



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TALLER DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**

**TÍTULO:**

Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabajan en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”, en el año 2023.

**PRESENTADO POR:**

**Cuevas, José Mauricio.**

**TUTORA:**

**Lic. Rosales, Silvina.**

**Comodoro Rivadavia, marzo 2024.**

## AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, en el marco de los 40 años de la Democracia, defendiendo la Educación Pública y Gratuita, por brindarnos las herramientas necesarias en pos de ampliar el campo de conocimiento.*

*A mis docentes y tutora, por la generosidad al brindar sus conocimientos, mirada crítica y objetiva en cada etapa de este trabajo y por su Pedagogía al estilo griego, en estos primeros pasos en la Investigación.*

*Al Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”, al Servicio de Emergencias Médicas del mismo y en forma extensiva a mis compañeros de trabajo y a quienes han participado desinteresadamente como informantes.*

*A Diego, por el acompañamiento incansable, aportando su mirada y lectura crítica, objetiva e imparcial.*

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	II
ÍNDICE .....	III
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I	
DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA.....	2
1.1). ÁREA TEMÁTICA.....	3
JUSTIFICACIÓN GENERAL.....	3
1.2). LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	5
1.3). OBJETO DE INVESTIGACIÓN .....	6
1.4) PREGUNTAS AL OBJETO.....	6
1.5). FUENTES DEL OBJETO-PROBLEMA: .....	6
1.6). ESTADO DEL ARTE.....	6
Respecto al Estrés Laboral. ....	7
Respecto a la experiencia ante la muerte.....	9
Respecto a las Estrategias de Afrontamiento. ....	13
1.7). MARCO REFERENCIAL/CONCEPTUAL/TEÓRICO .....	15
1.8). OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.9). RELEVANCIA ACADÉMICA.....	25
CAPÍTULO II	
DIMENSIÓN DE LA ESTRATEGIA GENERAL.....	26
2.1). TIPO DE DISEÑO.....	27
2.2). POBLACIÓN EN ESTUDIO .....	27
2.3). SELECCIÓN DE MUESTRA/CASOS .....	28
2.4). CRITERIOS DE SELECTIVIDAD.....	28
2.5). ASPECTOS ÉTICOS-BIOÉTICOS .....	29
CAPÍTULO II	
DIMENSIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	31
3.1). MAPEO/CARTOGRAFÍA SOCIAL.....	32
3.2). TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	33
3.2.1) ENTREVISTA.....	34
3.2.2) CODIFICACIÓN DE LOS INFORMANTES.....	34
3.3). MATRIZ DE DATOS.....	36

3.4) CATEGORÍAS Y CONVERGENCIAS FINALES .....	87
3.5) INTERPRETACIÓN DE CONVERGENCIAS .....	91
3.5.1) REINTERPRETACIÓN .....	102
CONCLUSIÓN .....	105
ANEXOS.....	109
ANEXO 1. ENTREVISTAS.....	109
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	129
ANEXO 3. AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN. .	138

## RESUMEN

El presente trabajo de Investigación titulado *“Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabajan en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”, en el año 2023.”* tiene por objetivos: *Analizar las vivencias de los profesionales de enfermería ante las situaciones límites; Describir cuales son los mecanismos utilizados por los profesionales de enfermería, para afrontar la muerte de un paciente y Comprender cuales son las estrategias utilizadas para afrontar el deceso del paciente.*

La presente investigación de carácter cualitativa, se valió de 7 (siete) informantes que trabajan en el Servicio de Emergencias Médicas, atento a los criterios de Inclusión y Exclusión adoptados y por medio de una entrevista de tipo semiestructurada, se recabó la información que luego fue sometida al análisis de tipo comparativo, entre las Teorías de Enfermería y el estado del arte seleccionados objetivamente.

Los resultados finales a los que se arribó, consisten en descubrir y describir la utilización de diversas estrategias de afrontamiento por parte del personal de enfermería, como por ejemplo recursos de índole espiritual, racional y emocional; poniendo énfasis en la contención empática que se genera entre compañeros ante las situaciones experimentadas como límites, tal como es el deceso del paciente, entre otras.

Palabras claves: Estrategias, Afrontamiento, Enfermería, Situación límite, Deceso.

## ABSTRACT

The present research work entitled “Coping strategies adopted by nursing staff in the face of the death of patients, who work in the medical emergency service of the Zonal Hospital of Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”, in the year 2023.” Its objectives are: Analyze the experiences of nursing professionals in extreme situations; Describe the mechanisms used by nursing professionals to deal with the death of a patient and Understand what strategies are used to deal with the death of the patient.

The present qualitative research used 7 (seven) informants who work in the Medical Emergency Service, paying attention to the Inclusion and Exclusion criteria adopted and through a semi-structured interview, the information was collected that was later subjected to comparative analysis, between Nursing Theories and the state of the art selected objectively.

The final results obtained consist of discovering and describing the use of various coping strategies by nursing staff, such as spiritual, rational and emotional resources; emphasizing the empathic containment that is generated between colleagues in situations experienced as limits, such as the death of the patient, among others.

Keywords: Strategies, Coping, Nursing, Extreme situation, Death

## INTRODUCCIÓN

El Servicio de Emergencias Médicas de un Hospital, se caracteriza por afrontar de forma cotidiana situaciones de diversa índole y etiología, por ejemplo: atención de pacientes altamente demandantes, pacientes psiquiátricos, algunos de los cuales se tornan violentos; pacientes que ingresan con riesgo de vida e incluso se enfrentan a la muerte. Todas estas situaciones límites ponen en jaque al personal que allí se desempeña, ya que deben de afrontarlas con las herramientas aprehendidas y asimiladas de forma intuitiva la mayoría de las veces.

La atención prehospitalaria, que por su característica se desarrolla fuera del ámbito hospitalario, es otro fenómeno al que debe de hacer frente el enfermero, puesto que debe de asistir a una o varias víctimas con riesgo o no de vida, pero que, por su condición, deben ser atendidos de forma prioritaria, poniendo en juego su nivel de conocimiento, habilidad práctica, criterio objetivo y profesional.

Dadas las situaciones antes mencionadas, el enfermero que se desempeña en el servicio de Emergencias y Urgencias no es ajeno a ellas, debido a su carácter, función y sentido profesional, son los encargados de brindar cuidados de calidad, de tipo holístico e integral, no sólo al paciente, sino también a la familia que acompaña al mismo.

Quien se desempeña en dicho servicio, ha ido elaborando y adquiriendo herramientas que le permiten afrontar con distintos niveles de éxito o no, el estrés que genera la atención en el servicio de Emergencias/Urgencias y hacia allí se encuentra orientada la presente investigación.

El presente trabajo se desarrollará en el servicio de Emergencias y Urgencias del Hospital Zonal “Padre Pedro Tardivo”, de la ciudad de Caleta Olivia en la Provincia de Santa Cruz.

CAPÍTULO I  
DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

## 1.1). ÁREA TEMÁTICA

### **La salud laboral del personal de enfermería y estrés laboral. (Afrontamiento de las situaciones límites)**

#### JUSTIFICACIÓN GENERAL

El personal de enfermería que se desempeña en los servicios de Urgencia/Emergencia de los Hospitales, se enfrentan a diversas situaciones que, de una u otra manera, pueden llegar a afectar la totalidad holística del profesional, menoscabado, por ejemplo, la calidad del cuidado que brinda en la atención al paciente, como así también incidiendo en la salud tanto física como moral, espiritual y psicológica del mismo.

Estas situaciones, que vamos a definir como “situaciones límites” son las que señalan las crisis de la existencia humana en las que ese conflicto y su significado se hace más agudo y trágicamente claro. Jaspers (1919) trata de cuatro situaciones particulares de esta clase: la muerte, el sufrimiento (abarcando todas las dimensiones del ser humano), la lucha y la culpa; y de dos de tipo más general: el problematismo de toda existencia empírica y la historicidad de todo lo que es real. <sup>1</sup>

Ahora bien, siguiendo a Jaspers, y teniendo en cuenta el quehacer de la profesión de Enfermería, el cuidado de las personas en situaciones donde su salud se encuentra vulnerada con alto riesgo de muerte, puede ser vivenciada como “situación límite” por parte del personal de enfermería, exponiéndolos a estrés y riesgos psicosociales que en ocasiones puede llevar a la enfermedad laboral. Según el fisiólogo Hans Selye, (1946), a través de su estudio del Síndrome de Adaptación General, definió *estrés* como una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, de forma que si su duración es suficientemente prolongada el organismo puede entrar en una etapa de agotamiento. De esta manera, la tensión psíquica y física que aparece en respuesta a las demandas del medio hospitalario puede tener manifestaciones cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas.

---

<sup>1</sup> Sandra BAQUEDANO JER. *Philosophia* 73/1 I 2013 I pp. 45 a 60. SITUACIÓN LÍMITE Y SUICIDIO EN JASPERS. (consultado el día 19 de mayo del 2023). Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-jer.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-jer.pdf)

(...) La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) señala que *estrés laboral* es “un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades”. Por lo tanto, cada profesión tiene sus propias causas de estrés.<sup>2</sup>

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias.<sup>3</sup>

Las situaciones límites, exponen al personal a estrés y diversos tipos de riesgo, por lo que es necesario identificarlas para poder brindar herramientas acordes para el afrontamiento, por lo cual diversos autores se han interesado en identificar los estresores que miden el estrés en el ámbito laboral. Tal es el caso de Reig y Caruana (1987), quienes mediante a una serie de investigaciones, identificaron un grupo de estresores laborales que son específicos del profesional de enfermería en su desarrollo cotidiano, de los cuales, los que se detallan a continuación, son los que utilizaremos para dicha investigación, a saber:

a) *Contacto con el dolor y la muerte.*

d) *Situaciones urgentes y graves.*

f) *Estrés emocional.*

La dinámica intrínseca de la situación límite, no sólo expone al personal de enfermería a momentos acuciantes, como lo es la realización de las maniobras de RCP y el estrés asociado que experimenta todo el equipo de salud, sino también lo expone a poner en práctica factores protectores aprendidos desde el sustento teórico o aprehendidos desde la práctica cotidiana, como mecanismos de defensa, para sobrellevar de mejor o peor manera tales eventos, que dependiendo de muchos factores, pueden devenir en el deceso del paciente.

---

<sup>2</sup> Pía Mabel Molina-Chailán , Marisol Muñoz-Coloma , Giannina Schlegel-San Martín. Med. segur. trab. vol.65 no.256 Madrid jul./sep. 2019 Epub 22-Mar-2021 Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1)

<sup>3</sup> Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

Ante tal evento, la puesta en marcha tanto de los Factores protectores como de las Estrategias de afrontamiento, son de vital importancia para asegurar una adecuada asimilación y adaptación a la situación vivida, reduciendo los efectos colaterales al mínimo.

## 1.2). LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El Profesional de Enfermería y la gestión del cuidado.

### JUSTIFICACIÓN GENERAL

“El arte de la enfermería, tal como se practica ahora, parece ser expresamente establecido para deshacer lo que Dios ha hecho que sea la enfermedad, es decir, un proceso reparador.” (Florence Nightingale, 2002, pág. 3), por medio de la gestión del cuidado, elemento necesario y vinculante para con la profesión de Enfermería.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente (...) existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano.

