pueden estar tranquilo porque hiciste lo que pudiste. Eso, ósea darles

fortaleza a ellos y hacerles entender que lo que hicieron todo lo que pudieron hacer y eso le da paz a la gente les da mucha paz interna.

Se está trabajando ahorita bastante la UCI abierta; pero este nosotros tenemos que cambiar un poco el paradigma que tenemos, ese paradigma lo tenemos todos en la UCI no, estamos estresados y es un estrés adicional atender al familiar que también está estresado, entonces nosotros primero tendríamos que educarnos para una UCI abierta, primero tendríamos que educarnos, bueno el beneficio de enfermería creo que sería el reconocimiento este de los familiares no, de la comunidad porque nosotros, así como UCI cerradas casi no tenemos impacto con la familia, casi no tenemos un acercamiento con la familia, la familia no sabe del trabajo de enfermería en UCI abierta nosotros tendríamos que si acercarnos más a la familia, al familiar trabajar con la familia trabajar con ellos y hacerles ver lo que nosotros hacemos por su familiar que ellos sepan el trabajo que nosotros hacemos con ellos; que no lo hacemos quien da el reporte a los familiares, quien les da todo este proceso de estadía en información es el médico pero el enfermero queda de lado, el familiar poco sabe del trabajo que nosotros hacemos, sería, si, sería un factor a favor de nosotros porque ahí el familiar podría saber que el trabajo que nosotros hacemos nosotros es trabajo no, o sea nos dedicamos al paciente en UCI nos dedicamos al paciente y no nos conocen.

bueno este, el sentimiento de impotencia siempre lo vamos a tener siempre porque somos el personal que más hacemos y cuando se nos muere un paciente a veces, aunque no queremos, no queremos que se nos muera no,