(...) enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad.<sup>4</sup>

El cuidado al que se hace mención en el párrafo anterior, es definido por Barker, como “un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro”. (Barker,1996b, p.4). Y aquí se pone de manifiesto algo que parecía olvidado o dejado de lado, se indica que también el profesional de enfermería es un ser humano y como tal está sujeto a los vaivenes de la marea, de

---

<sup>4</sup> Paula Alina Juárez-Rodríguez, María de Lourdes García-Campos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 109-111. La importancia del cuidado de enfermería. (consultado el día 7/6/2023). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975>

las situaciones límites y por ende al estrés generado por ellas. A las que también se deben de dar respuestas y cuidado de calidad.

Por tal motivo, es necesario volver la mirada a aquél que es capaz de brindar cuidado, es decir, al personal de enfermería, debemos dejar que su voz resuene poniendo de manifiesto sus experiencias de vida, que son historias repletas de relatos y metáforas, ya que al decir de Barker (Barker y Buchanan-barker, 2004a), *las personas son sus historias*. Historias que deben de ser escuchadas.

### 1.3). OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”, en el año 2023.

### 1.4) PREGUNTAS AL OBJETO

1. ¿Cuáles son las estrategias que ha adoptado el personal de enfermería ante el deceso del paciente?
2. ¿Qué situaciones se experimentan como situaciones límites?
3. ¿Cómo afronta el personal de enfermería el deceso del paciente?
4. ¿Cuál es la actitud del personal de enfermería ante el deceso del paciente?
5. ¿Cómo influye la experiencia del personal de enfermería ante el deceso del paciente?

### 1.5). FUENTES DEL OBJETO-PROBLEMA:

Según Yuni y Urbano: “La delimitación de un problema de investigación es producto de un proceso previo de indagaciones, de reflexión y de focalización progresiva sobre un área de interés.” (...) Kraimer (1998) indica varias fuentes posibles como generadoras del interés para abordar áreas temáticas o áreas-problemas, entre ellas podemos encontrar “El interés personal ligado a aspectos subjetivos y bibliográficos del investigador. (...)” (Yuni/Urbano. Técnicas para Investigar, 2014. pág. 62).

En consonancia con los autores citados, la elección del tema en cuestión no es fortuita, ya que, en primer lugar, fui asignado al servicio de Emergencias/urgencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia contando con pocos años de graduado y por consiguiente con poca experticia tanto teórica como práctica; en segundo lugar desde el plano objetivo y

fenomenológicamente hablando, se pudo objetivar lo que los colegas experimentan en forma cotidiana desde el plano subjetivo y esto es lo que llama la atención, el fenómeno de “naturalización aparente” por parte del personal de enfermería, ante el deceso del paciente, como así también de otras situaciones que se suceden, en forma habitual, en el servicio de Guardia.

Ante tales situaciones cabe la pregunta: ¿qué herramientas o recursos son los que se ponen en juego, por parte del personal de enfermería, a la hora de sobrellevar tales eventos? Cabe aclarar que, en el devenir del trabajo cotidiano, el cual brinda conocimientos prácticos y la elaboración del presente trabajo de investigación, que ha aportado saberes teóricos, en la suma de las partes, ambos han permitido ingresar en la misma dinámica de la “naturalización aparente” en la cual se encuentran los colegas y por consiguiente en la necesaria objetivación del fenómeno subjetivo.

#### 1.6). ESTADO DEL ARTE.

El Estado del arte, será desarrollado siguiendo las áreas temáticas que comprende al objeto de estudio.

Respecto al Estrés Laboral.

Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>

Los riesgos psicosociales y en particular el estrés se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud y la seguridad laboral. Se ha realizado una revisión de la literatura científica actual sobre el estrés debido a su importancia como riesgo emergente, y la repercusión de este problema en la productividad y el deterioro de la calidad de vida en el personal sanitario que desarrolla su actividad profesional en medio hospitalario, así como intentar identificar los principales métodos de evaluación del estrés actualmente utilizados. El objetivo es conocer el estado actual del estrés en el personal hospitalario e identificar los principales métodos de evaluación. Metodológicamente se realizó una búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando las bases de datos Medline, Embase, Scirus, Wok, Psycinfo, OSH update, Cisdoc, IBECs y LILACS, así como en repositorios como Dialnet, SciELO y Google académico. El periodo de estudio de la bibliografía publicada fue el comprendido entre el año

2009 y 2012 realizándose la última búsqueda el 10 de diciembre de 2012.

Como resultados se arribó a que los niveles de estrés encontrados en los artículos revisados fueron moderados-altos, con diferencias entre las distintas áreas y especialidades. Factores individuales tanto objetivos como subjetivos parecen influir en los grados de estrés. Existe diversidad de métodos utilizados para la evaluación del estrés, la mayoría tienen un nivel de fiabilidad elevado. La producción bibliográfica encontrada es mayor en Asia y Europa.

Se concluye observando que los niveles de estrés son elevados en el personal sanitario del hospital, sobre todo en algunas áreas y especialidades, existen una serie de moderadores del grado de estrés como los factores individuales y el ambiente físico y no existe un consenso internacional en el método utilizado para su evaluación.

Molina-Chailán, P. M., Muñoz-Coloma, M., & Schlegel-SanMartín, G.. (2019). Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(256), 177-185. Epub 22 de marzo de 2021. Recuperado en 08 de junio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465546X2019000300177&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465546X2019000300177&lng=es&tlng=es).

El cuidado de las personas expone a los trabajadores a estrés, que puede estar relacionado con carga laboral, ambiente psicológico y social, donde las altas exigencias del trabajo y la oportunidad de controlarlas son escasas. El objetivo ha sido identificar los estresores laborales que generan riesgos en la salud del equipo de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos. Metodológicamente es un estudio descriptivo transversal, muestra por conveniencia de 37 enfermeros, se utilizó Nurses Stress Scale de Gray-Toft y Anderson, midiendo 7 factores desencadenantes de estrés en el trabajo distribuidos en 3 grupos: carga laboral, ambiente psicológico y ambiente social. Los resultados obtenidos fueron que, el 86.5% son mujeres, con promedio de edad de  $34.6 \pm 8.2$  años, 86.5% trabaja en turnos, antigüedad trabajo  $8.9 \pm 7.6$  años. El 48.6% de los estresores están relacionados con carga laboral, dado por la realización de tareas que no corresponden a enfermería y la falta de tiempo para dar apoyo emocional a los pacientes. El ambiente psicológico el factor estresor es la realización de procedimientos que resultan dolorosos para el paciente, mientras que el ambiente social, el 70.2% el factor estresor es la ausencia del profesional médico cuando el paciente está muriendo. En conclusión: los profesionales de enfermería son mayoritariamente mujeres, con varios años de experiencia laboral, donde el principal factor desencadenante de estrés es la sobrecarga laboral lo que

conlleva a una pérdida de control del cuidado de enfermería. El sufrimiento y dolor del paciente son factores que generan estrés psicológico, mientras los estresores del entorno social están menos presentes.

Respecto a la experiencia ante la muerte.

Aravena, R. & Ruz, C. & Tillería, L. & Zuñiga, J. & Poo Figueroa, A. (2021). Vivencia Respecto de la Muerte en el Personal del Servicio de Atención Médica de Urgencia de la Ciudad de Temuco. 17. <http://ciberindex.com/c/p/e13073>.

El fenómeno de la muerte es un tema de profunda meditación y reflexión desde diversas perspectivas. La muerte se posiciona como uno de los temas tabús dentro de la sociedad occidental, tema del cual se evita hablar y por tanto no se acepta como parte de un proceso natural e inherente al ser humano. Si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o, si se quiere, como una realidad problemática para la cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada. Las unidades críticas de los centros hospitalarios son el principal lugar donde fallecen las personas (...). El presente estudio intenta describir las vivencias en función de la percepción, estrategias de afrontamiento y consecuencias del personal del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) ante la muerte. Metodológicamente se realizaron entrevistas en profundidad a 3 (tres) paramédicos, 3 (tres) conductores de ambulancia y 3 (tres) reanimadores. Para el análisis de la información se realizó codificación abierta estableciendo unidades de significado las que fueron transformadas por medio de un proceso inductivo en categorías. Como resultados se arriba a que, para los participantes la muerte es un evento natural que les afecta mayormente cuando la persona (que) fallece (lo hace) a edad temprana, que presentan sintomatología de estrés y trastornos del sueño, que los mecanismos de afrontamiento principales son trabajo en equipo, protocolos de acción, satisfacción del trabajo bien realizado, aun cuando el paciente fallezca, y capacidad de afrontamiento para resignificar y sobreponerse a la muerte. Se concluye que: La vivencia de la muerte exige de los estados mentales y físicos de los implicados una respuesta suficientemente efectiva y altamente entrenada.

Constantino Facundo, J.V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/5804>

La muerte en la sociedad actual es considerada un tema delicado, la cual provoca temor, e incluso se intenta rechazar la idea de la finitud de nuestra existencia, en vez de vivirla como algo natural en el ser humano. (...) Es indiscutible que en su mayoría las escenas de muerte se dan dentro de los contextos hospitalarios en donde el personal de salud es testigo de ello. Por ello, la muerte y el duelo son procesos que la enfermera a lo largo de su vida profesional afronta en determinados momentos. Servicios como la unidad de cuidados intensivos, oncología y emergencias son los que acogen a los pacientes más graves o con menos expectativas de curación. La muerte se encuentra diariamente en la actividad profesional de enfermería y es un tema que causa diversidad de sentimientos. Esta experiencia es común a todas (...) y se encuentra influenciada por diversos factores: la experiencia laboral, unidad de trabajo, creencias religiosas, educación previa y edad del fallecido. El desarrollo de conceptos de muerte surgidos de las experiencias que han vivido las enfermeras condiciona su actividad laboral futura, tanto de forma negativa como positiva. Las actitudes más frecuentes que adoptan las enfermeras a la hora de enfrentarse a la muerte son: distanciamiento, evitación/huida, disociación emocional. Todas ellas tienen en común la intención de alejarse de la experiencia, en vez de afrontarla.

El objetivo del presente estudio radica en centrarse en las experiencias de las enfermeras ante la muerte de un paciente en el servicio de emergencia y por ende en describirlas, analizarlas y comprenderlas en su totalidad. Metodológicamente la presente investigación fue cualitativa descriptiva. La muestra fueron 14 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de emergencias. Se usó la entrevista semiestructurada; el análisis de los datos fue de contenido temático. A modo de conclusión se observa que: Cada profesional de enfermería experimenta el proceso de la muerte de forma diferente y muchas veces está relacionada a las propias experiencias pasadas que involucran sentimientos de empatía, comprensión que les permite lidiar con la muerte. La magnitud de la experiencia ante la muerte es distinta dependiendo de la edad del paciente que fallece, los profesionales de enfermería reciben un mayor impacto al experimentar la muerte de un niño que de un adulto mayor, y a su vez según la patología o los sucesos que ocasionaron la muerte. Y que pese a ser un proceso muy complejo los enfermeros movilizan diferentes recursos emocionales para lograr adaptarse a la situación lo cual representa

un desafío para la humanización de la asistencia, (...) al afrontamiento eficaz del profesional y de la familia.

Castanedo Córdoba, I.M; Suárez Solana, C., Vivar Molina, C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente* 2010; 91: 16-18. [www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf](http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf)

Las enfermeras de urgencias se enfrentan muchas veces a situaciones de duelo en los pacientes o sus familias. La muerte y el duelo son procesos que la enfermera a lo largo de su vida profesional afronta en determinados momentos. Servicios tales como UCI, Oncología y Urgencias son los que acogen a los pacientes más graves o con menos expectativas de vida. (...) ¿Qué ocurre en los servicios donde los pacientes son jóvenes aún o la muerte se presenta de forma repentina? ¿Estamos capacitados para afrontar esas muertes? ¿Cómo nos afecta en nuestra vida diaria y en nuestra labor profesional?

Este estudio es de tipo descriptivo, transversal que se desarrolló durante los meses de abril y mayo del 2009 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga en el servicio de Urgencias. Muestra representada por 50 enfermeras que llevaran más de un año trabajando en urgencias de manera ininterrumpida. Los datos fueron obtenidos a partir de un cuestionario que se aplicó de manera anónima. Variables sociodemográficas y profesionales: sexo, edad y experiencia laboral. Dos preguntas cerradas que hacen referencia a cómo afecta la muerte de un paciente a la enfermera en relación a la edad del fallecido y la afectación personal, con una escala tipo LIKERT para la evaluación. Una pregunta relacionada con la realización del curso que ofrece nuestro hospital para afrontamiento de situaciones conflictivas.

**Conclusión:** Por estar en un servicio de alto índice de mortalidad los enfermeros no se ven afectados en su vida laboral, personal o familiar describiendo muchos de ellos el proceso de la muerte como una faceta más de la vida y afirmando que cuando uno trabaja en un sitio como ese aprende a tomarse la vida desde un punto de vista diferente o “acabas mal”.

La mayoría de los profesionales no han realizado ningún curso de formación continuada relacionado con el tema, pero reconocen la importancia de éstos y la necesidad de hacerlo extensible a la mayoría del personal.

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

En el ejercicio diario del profesional de la salud (...), existe un factor que es profundamente estresante: vivir en un constante desafío entre la vida y la muerte; con consecuencias de desgaste emocional y físico.

Desde un punto de vista social, la muerte es un tema hasta cierto punto velado en las discusiones cotidianas de las personas, ello, en parte porque recuerda su finitud y la incertidumbre ante este proceso, lo que puede condicionar angustia existencial. Dicho proceso de muerte es una de las situaciones de mayor impacto en el personal sanitario y en especial de Enfermería, quien debe aplicar diversos mecanismos de afrontamiento ante tal evento.

El objetivo de la presente investigación, que utilizó el modelo de adaptación de Calista Roy, es comprender la experiencia del profesional de enfermería ante el proceso de muerte. El estudio fue de carácter cualitativo, descriptivo, debido a que la experiencia de vivir el proceso de muerte implica saberes subjetivos de los participantes, fue transversal puesto a que se realizaron entrevistas en un momento determinado. Los participantes fueron 7 enfermeras de unidad de cuidados intensivos de una institución de segundo nivel. (...) Los resultados arrojados fueron que: Las participantes informan que las principales estrategias de afrontamiento ante la muerte y proceso de morir son alejamiento o distanciamiento emocional, así como búsqueda de apoyo social en grupos religiosos, ayuda psicológica o grupos de tanatología. Los mecanismos innatos se constituyen en los capitales culturales mientras los adquiridos suelen ser incorporados a partir de las instituciones educativas y de salud. Como conclusión: El proceso de morir se determina por tres tipos de estímulos contextuales importantes: edad del paciente, relación enfermera paciente y tiempo de ésta. Se encontraron procesos de afrontamiento eficaces en aquellas enfermeras que dentro de su preparación profesional han incluido capacitación sobre tanatología. Las principales estrategias de afrontamiento encontrados fueron: redefinición acerca de la muerte y soporte emocional por algún tipo de creencia religiosa.

Respecto a las Estrategias de Afrontamiento.

Arroyave Grisales, L. I., & Sinisterra Banguera, L. F. (2022). Estrategias de afrontamiento al estrés en enfermeras del área de urgencias de la Clínica Santa Sofía del Pacífico de la Ciudad de Buenaventura. <http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/6845/1/TRABAJO%20DE%20GRADO..pdf>

Resulta paradójico que, aunque una de las principales funciones de la Enfermería es la promoción del autocuidado del paciente, existen escasos estudios que demuestran que las enfermeras se cuiden a sí mismas, anteponiendo en muchas ocasiones el bienestar del paciente al suyo propio. El personal de enfermería (...), desempeña un papel de vital importancia en la atención a personas que se encuentran en delicado estado de salud y son ingresados a centros médicos, teniendo sobre sus hombros gran parte de la responsabilidad en el cuidado de estas personas, razón por la cual están expuestos a altos niveles de estrés laboral, lo que puede generar en ellos consecuencias negativas, tanto a nivel físico como a nivel emocional constituyéndose como una situación riesgos para los trabajadores de esta área de la salud.

El presente estudio tuvo como objetivo general describir las estrategias de afrontamiento al estrés de las enfermeras de urgencias de la Clínica Santa Sofía del Pacífico. Este se realizó con el método cuantitativo, el tipo de estudio utilizado fue el descriptivo-exploratorio, la muestra fue comprendida por 40 enfermeras del área de urgencias. La recolección de la información se dio por medio de la encuesta sociodemográfica, el cual daba respuesta al primer objetivo de la investigación; por consiguiente, se utilizó la escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) en el cual se obtuvo que las estrategias de afrontamiento al estrés más utilizadas por las enfermeras del área de urgencias de la Clínica Santa Sofía fueron la solución de problemas; ocupando el primer lugar; seguida de la religión. Por otra parte, se da cuenta que la búsqueda de apoyo social se ubica en el tercer lugar como estrategia más utilizada. Por último, se evidencia que la estrategia menos utilizada en las enfermeras es la negación.

Cirineo, N. F., & Mathews, M. Z. I. S. Estrategias de Afrontamiento para la reducción del estrés en el profesional de enfermería del servicio de emergencia.2021. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9419/Estrategias\\_FigueroaCirineo\\_Nataly.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9419/Estrategias_FigueroaCirineo_Nataly.pdf?sequence=1)

El objetivo general del presente estudio es describir la evidencia científica sobre las estrategias de afrontamiento para la reducción de la ansiedad del profesional de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia. Desde los últimos tiempos se ha discutido sobre la naturaleza de los factores estresantes que experimentan los miembros de ocupaciones y profesiones de “alto riesgo”, como los trabajadores de enfermería y emergencias, cuya función es apoyar a otros a través de escenarios traumáticos. El dolor, sufrimiento, impotencia, angustia, miedo, desesperanza, sentimiento de impotencia y pérdida impregnan las unidades de emergencia y constituyen demandas psicológicas con posible efecto en los profesionales de la salud. Las enfermeras del departamento de Emergencias están en una posición en la que se espera que lidien con factores estresantes adicionales.

El trabajo representa un análisis retrospectivo, sistemático de tipo cuantitativo. Procedimientos básicos: Se buscó en diferentes bases de datos electrónicas: Pubmed, Scielo, Redalyc, Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud y Google Scholar. Se utilizaron operadores booleanos AND y OR; las palabras claves utilizadas fueron “estrategias de afrontamiento”, “emergencia” y “enfermería”. Se seleccionaron 35 artículos, de los cuales 20 artículos cumplieron con los criterios de selección. Aspectos nuevos o importantes del estudio: Se identificaron diferentes estrategias para la reducción del estrés en profesionales de enfermería del servicio de emergencia, las cuales por su naturaleza pueden ser de carácter individual y/o colectivo. Las más utilizadas fueron: reevaluación positiva, resolución de problemas, compromiso y apoyo, enfoque positivo, emoción, evitación, reevaluación positiva y autocontrol.

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. Adicionalmente, McCubbin, Cauble y Patterson (1982) advierten que los procesos de afrontamiento no sólo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social.

(...) tanto el afrontamiento individual como el familiar impliquen esfuerzos comportamentales y/o cognitivos orientados a manejar la situación estresante (McCubbin & McCubbin, 1993), se distinguen entre ellos. El primero hace mención a procesos individuales que, si bien reciben influencia de lo social, es el sujeto mismo quien define su propia orientación para manejar los problemas en su vida cotidiana y con ello concreta el tipo de estrategia que utiliza al afrontar los eventos críticos o estresantes en su realidad.

La profundización alcanzada con la investigación bibliográfica analítica sobre el tema de este artículo permite señalar que, aunque el concepto del afrontamiento, y más específicamente el afrontamiento familiar, tenga relativamente una corta historia en su abordaje científico, se han desarrollado conceptualizaciones e instrumentos para su evaluación y posterior intervención en aras de la promoción del bienestar humano.

### 1.7). MARCO REFERENCIAL/CONCEPTUAL/TEÓRICO

En este apartado se detallarán los aspectos más sobresalientes de dicha investigación, comenzando por la descripción del servicio y lugar físico dónde se desarrollará el estudio, seguidamente se mencionan y definen los conceptos que funcionarán como andamiaje para la misma, a saber: Estrategias, afrontamiento, muerte, experiencia, situaciones límites, cuidado de enfermería y por último se desarrollará el cuerpo teórico utilizado para sustentar la investigación.

“El servicio de emergencia se encarga de dar respuestas a situaciones de amenazas a la comunidad, sean de origen natural o por acciones gestadas por los seres humanos, en los cuáles la seguridad, la vida de las personas y el ambiente puedan exponerse al peligro. Se considera Emergencia Médica a aquella situación en la cual, por la importancia o gravedad de la afección, se deben tomar acciones y decisiones médicas en forma inmediata, en general se trata de cuadros que ponen la vida del paciente en peligro. (Ospital; Hobert, 2005).

Emergencia y Urgencia: “Existen varios conceptos y definiciones para los términos de emergencia y urgencia. Sin embargo, desde el punto de vista sanitario todos coinciden en que una emergencia pone en compromiso la vida del paciente y requiere de una atención inmediata,

mientras que una urgencia puede no ser necesariamente mortal, pero debe atenderse rápidamente para que no existan mayores complicaciones”.<sup>5</sup>

La presente investigación se llevará a cabo en el Servicio de Urgencias/Emergencias del Hospital Zonal de Caleta Olivia, en el año 2023. Dicho nosocomio es de Nivel VIII; el Servicio de Guardia, funciona las 24 horas del día, los 365 días del año, con 3 (tres) turnos rotativos de 8 (horas) cada uno, en los cuales se alternan de manera diagramada entre 3 y 4 enfermeros/enfermeras por turno. Cuenta con 3 consultorios de atención a demanda, 1 shock room con capacidad para 4 camillas, 1 cama fría con capacidad para 2 camas, en total el servicio cuenta con 13 camas para atención.

### **Sistema de atención médica extrahospitalaria:**

Servicio de Emergencias Médicas: Organización de recursos físicos y humanos coordinados para implementar la asistencia de pacientes en situaciones críticas, con riesgo de vida real (emergencias) o potencial (urgencias) y en el lugar donde circunstancialmente se encuentra.

Los sistemas de emergencia atienden emergencias y urgencias.

Emergencias: son situaciones de riesgo de vida real que requieren asistencia médica en forma inminente. Todo sistema llamado de emergencias médicas debe cumplir con este requisito.

Urgencia: Es una situación de riesgo de vida potencial que requiere atención médica a la brevedad.<sup>6</sup>

El servicio del 107, que se denomina como “línea gratuita del servicio público de emergencias médicas”, se encuentra adicionado al Servicio de Guardia, contando con 2 ambulancias en plataforma, equipadas con lo necesario para hacer frente a diferentes requerimientos de salud de la población. Este servicio no cuenta con un equipo propio de enfermeros, por lo cual debe de ser atendido por el mismo grupo de profesionales que se desempeñan en la demanda habitual del servicio de guardia.

---

<sup>5</sup> María Inés Hassan, SERVICIO DE GUARDIAS Y EMERGENCIAS CASO: HOSPITAL GUTIÉRREZ, 2019.

<sup>6</sup> MINISTERIO DE SALUD, Resolución 906-E/2017, Ciudad de Buenos Aires, 18/07/2017.

El plantel de enfermería cuenta con un total de 23 profesionales, de los cuales 2 se encuentran fuera del servicio por razones particulares. El resto se divide en 3 Licenciados, 6 Universitarios, 2 Terciarios y 10 Auxiliares.

Las situaciones a las cuales están expuestos los profesionales, son de diversa índole y etiología. Por nombrar algunas de ellas, encontramos, por ejemplo: atención de pacientes altamente demandantes, pacientes psiquiátricos, algunos de los cuales se tornan violentos además de tener que lidiar con la demanda de los familiares de los mismos; pacientes que ingresan por puerta de ambulancia presentando diferentes tipos de traumatismo o heridas cortantes, algunos de ellos con riesgo de vida e incluso se enfrentan a la muerte. Cabe mencionar, además, la demanda del servicio del 107, que pone en estado de alerta a todo el equipo de salud, tanto a los que salen en la Ambulancia, como a los que quedan en el servicio aguardando las novedades.

Con fines prácticos, se opta por englobar cada una de las situaciones antes mencionadas, bajo el concepto de **“situaciones límites”**, acuñado por Jaspers (1919). Para quien, las situaciones límites señalan las crisis de la existencia humana en las que ese conflicto y su significado se hace más agudo y trágicamente claro. Jaspers trata de cuatro situaciones particulares de esta clase: la muerte, el sufrimiento (abarcando todas las dimensiones del ser humano), la lucha y la culpa; y de dos de tipo más general: el problematismo de toda existencia empírica y la historicidad de todo lo que es real.

Es menester aclarar que, las situaciones límites a las que hace referencia el autor, son de carácter personal y por lo tanto intransferibles, dado que tocan la “mismidad del ser”, al decir de los filósofos existencialistas. Sin embargo son aplicables al personal de enfermería ya que éstos se encuentran ante dos situaciones empíricas, que se presentan en forma cotidiana, en primer lugar la situación que vive el paciente y que por transferencia trata de comunicar a su manera su dolencia y en segundo lugar la situación dónde se ubica el personal de enfermería, el cual por un lado trata de comprender y develar lo que el paciente le transmite y por otro pone en juego su propia situación que entra necesariamente en juego, generando una dinámica dialéctica. Dinámica que, a decir del autor, genera “un dinamismo que conlleva a que el ser humano, pueda, por ejemplo, salir de una situación para entrar en otra. De este modo es como va creando ocasiones en vistas de cambiar situaciones. Sin embargo, lo que no puede en general evitarse es encontrarse en alguna" (situación).

Las situaciones límites, continúa describiendo Jaspers, son precisamente aquellas que conforman la existencia en cuanto tal. Es decir, aquellas que le dan sentido real y profundo a todo aquello que vivimos, que evocan la mismidad del ser en su profundidad; traspolando esto a enfermería, cabe mencionar que el “deber ser” del enfermero, es el cuidado de la salud del paciente y hacía allí dirige todos sus esfuerzos, enfrentándose a la muerte de su paciente. Aun cuando no se desee este tipo de situaciones no hay posibilidad de evitarlas. En ellas es posible aprehender la existencia o asimilarla de un modo mucho más radical que a través de un mero examen objetivo o científico del mundo.<sup>7</sup>

Las situaciones límites son generadores de **estrés** en el personal de enfermería, por lo cual es necesario en este punto, abordar este concepto, para poder comprender su dinámica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que *estrés laboral* es “*un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades*”. Por lo tanto, cada profesión tiene sus propias causas de estrés.<sup>8</sup>

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias.<sup>9</sup>

Ambas definiciones, evidencian cómo “el impacto del estrés en la salud varía de un individuo a otro; sin embargo, los elevados niveles de estrés pueden contribuir al deterioro de la salud, incluidos los trastornos mentales y de comportamiento, tales como, el agotamiento, el burnout, el desgaste, la ansiedad y la depresión, así como daños físicos, como la enfermedad cardiovascular y los trastornos musculoesqueléticos. Se está prestando cada vez más atención al impacto de los nuevos comportamientos de afrontamiento, como son el abuso del alcohol y las

---

<sup>7</sup> Sandra BAQUEDANO JER. *Philosophia* 73/1 I 2013 I pp. 45 a 60. SITUACIÓN LÍMITE Y SUICIDIO EN JASPERS. (consultado el día 19 de mayo del 2023). Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-jer.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-jer.pdf)

<sup>8</sup> Pía Mabel Molina-Chailán, Marisol Muñoz-Coloma, Giannina Schlegel-San Martín. *Med. segur. trab.* vol.65 no.256 Madrid jul./sep. 2019 Epub 22-Mar-2021 *Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas* (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1)

<sup>9</sup> Organización Internacional del Trabajo. *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo.* (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

drogas, el hábito de fumar, la dieta poco saludable, la mala calidad del sueño, así como la asociación con un aumento del índice de accidentes en el trabajo”<sup>10</sup>.

El fenómeno del estrés se desarrolla en todas las profesiones y en la vida en general, pero cabe mencionar que, en la profesión de enfermería, diversos autores se han interesado en identificar los estresores que miden el estrés en el ámbito laboral. Tal es el caso de Reig y Caruana (1987), quienes mediante a una serie de investigaciones, identificaron un grupo de estresores laborales que son específicos del profesional de enfermería en su desarrollo cotidiano, estos son:

a) *Contacto con el dolor y la muerte*: los profesionales de enfermería en general se suelen mostrar satisfechos con la atención a los pacientes, que es la parte esencial de la profesión. Sin embargo, la gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas, junto con el trato diario con los pacientes, son factores determinantes de la presencia de estrés y sus consecuencias.

b) *Conflictos con pacientes y sus familiares*: con la implementación de las nuevas leyes, se ha ido construyendo una cultura de seguridad social, donde la salud es vista como un servicio público y un derecho irrenunciable de todos los habitantes del país; por lo tanto, cada vez el profesional de enfermería se enfrenta a un usuario más informado, con mayor conciencia de sus derechos como ciudadano, más exigente y dispuesto a demandar legalmente. Esto genera temores y conflictos que son causantes de desgaste profesional en enfermería.

c) *Conflictos con los superiores*: la falta de apoyo de los superiores ha sido identificada como un estresor que tiene gran implicación en la salud de los profesionales de enfermería.

d) *Situaciones urgentes y graves*: el profesional de la salud debe tomar en muchas ocasiones decisiones rápidas que pueden comprometer el bienestar del paciente, generando elevados niveles de estrés, donde las decisiones a menudo son irreversibles y comprometen la vida del paciente.

e) *Carencias*: la insatisfacción con el trabajo es una situación que se presenta a menudo en los profesionales de enfermería. La relación entre el estrés ocupacional y la insatisfacción laboral

---

10 Pía Mabel Molina-Chailán , Marisol Muñoz-Coloma , Giannina Schlegel-San Martín. Med. segur. trab. vol.65 no.256 Madrid jul./sep. 2019 Epub 22-Mar-2021 Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1)

son dos conceptos estudiados frecuentemente y relacionados de manera positiva, es decir, a mayor estrés mayor insatisfacción y a menor estrés mayor satisfacción. Igualmente, se ha encontrado la insatisfacción laboral como un factor relacionado con la salud de los profesionales de enfermería.

f) *Estrés emocional*: el cuidado del paciente hace sentir al trabajador “desarmado” y lo lleva a adoptar conductas de huida y evitación, ya que la naturaleza de la enfermedad de sus pacientes le hace enfrentarse, en ocasiones, con el “fracaso terapéutico” o con un mal pronóstico y a su vez, lo sensibiliza ante la muerte. En los enfermeros son frecuentes los sentimientos de impotencia, soledad y frustración ante el hecho de que incluso unos buenos cuidados no aseguran la sobrevida ni conducen necesariamente a una muerte y que ésta sea digna.

g) *Sobrecarga laboral*: la sobrecarga en el trabajo ha sido identificada como una de las principales causas de estrés en los enfermeros, éstos perciben que su trabajo es físicamente agotador y que los turnos rotatorios les generan mayor estrés. La jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a las situaciones estresantes. El trabajo nocturno y por turnos produce alteraciones en las constantes biológicas determinadas por el ritmo cardíaco, establecido a su vez por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Requiere un alto esfuerzo adaptativo, generando irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, además de provocar modificaciones en la vida social.<sup>11</sup>

Otro concepto que debemos introducir, es el de **muerte**. “La muerte es la pérdida total de las funciones vitales. Estancanti (1995) define la muerte como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre”.<sup>12</sup>

El personal de enfermería debe de poder hacer frente a las situaciones límites que son estresantes, por lo cual deben adoptar **estrategias** para **afrentar** cada una de estas circunstancias.

---

11 Lic. Delia Cabañas. Facultad de Ciencia de la Salud, Universidad Nacional de Córdoba, año 2015 “Prevalencia de Estrés en el personal de enfermería” ¿REACCIÓN DE LUCHA O HUIDA? (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/caba%C3%B1a-delia-unico.pdf>

12 Berrios, Z. E. C., & de López, C. E. B. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*, 12(2), 14-23.

Siguiendo a C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring, en “Estrategias de afrontamiento”, (...) “el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» (Stone y cols.,1988, pág. 183). Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el **afrontamiento** quedaría definido como *«aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo»* (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164). Con esta amplia definición se puede pensar que las reacciones emocionales como la ira, o la depresión, también forman parte del proceso general de afrontamiento que efectúa un organismo ante una situación demandante”.

Lazarus y Folkman (1986), distinguen dos tipos de estrategias:

1. Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
2. Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Estos autores, elaboraron además la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estrategias diferentes (las dos primeras más centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas): 1. **Confrontación:** intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas. 2. **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema. 3. **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno. 4. **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. 5. **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. 6. **Escape-evitación:** empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos. 7. **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante. 8.

**Búsqueda de apoyo social:** acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.<sup>13</sup>

Podemos hallar otras como, por ejemplo: conductas religiosas como rezar, el empleo del humor, la restricción de llevar a cabo ciertas acciones que, si bien no encajan exactamente con las descritas con anterioridad, suelen ser otras maneras de estrategias y que deben de ser tenidas en cuenta.

El ensamble de los conceptos antes desarrollados y explicados, nos conducen a presentar la teoría de enfermería, cual andamiaje, que da cuerpo y sostiene el presente trabajo.

De **Patricia Benner**, en su teoría “*Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería*”, tomaremos los siguientes conceptos:

**Aspectos de una Situación:** Son los elementos recurrentes, situaciones y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto gracias a la experiencia previa de la enfermera (Benner, 1984a).

**Atributos de una Situación:** Son las propiedades medibles de una situación que puede entenderse sin haberla vivido anteriormente. (Benner, 1984a).

**Experiencia:** No consiste en un simple período, sino en un proceso activo de redefinición y cambio de las teorías, nociones e ideas preconcebidas al confrontarlas con las situaciones reales. Implica que existe un diálogo entre lo que ocurre en la práctica y lo que se esperaba. (Benner y Wrubel, 1982).

Es necesario, además, integrar el metaparadigma propio de Enfermería en sus 4 (cuatro) conceptos fundamentales:

**Enfermería:** La enfermería se define como una relación de cuidado, “una condición que facilita la conexión y el interés” (...) y consideran que la práctica enfermera abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. (Benner y Wrubel, 1989).

**Persona:** Benner y Wrubel, (1989) utilizan la definición fenomenológica de Heidegger y que describen así: “Una persona es un ser autointerpretativo, es decir, la persona no viene al mundo

---

13 C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring , Estrategias de afrontamiento, cap 31. pág. 425-435.

predefinida, sino que va definiéndose con las experiencias vitales. La persona también posee...una comprensión fácil y no reflexiva de la identidad en el mundo” (p41). “La persona se considera como un participante en significados comunes”. (Benner y Wrubel, 1989, p.23). Estos autores, dan importancia a la “encarnación” y la definen como “la capacidad del cuerpo para responder en situaciones significativas” Benner y Wrubel, (1989); en tanto y en cuanto la persona se encuentra dentro de un cuerpo.

**Salud:** La salud se define como lo que puede valorarse, mientras que el bienestar es la experiencia humana de la salud o el conjunto. Estar sano y estar enfermo se entienden como diferentes modos de encontrarse en el mundo. Benner y Wrubel, (1989).

**Situación:** Benner y Wrubel, (1989) utilizan el concepto de situación en vez de entorno, ya que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado sociales. Utilizan los términos fenomenológicos de estar situado y significado situado, que están definidos por la interacción, la interpretación y el entendimiento de la situación unidos a la persona. “La interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella” (Benner y Wrubel, 1989, p.84).<sup>14</sup>

Barker, aporta nuevos conceptos a los ya seleccionados de Benner, para elaborar dicha investigación.

*“El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental”* de Phil Barker, es un modelo filosófico para la recuperación de la salud mental. Esta teoría nos ayuda a pensar o sospechar que, en algún momento de la vida y la trayectoria del profesional de enfermería que se encuentra expuesto a tantas situaciones límites, en particular la muerte del paciente, situación generadora de estrés, pueda llegar a tener incidencia directa o indirecta en la salud mental del mismo.

El modelo de la marea emplea metáforas universales culturalmente significativas asociadas al poder del agua y del mar para representar los aspectos conocidos del estrés humano. El agua es “la metáfora central de la experiencia vivida de la persona (...) y el sistema de cuidados que auto modela la persona con la ayuda de las enfermeras”. (Barker, 2000 e, p.10).

De este modelo, nos serviremos de los siguientes conceptos:

---

14 Alligood, Martha R; Tomey, Ann M y col; Modelos y Teorías en enfermería, 7ma edición, 2011, ELSEVIER, España.

De los valores de este modelo, se desprenden diez compromisos, de los cuales tres pueden ser aplicables al presente trabajo, a saber: 1. **Valorar la voz:** la historia de la persona es el principio y el final de todo el proceso de ayuda; el énfasis se coloca en la narrativa de la persona a través de su propia voz. (...) Se busca alentar la voz verdadera de la persona (...). 2. **Respetar el lenguaje:** las personas desarrollan formas únicas de expresar historias de su vida, representando a los demás lo que sólo la persona puede saber. El lenguaje de la historia (completada con su gramática inhabitual y metáforas personales) es el medio ideal para iluminar el camino a la recuperación. Animamos a las personas a hablar en sus propias palabras, en su voz característica. 7. **Dar el don del tiempo:** aunque el tiempo es en gran parte una ilusión, no hay nada más valioso. El tiempo dedicado a la comunicación interpersonal constructiva es un don para ambas partes.

En cuanto a los elementos del metaparadigma, seleccionamos:

**Enfermería:** La enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otro. Existe un poder dinámico en el “arte de cuidar”; una persona tiene la obligación de asistir a otra. (Barker, 1996b, p.4).

**Persona:** Las personas son sus historias. Son filósofos naturales y fabricantes de significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de su experiencia construyendo modelos explicativos del mundo y de su lugar en él. (Barker, 1996b, p.4).

**Salud:** Barker aporta la definición provocativa de salud de Illich (1976) como “el resultado de una reacción autónoma, aunque modelada culturalmente a una realidad creada socialmente. Designa la capacidad de adaptarse a entornos cambiantes, crecer...hasta la curación cuando existe daño, al sufrimiento y a la expectativa tranquila de la muerte “. (...) (p. 273).

“Salud representa todo... y está probablemente relacionada con la forma en que vivimos nuestras vidas, en el sentido más amplio. Este “vivir” incluye el contexto social, económico, cultural y espiritual de nuestras vidas”. (Barker, 1999b, p.48).<sup>15</sup>

## 1.8). OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar las vivencias de los profesionales de enfermería ante las situaciones límites.

---

<sup>15</sup> Alligood, Martha R; Tomey, Ann M y col; Modelos y Teorías en enfermería, 7ma edición, 2011, ELSEVIER, España.

Describir cuales son los mecanismos utilizados por los profesionales de enfermería, para afrontar la muerte de un paciente.

Comprender cuales son las estrategias utilizadas para afrontar el deceso del paciente.

### 1.9). RELEVANCIA ACADÉMICA

La relevancia académica de dicha investigación está determinada, en primer lugar, por la creación y aporte de conocimiento científico avalado y sustentado por el marco teórico, conceptual y el análisis de los datos recabados y oportunamente analizados, codificados y puestos a consideración de la comunidad académica correspondiente, como de la comunidad en general.

En segundo lugar, pretende engrosar la larga lista de trabajos de corte científico, que se encuentran disponibles para consulta y/o aplicación al campo práctico.

Y en tercer lugar redirigir la mirada hacia el personal de enfermería, quien, aun habiendo puesto toda su experticia teórica y práctica, la muerte como proceso y fenómeno natural, pone un coto de acción a la calidad del cuidado holístico que brinda, poniendo en jaque toda su existencia substancial y junto con ella, evidenciando sus necesidades psicológicas, espirituales, morales y éticas.

## CAPÍTULO II

### DIMENSIÓN DE LA ESTRATEGIA GENERAL

## 2.1). TIPO DE DISEÑO

El presente trabajo se desarrollará mediante un estudio de tipo cualitativo, fenomenológico en tanto que “*obtenemos las perspectivas de los participantes*”, en otras palabras se obtiene “*la esencia de la experiencia compartida*” y descriptivo puesto que busca “*entender y describir los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente*”<sup>16</sup>, para así poder analizar, describir y comprender las estrategias de afrontamiento que ha adoptado el personal de enfermería del servicio de guardia ante las situaciones límites que viven en el servicio y en particular ante el deceso de los pacientes a los que brindan cuidados de enfermería.

## 2.2). POBLACIÓN EN ESTUDIO

La población en estudio está constituida por la totalidad del personal de enfermería que se desempeñan en el servicio de Emergencias Médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Padre Tardivo”.

---

<sup>16</sup> Hernández Sampieri, R. Metodología de la Investigación. P. 3. El proceso de la Investigación cualitativa. Cap. 15. Diseños del proceso de investigación cualitativa. (pp. 468,ss).

Al inicio de la elaboración del presente trabajo de investigación, el servicio disponía de 23 sujetos que configuraban el universo del personal de enfermería. En la actualidad el plantel quedó configurado por 19 sujetos, el cual se distingue por las siguientes características:

- Ha trabajado en tiempos de pandemia, a excepción de aquellos que conformaban el grupo de riesgo.
- Tiene un alto porcentaje de Auxiliares de Enfermería.
- Personal de enfermería con más de 20 años de servicio en el mismo sector.
- Tienen capacitaciones acerca de la actualización de nuevos procedimientos.
- No cuentan en la actualidad ni contaron con acompañamiento psicológico en tiempos de pandemia.

### 2.3). SELECCIÓN DE MUESTRA/CASOS

Siguiendo a Polit-Hungler (1999) para esta sección de la Investigación, se hará uso de un **muestreo intencionado**, el cual, independientemente de cuántos participantes iniciales se seleccionen, el investigador se esfuerza en base a las necesidades de información requerida. Quién sea seleccionado con posterioridad, depende de quién ya forma parte de la muestra y qué información es capaz de brindar. En consonancia con lo anterior, será una **selección exhaustiva**, en tanto que se selecciona cada caso o elemento de la población ya establecida (...) <sup>17</sup> que configuran al personal de enfermería del servicio de Emergencias del HZCO.

### 2.4). CRITERIOS DE SELECTIVIDAD

Criterios de inclusión:

- Personal de Enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Zonal de Caleta Olivia “P. Pedro Tardivo”. (Licenciados, Universitarios, Terciarios y Auxiliares).

---

<sup>17</sup> Polit-Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. Parte II: Contextos de la investigación en ciencias de la salud. Cap.12 Diseño de muestreo.Principios y Métodos. Sexta edición.

- Estar ejerciendo en la actualidad la profesión.
- Tener experiencia en el ejercicio de la profesión en el Servicio de Guardia, de al menos 2 años.
- Haber participado en al menos una o más situaciones de deceso de pacientes durante el ejercicio de la profesión en el servicio de Guardia.
- Que acepten participar en la Investigación y que lo confirmen mediante la firma del Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Personal que se encuentre de carpeta médica.
- Personal que se encuentre de Licencia anual por vacaciones, embarazo, entre otras.

Criterios de eliminación:

- Personal de enfermería que ha sido cambiado de servicio, al momento de la realización de la entrevista.
- Aquellos informantes que aun habiendo consentido en la participación de la investigación y rubricado el consentimiento informado, deciden retirarse de la misma.
- Personal de enfermería que se haya jubilado al momento de realizar la presente investigación.

Criterios témporo/espacial:

- Se desarrollará en el transcurso del año 2023, en el Hospital Zonal “P. Pedro Tardivo”, de Caleta Olivia, en la Provincia de Santa Cruz.

## 2.5). ASPECTOS ÉTICOS-BIOÉTICOS<sup>18</sup>

Al tratarse de una investigación de tipo cualitativa donde se involucra, en este caso al personal de enfermería, se debe de garantizar la protección de la totalidad de los datos, tanto personales como del ejercicio de su profesión, brindados por los informantes. Por lo cual, para salvaguardar los mismos, se recurre al código de ética que se conoce como *Belmont Report* el cual postula tres principios éticos primordiales sobre las que se basan las normas de conducta ética en investigación: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

---

<sup>18</sup> Polit-Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. Parte II: Contextos de la investigación en ciencias de la salud. Cap. 6. Contexto ético de la investigación en ciencias de la salud. Principios y Métodos. Sexta edición.

Cabe aclarar que cada uno de estos principios contienen ad intra, garantías que refuerzan, por un lado, la obligación por parte del Investigador a no manipular los datos obtenidos y por otro lado a asegurar la confidencialidad absoluta de los participantes en la investigación.

El presente trabajo está sustentado por la totalidad de los principios éticos mencionados con anterioridad, puesto que, en cuanto al **Principio de Beneficencia y de Justicia**, el primero se rige por la máxima de “por sobre todas las cosas, no hacer daño”, donde se les garantiza a los participantes que tanto su participación como la información que proporcionen no serán utilizadas contra ellos para causar daño alguno, no sólo profesional, sino también moral, ético, espiritual, emocional o psicológico. El segundo incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a la privacidad y por ende a que toda la información obtenida será estrictamente confidencial amparada por el anonimato

En cuanto al **Principio de Respeto a la Dignidad Humana**, el cual comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. En tanto que los informantes deben de ser tratados como entidades autónomas, capaces de conducir sus propias actividades y destinos, por medio de su libre albedrío participar voluntariamente o retirarse de la investigación en el momento en que así lo consideren.

Para poder llevar a cabo esta investigación, teniendo en cuenta lo expuesto en los párrafos precedentes, es que se utilizará un *“Consentimiento Informado en el cual los participantes cuentan con la información adecuada respecto a la investigación, a saber: condiciones del participante, objetivo del estudio, tipo de datos, naturaleza del compromiso, selección de los participantes, garantía de confidencialidad, consentimiento voluntario, derecho a retirarse”*.<sup>19</sup>

Consentimientos que se adjuntan en el apartado de Anexos.

---

<sup>19</sup> Polit-Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. Parte II: Contextos de la investigación en ciencias de la salud. Cap. 6. Contexto ético de la investigación en ciencias de la salud (pp 138). Principios y Métodos. Sexta edición.

## CAPÍTULO III

# DIMENSIÓN DE LAS TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### 3.1). MAPEO/CARTOGRAFÍA SOCIAL

El escenario dónde se lleva a cabo dicha investigación, es el Servicio de Urgencias/Emergencias del Hospital Zonal “Padre Pedro Tardivo”, de la ciudad de Caleta Olivia, en la Provincia de Santa Cruz. El suceso a investigar puede variar en su dinámica debido a que al ser inesperado puede ocurrir con un paciente que ya se encuentra ingresado en el Shock Room y por lo tanto está siendo asistido, puede ingresar por puerta de Ambulancia traído por los familiares refiriendo “descompensación” o ingresado por el mismo sector, mediante la atención prehospitalaria (107) servicio que es atendido por los mismos profesionales del sector.

Indistintamente de la forma de ingreso, cabe resaltar que la dinámica de trabajo siempre opera de la misma manera, generalmente es el personal de enfermería quien ingresa al paciente al Shock Room, se da aviso a los médicos de guardia mientras realiza el control de signos vitales y solicita ayuda a los demás colegas presentes en el turno, se asignan funciones de manera implícita, realizando cada uno una acción diferente: doble venopunción, medicación, atención y cuidado de la vía aérea, asistencia al profesional médico que realiza la intubación, registro en hoja de enfermería sobre todos y cada uno de los procedimientos que se llevan a cabo y conteo de tiempo entre medicación y medicación, personal enfermero circulante para proveer el resto de los elementos necesarios (ECG, Cardiodesfibrilador, Tubo Endotraqueal (TET), Laringoscopia,

Bolsa de Reanimación, Drogas Inotrópicas, etc), con la disponibilidad de comenzar o reemplazar a quien esté realizando masaje cardíaco.

El sector cuenta además con personal administrativo, camilleros, choferes y eventualmente con personal policial que oficia de seguridad. Los cuales también cumplen una función específica, a saber: el personal administrativo junto con algún médico tratan de recabar toda la información necesaria del paciente y solicitar ayuda vía telefónica al profesional médico de Terapia Intensiva que se encuentre de guardia; camilleros y choferes se encuentran preparados y capacitados para realizar masaje cardiopulmonar y por tal motivo asisten en esa función al personal de enfermería; el personal policial junto con algún profesional médico, tratan de contener a la familia en esta situación acuciante en la que se encuentra en riesgo de vida su familiar.

Acaecido el deceso del paciente se procede a definir como equipo, el horario de defunción del paciente, realización de ECG para constatar el óbito, por indicación médica se retiran los elementos invasivos (TET y venoclisis) y no invasivos (Parches del DEA y/o electrodos) acondicionamiento y cuidados post mortem. A continuación, se procede a acompañar a los familiares hasta el Shock Room, una vez que el profesional médico les comunica el deceso; según necesidad y evaluado el nivel de afluencia de demanda de otros pacientes, se acostumbra a aguardar por un lapso de 20 minutos aproximadamente, hasta que el cuerpo se traslada en camilla a la morgue, en compañía de algún familiar y personal de Seguridad del nosocomio, junto con un camillero y un personal de enfermería. De forma paralela, se confecciona el registro de enfermería y se deja asentado en el libro de actas, todos y cada uno de los cuidados de enfermería que fueron realizados desde el ingreso del paciente hasta el traslado del cuerpo a la morgue.

Una vez retirado el cuerpo, personal de limpieza procede a la desinfección del Shock Room, el personal de Enfermería acomete la tarea de reacondicionar el mismo y camilleros estoquean nuevamente el material descartable.

### 3.2). TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método seleccionado para la recolección de datos fue por medio de una entrevista semiestructurada oportunamente grabada, con previa aceptación en la participación de la investigación y consecuentemente con la firma del consentimiento informado.

Dicha entrevista, originalmente, contaba con un total de 13 (trece) preguntas dirigidas a los Informantes, sin embargo, luego de sendas revisiones y aplicado el criterio objetivo de “no redundancia retórica” quedó confeccionada por 11 (once) preguntas.

El campo de estudio se circunscribe por ser una muestra Original Intencional, delimitada tanto por los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se detallan los interrogantes que sirvieron de guía para la entrevista.

### 3.2.1) ENTREVISTA

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

8 ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

9 ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

10 ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

11 ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

### 3.2.2) CODIFICACIÓN DE LOS INFORMANTES

Género: F: Femenino; M: Masculino.

#### **Personal de Enfermería:**

Aux: Auxiliar.

U: Universitario.

LE: Licenciado en Enfermería.

T: Técnico.

A/P: Años en la Profesión.

A/S: Años en el Servicio.

**Informantes:**

I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9

I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21

I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15

I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2

I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3

I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2

I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10

### 3.3). MATRIZ DE DATOS

P. 1	¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Generalmente no, no tiene ningún protocolo ante el deceso del paciente, lo que hacemos nosotros una vez que se nos va, es ponerlo en condiciones para que ya ingrese la familia, para que se despidan antes de ser llevado a la morgue. ¿Debería haber? Sí, creo que debería haber. También para que se tomen un tiempo las familias y nosotros mismos porque es algo que no se afronta a la ligera. Uno se queda con el sentimiento de que se pudo haber hecho más o no, pero bueno, por ahora no hay.	La entrevista se desarrolló fuera del ámbito hospitalario, se la “invitó” a tomar un café. El informante llegó puntual, acompañado por su hija, la cual no interfirió en ningún momento. En todo momento se mostraba con entusiasmo y participativa en las respuestas.	“Generalmente no, no tiene ningún protocolo ante el deceso del paciente lo que hacemos nosotros una vez que se nos va, es ponerlo en condiciones para que ya ingrese la familia, para que se despidan antes de ser llevado a la morgue. (...)”. “es algo que no se afronta a la ligera.”.	El servicio de guardia no posee un Protocolo, al menos de forma escrita, sin embargo, todos refieren una sucesión de pasos o tareas que desarrollan, a saber: Retirar, por indicación médica los accesos venosos, TET y realizar ECG; registrar en Hoja de Enfermería todo lo realizado; se acondiciona al óbito; se hace ingresar a la familia para que puedan despedirse y se entregan las pertenencias; por último, se traslada a morgue. Todas y cada una de estas tareas son conocidas por el	Transmisión oral del modo de actuación ante el deceso del paciente entre el personal sin poseerlo por escrito, que se mantiene implícito en la comunidad del servicio de Emergencias.	Existencia de un Protocolo de actuación ante el deceso del paciente, sin estar normatizado.
I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21	El servicio de guardia no tiene ningún protocolo de actuación cuando fallece una persona.	La entrevista fue llevada a cabo en el office de enfermería en el horario de trabajo del	“El servicio de guardia no tiene ningún protocolo de actuación cuando			

		informante. La misma se encontraba con buena predisposición a la hora de responder las preguntas.	fallece una persona.”	personal y transmitidas de forma oral de profesional a profesional.		
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	Protocolo escrito no, no tiene nada, pero ya de años venimos trabajando de la misma manera y es como que ya lo tenemos incorporado, que es lo que vamos a hacer, cual es la forma de actuar, tenemos incorporado, pero por una cuestión que va de enfermero a enfermero desde el que está en el servicio de hace años al más nuevo, se va pasando los conocimientos y cuál es el actuar ante cada situación y ésta (el deceso del paciente) pero es algo que ya hacemos sin tenerlo por escrito.	La entrevista se desarrolló en una oficina aparte del office de Enfermería, para evitar interrupciones y ruidos. La misma fue realizada en horario de trabajo, por comodidad de la Informante.	“de años venimos trabajando de la misma manera y es como que ya lo tenemos incorporado (...)” “una cuestión que va de enfermero a enfermero desde el que está en el servicio de hace años al más nuevo, se va pasando los conocimientos (...)” “es algo que ya hacemos sin tenerlo por escrito.”			
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	Protocolo así llamado no se llama protocolo, solamente es algo estandarizado sería retirar todo el acceso venoso, sonda, oxígeno, realizar	La entrevista fue realizada en una oficina apartada del office de Enfermería, y también en horario de trabajo, debido a los tiempos que	Protocolo así llamado no se llama protocolo, solamente es algo estandarizado sería retirar todo el acceso venoso, sonda,			

	ECG para constatar el óbito y la preparación post mortem.	poseía la Informante.	oxígeno, realizar ECG para constatar el óbito y la preparación post mortem.			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Como que tiene estipulado/escrito acá yo no vi, pero sí lo tiene por el mismo ejercicio de la enfermería, fallece una persona y lo he visto y he inculcado por parte de mis compañeros, fallece y por indicación médica se retira lo que son las vías y todos lo que se la ha realizado el paciente y se lo empaqueta en la bolsa para luego llevarlo a la morgue. Queda todo registrado de lo que se le realiza hasta el momento en que ingresa a la puerta de la morgue.	La entrevista se desarrolló en el Office de enfermería, en horario laboral, ya que la informante no poseía otros horarios para realizar la misma. Se mostró entusiasmada con la misma.	“sí lo tiene por el mismo ejercicio de la enfermería(...)  “Queda todo registrado de lo que se le realiza hasta el momento en que ingresa a la puerta de la morgue.”			
I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Sería una secuencia de pasos que tenemos que hacer con el óbito para llevarlo a la morgue. Informar a la familia y firmar todo lo que tenés que firmar.	La recolección de datos se realizó en horario laboral del informante, en una oficina apartada para evitar ruidos e interrupciones.	“Sería una secuencia de pasos que tenemos que hacer(...)” “Informar a la familia(...)”			

I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	No, no lo tiene, actuamos por conocimiento ósea pero no tiene ningún protocolo para la actuación del deceso. Una vez que sucede sabemos cómo lo tenemos que transportar, si tiene o no familia, dónde lo tenemos que llevar (a la morgue), hasta ahí es nuestro trabajo.	La recolección de datos se realizó en horario laboral del informante, en el office de Enfermería. Siempre se mostró afable y participativo.	“no lo tiene, actuamos por conocimiento ósea pero no tiene ningún protocolo (...)			
Categoría 1	Estandarización de procedimientos por transmisión oral entre pares.					

P. 2	¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite?, ¿Por qué?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Y si, es una situación límite, porque creo que en el momento se vive mucho estrés, para que no ocurra, para que no se nos vaya el paciente, de la familia misma que está esperando afuera y que muchas veces quiere ingresar cuando estamos trabajando con el mismo. Si hay mucho estrés en ese momento en particular, más porque uno se pone a pensar en la familia, es inevitable a veces comparar con la familia de uno.	Piensa la pregunta y afirma en forma categórica.	“es una situación límite, porque creo que en el momento se vive mucho estrés para que no ocurra, para que no se nos vaya el paciente, de la familia misma que está esperando afuera y que muchas veces quiere ingresar”	Los informantes reconocen el deceso del paciente como situación límite, generadora de estrés, frustración y tristeza, que afecta al paciente en primera instancia, debido a que se pone fin a su vida, al entorno familiar que se ve afectado por la pérdida y por último al mismo profesional enfermero movilizándolo su dimensión humana.  Salvo uno de los informantes que no lo experimenta del mismo modo, sino más bien como algo que debía de suceder por acumulación de patologías.	Experimentación del deceso del paciente como situación límite, generando tristeza, frustración y estrés en el entorno familiar del personal de enfermería y llamativamente del mismo paciente.	Reconocimiento del deceso del paciente como situación límite, debido a todo lo que es capaz de generar en el entorno y en las personas.
I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21	Pienso que sí, que lo es, porque esa persona tiene familia, tiene hijos, tiene padres tiene familia, tiene amigos que lo quieren y si, es una situación límite, también uno es humano uno siente,	Toma aire antes de responder y pone énfasis en la familia del paciente.	Pienso que sí, que lo es, porque esa persona tiene familia, tiene hijos, tiene padres tiene familia, tiene			

	siente tristeza, el día que no sientas tristeza ya está, retírate, anda a vender ropa, una cosa así, si es una situación límite y te va marcando, de a poco muy sutilmente, te va marcando en la vida.		amigos que lo quieren  también uno es humano uno siente, siente tristeza, el día que no sientas tristeza ya está, retírate			
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	Si, cada vez que tenemos que actuar ante un paro o cada vez que tenemos que actuar ante una persona que está en código rojo o está con la posibilidad de fallecer, es una situación límite en la que todos corremos, en la que todos sabemos lo que tenemos que hacer, pero muchas veces ya sea por la edad (del paciente), ya sea porque es un niño toca más fuerte, se toma de una forma más delicada, según la situación en la que se encuentra esa persona.	Puntualiza cuando se refiere al deceso de un paciente pediátrico.	es una situación límite en la que todos corremos, en la que todos sabemos lo que tenemos que hacer, pero muchas veces ya sea por la edad (del paciente), ya sea porque es un niño toca más fuerte, se toma de una forma más delicada			
I.4 F. AUX. A/P: 12.	Si, es una situación límite, más para el paciente que para	La respuesta sorprende al investigador y es	Si, es una situación límite, más para el			

A/S:2	nosotros, (Es necesario repreguntar ¿por qué?) por qué finaliza su estadía en el plano actual en el que vivimos, para ellos es una situación límite y nosotros somos parte de ello.	necesario repreguntar.	paciente que para nosotros, por qué finaliza su estadía en el plano actual en el que vivimos,			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Si, la verdad que sí, porque es un cambio drástico para la vida de todos incluyéndonos a nosotros, porque estamos acá y lo vemos y es así cuando piensas antes de armar tu cuaderno de enfermería, decís que dejará ese paciente, porque seguramente tiene un trabajo, tiene familia, hijos, madres, porque las madres son un punto principal en la vida de cada uno de nosotros.	Sin comentarios.	la verdad que sí, porque es un cambio drástico para la vida de todos incluyéndonos a nosotros			
I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Si, sin duda porque en cierto modo porque es frustrante, como que siempre queda la duda de si no podés hacer algo, a veces aún entiende que se hizo todo lo posible y no fue suficiente o que	Asiente con la cabeza mientras va contestando.	Si, sin duda porque en cierto modo porque es frustrante  es una situación límite para todo el entorno			

	directamente eso era algo que tenía que pasar. Pero que es una situación límite para todo el entorno y que todos los días después de lo que hicimos no va a volver a nunca a volver a ser lo mismo para el entorno del paciente hace que si, que sea una cosa que es absolutamente significativa.					
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	Creo que son situaciones límites, porque la persona que cae a la guarda, cae porque tiene algo crónico y sobre todo el tema del deceso es una acumulación de patologías que no se la puede solucionar inmediatamente.	Sin comentarios.	Creo que son situaciones límites, porque la persona que cae a la guarda, cae porque tiene algo crónico y sobre todo el tema del deceso es una acumulación de patologías			
Categoría 2	Reconocimiento del deceso como situación límite, dada la modificación significativa y alteración sustancial que él mismo produce en el entorno y en las personas.					

P. 3	Ante el deceso de un paciente, ¿cómo reacciona?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Generalmente me pongo mal, triste, me da mucha tristeza por los que quedan más que nada, trato de estar al pendiente, de ver si necesitan algo, darle el consuelo necesario para afrontar la situación.	Cambia el tono de voz al responder.	Generalmente me pongo mal, triste, me da mucha tristeza por los que quedan  trato de estar al pendiente, de ver si necesitan algo, darle el consuelo necesario	Son varias las formas de reaccionar ante el deceso del paciente, entre ellas se puede mencionar ponerse mal, triste, sentir frustración, llorando, hacer silencio interior, fumar un cigarrillo, tomar un mate, hablar con algún compañero, recurrir al ámbito religioso.	Evidencia de variedad de estrategias de afrontamiento que se ponen en práctica ante el deceso de los pacientes.	La racionalización, la religiosidad y el predominio del aspecto emocional, son las estrategias de reacción que más se evidencian en los profesionales.
I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21	Ah, bueno, algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo, otras veces tomando un mate, otras veces hablando con algún compañero, según con el compañero que te toque, porque hay más afinidad más con algunos que con otros, y sino en silencio, llorando por dentro, es la única forma en la que reacciono.	Se pone pensativa al responder.	algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo, otras veces tomando un mate, otras veces hablando con algún compañero, sino en silencio, llorando por dentro	Es notorio que dos informantes lo experimentan como parte del trabajo, lo que evocaría una objetivación del suceso.		

<p>I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15</p>	<p>Y con los años he aprendido a ser más relajada, más segura, de qué es lo que tengo que hacer, de tomarlo un poquito más, podemos decir como normalizarlo que es parte de mi trabajo, pero eso no quiere decir que a veces una reacciono como decía antes, según la situación en la que se dio la muerte de ese paciente</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Y con los años he aprendido a ser más relajada, más segura,  podemos decir como normalizarlo que es parte de mi trabajo</p>			
<p>I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2</p>	<p>Uno se pone triste, se pone en el lugar de la familia, de todo lo que dejó atrás.</p>	<p>Responde con naturalidad.</p>	<p>Uno se pone triste</p>			
<p>I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3</p>	<p>Soy católica, entonces es como muy dentro mío le doy su partida, es algo que a mí me hace bien y me ayuda en este trabajo que tenemos y lo encomiendo a Dios, soy católica y también siento la necesidad de hacerlo, como que creo</p>	<p>Hace énfasis en el aspecto religioso.</p>	<p>Soy católica, entonces es como muy dentro mío le doy su partida, es algo que a mí me hace bien y me ayuda lo encomiendo a Dios  para soltar, que</p>			

	<p>que también no te metes tanto en el tema, pero lo realizas en sí, prefiero hacerlo así.</p> <p>No he visto a otro compañero hacer algo, pero yo necesito hacerlo así, como para soltar, que no me haga mal a mí, porque yo tengo que volver a mi casa.</p> <p>Lo hago en silencio, dentro mío, le pido a Dios que se lleve su alma y que le dé la tranquilidad que necesita para llegar a Él, es como que lo despido; después seguramente lo hará la familia de la forma que quiera, pero yo en mi religión lo realizó así.</p>		<p>no me haga mal a mí, porque yo tengo que volver a mi casa.</p> <p>Lo hago en silencio</p> <p>le pido a Dios que se lleve su alma</p>			
<p>I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2</p>	<p>Y a veces frustrándome, otras veces aceptando que son cosas que tienen que pasar, así como por ahí estamos preparados en cuanto a conocimientos y práctica para poder</p>	<p>Se sonrío antes de responder.</p>	<p>Y a veces frustrándome, otras veces aceptando que son cosas que tienen que pasar</p>			

	realizar una tarea, a veces cuando es inevitable también estamos preparados como para saber que somos nosotros los que tenemos que soportar esa carga.					
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	El primer deceso que tuve en la guardia, si fue algo que lo sentí mucho y después tuve el apoyo de un médico, de un amigo, que me dijo eso es parte de tú trabajo y tenés que ir acostumbrándote, esa fue la mejor preparación que tuve.	Sin comentarios.	El primer deceso que tuve en la guardia, si fue algo que lo sentí mucho  tuve el apoyo de un médico, de un amigo, que me dijo es parte de tú trabajo y tenés que ir acostumbrándote			
Categoría 3	Reacción espiritual, racional y emocional como estrategias de afrontamiento ante el deceso.					

P. 4	¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	<p>Generalmente lo que por ahí puede llegar a ser al límite, es cuando llegan agresivos, la salida en ambulancia donde estamos bastante expuestos, hay domicilios donde no va la policía donde se piensa que está tranquilo y cuando llegas la gente está muy alterada, por ahí uno lo entiende, pero cuando ya se ponen agresivos, ya escapa de la capacidad de uno de mantenerse tranquilo. Creo que una es esa. Dentro mismo de la guardia cuando quieren entrar y patean las puertas, eso también pone un poco tensa la situación.</p>	Sin comentarios.	cuando llegan agresivos, la salida en ambulancia donde estamos bastante expuestos, hay domicilios donde no va la policía donde se piensa que está tranquilo y cuando llegas la gente está muy alterada,	<p>Varias son las situaciones que experimentan como límite, por ejemplo, pacientes y familiares agresivos, la atención prehospitalaria; el dolor ajeno evidenciado en pacientes golpeados, niños, mujeres y mujeres embarazadas; grandes accidentes de tránsito en los que ya nada se puede hacer; carencias e inoperancias del</p>	<p>Reconocimiento de otras situaciones límites como el sufrimiento ajeno, la violencia ejercida por parte de los pacientes y sobre los mismos profesionales y las carencias del sistema de salud.</p>	

<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>Los accidentes grandes, por ahí una situación límite es no poder ayudar en nada a otra persona que por problemas de sistema de salud, de carencia que hay, de carencias de todo no, creo que también son situaciones límites. La inoperancia de mucha gente también, creo que sí, que hay muchas situaciones límites.</p>	<p>Antes de contestar, trata de ordenar las ideas.</p>	<p>Los accidentes grandes.  problemas de sistema de salud, de carencia  La inoperancia de mucha gente también,</p>	<p>sistema de salud y situaciones dónde se experimenta la sensación de que la propia vida se encuentra en peligro.</p>		
<p>I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15</p>	<p>Nosotros antes teníamos en este servicio pediatría y me ponía mucho, pero en esas situaciones, que, con un adulto, siento hasta el día de hoy que por el hecho de no sé si es por tener hijos, o qué, pero cuando tienen que ver con las edades de los niños, me cuesta más reaccionar de una manera fría que con los pacientes adultos.</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>cuando tienen que ver con la edad de los niños, me cuesta más reaccionar de una manera fría</p>			
<p>I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2</p>	<p>Cuando corre peligro nuestra vida, cuando las cosas se salen de su lugar y empieza a.,</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Cuando corre peligro nuestra vida</p>			

	cuando hay situaciones de violencia, eso para mi son situaciones muy límites					
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	El dolor ajeno, más que nada veo a veces las mujeres golpeadas, los niños que son maltratados por sus propios padres, eso para mí es una situación límite, al hecho de que yo soy mamá al hecho de que cuido tanto a mis hijos como a los hijos ajenos también, entonces como que lo tomo de ahí, o como las situaciones de golpes o maltrato hacia las mujeres estando embarazadas, es como que todo es por parte de la mujer, pero creo que es porque son las más débiles, pero no quita que también haya hombres que también merecen el mismo respeto, pero es como que de ese lado se la puede bancar un poco más, pero tampoco es	Hace hincapié en la violencia de género.	El dolor ajeno las mujeres golpeadas, los niños que son maltratados por sus propios padres, eso para mi es una situación límite,  las situaciones de golpes o maltrato hacia las mujeres estando embarazadas			

	así, hay que verlo para todos por igual.					
I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Como por ejemplo cuando alguien nos quiere golpear, o situaciones violentas en contra de nosotros. O por ahí cuando el paciente está, no al borde la muerte, pero sí con un dolor muy intenso, también es desagradable.	Sin comentarios.	cuando alguien nos quiere golpear, o situaciones violentas en contra de nosotros  O por ahí cuando está, con un dolor muy intenso, también es desagradable.			
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	Un problema grave y cómo uno actúa sobre ese problema para poder resolverlo, te pone en situación límite.	Sin comentarios.	Un problema grave y cómo uno actúa sobre ese problema para poder resolverlo, te pone en situación límite.			
Categoría 4	Situaciones de violencia y dolor de las personas son vivenciadas como otras situaciones límites.					

P. 5	¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Generalmente cuando la situación límite se da con el mismo paciente que después tenemos que seguir cuidando o con los familiares que se ponen agresivos, mucho más que el paciente, tenemos que trabajar con un custodio o una vez que se tranquilicen volvemos a retomar la atención, mientras tanto se hace lo primordial, se lo estabiliza bajo las circunstancias que sean y después se va viendo mediante se va tranquilizando todo.	Asiente con la cabeza al contestar.	“cuando la situación límite se da con el mismo paciente que después tenemos que seguir cuidando o con los familiares que se ponen agresivos, mucho más que el paciente, tenemos que trabajar con un custodio”	Todos los informantes reconocen que las situaciones límites van a incidir en la calidad de atención que brinda el profesional, ya sea porque el agresor se calmó pero no dejan de estar en estado de alerta; ya sea	Experimentación de diversas situaciones límites ponen en marcha mecanismos como la defensa, la huida, la racionalización y proyección incidiendo negativamente en la calidad de cuidado ante el paciente.	Afectación directa en la calidad de atención.

<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>Sí claro, pienso yo que inciden porque después tenés que seguir atendiendo a los demás pacientes y tal vez ellos no saben que antes que los atendieras a ellos se te murió un paciente en la misma camilla dónde están sentados sin embargo tenés que brindar la mejor atención y contención. Y si bien tratás de dar lo mejor en ese momento por la situación de la muerte, no estás muy conectado, como que no estás al 100%</p>	<p>Pone énfasis en la respuesta.</p>	<p>Sí claro, pienso yo que inciden porque después tenés que seguir atendiendo a los demás pacientes</p> <p>ellos no saben que antes que los atendieras a ellos se te murió un paciente en la misma camilla dónde están sentados</p> <p>tenés que brindar la mejor atención y contención.</p>	<p>porque luego de obitado un paciente no logran conectarse nuevamente con la atención, en algunos casos hasta llegó a manifestarse a nivel fisiológico de no poder continuar trabajando.</p>		
<p>I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15</p>	<p>Ya llevo 14/15 años en el servicio de guardia, al inicio fue una cosa que me ha costado mi primer código rojo, pero no falleció ahí, sino que falleció después me enteré con el tiempo, pero esa primera situación me dejó en un estado en el que no podía actuar, no podía seguir trabajando, se ve que la adrenalina bajó del todo y fue como que me</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>esa primera situación me dejó en un estado en el que no podía actuar, no podía seguir trabajando, se ve que la adrenalina bajó del todo y fue como que me dejó con los brazos sin poder trabajar</p>			

	dejó con los brazos sin poder trabajar, decí que no hubo más nada ese día, pero con el tiempo eso yo lo he ido superando.					
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	Si, obvio, porque te predispone mal, al médico, al enfermero, a todo el servicio.	Sin comentarios.	Si, obvio, porque te predispone mal al médico, al enfermero, a todo el servicio.			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Es como que dependiendo, en los hombres es como que vos les hablas y sos un poco más seca, se podría decir, muévase, colabore, haga esto; en cambio con las mujeres es como que querés llegar más, darle un poco de contención a la vez, uno no se puede meter en lo que vas a hacer el día después, al paciente no le podes decir nada de eso, pero es como que a la mujer le podes decir quédate tranquila mamá, o ya te van a venir a ayudar o buscar la forma de tratar de decirle al médico quiere que llame a salud mental para que venga a dar contención y	Evidencia en la respuesta una división entre géneros.	querés llegar más, darle un poco de contención (a las mujeres)			

	<p>con los niños creo que desde que tengo hijos, a cada uno de los niños que ingresa les doy la mano, como para que tengan un poco de contención y los hablo por el nombre y apellido y trato de que se olviden un poco por lo que están pasando hasta que llegan al servicio, porque hacemos prehospitario justamente, y dentro del servicio cuando me estoy por retirar y lo dejo en la parte de pediatría, le digo al niño ellos son mis compañeros y de ahora en más te vas a quedar con ellos, cualquier cosa que necesites les preguntas a ellos, me tengo que ir y me despido. Pero es como que necesito que ese paciente quede con la confianza que él venía trayendo conmigo con mis otros compañeros.</p>					
<p>I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2</p>	<p>Si alguien no permite que le ayuden o si alguien nos trata de golpear e insultar, obviamente no por bronca, sino por el simple hecho</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Si alguien no permite que le ayuden o si alguien nos trata de golpear e insultar, (...) sino</p>			

	de que no se deja ayudar, nuestra calidad de atención va a ser diferente. Por otro lado, generalmente cuando pasa algo como un óbito eso me motiva para trabajar más, como una especie de sensación de deuda, así.		por el simple hecho de que no se deja ayudar, nuestra calidad de atención va a ser diferente.  cuando pasa algo como un óbito eso me motiva para trabajar más, como una especie de sensación de deuda, así.			
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	Si, por supuesto, si por ejemplo tenés un paciente politraumatizado, que necesitas en forma inmediata colocar un TET por que tiene las costillas hechas pedazos, son situaciones límites, pero si bien son técnicas que no podemos hacer y lo hace un compañero médico, pero la adrenalina que corre por dentro, te pone en alerta y te dice que tenemos que actuar rápido.	Sin comentarios.	Si, por supuesto.			
Categoría 5	Incidencia negativa y directa de las situaciones límites sobre la calidad de atención al paciente.					

P.6	¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia?, ¿Recuerda cómo lo experimentó?, ¿Cuál fue su actitud?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	El más significativo fue en marzo del año pasado, una nena de 6 años, que entró por puerta de ambulancia, no se le pudo hacer nada, fue atropellada por un auto y fue muy significativo y lo va a seguir siendo porque fue, porque se fue un día antes del cumpleaños de mi hija. Este año igual la recordé, me da mucha tristeza por la familia, creo que, en ese momento, ósea, todo bien se hizo	Mira y acaricia a su hija antes de comenzar el relato.	El más significativo fue en marzo del año pasado, una nena de 6 años  Fue un día antes del cumpleaños de mi hija.	Los informantes evidencian que los decesos que le son más significativos, se encuentran en estrecha vinculación con situaciones personales como el ser madres/padres de menores de edad, pandemia de Covid-19, y otros en relación a hechos sobrenaturales o	Los decesos más significativos se encuentran en relación directa con vivencias personales de los profesionales.	Diversidad de vivencias relacionadas con la cercanía a por parte del personal de enfermería ante el deceso de los pacientes.

	<p>todo lo posible, pero bueno lamentablemente la nena no pudo salir, se contuvo mucho a la familiar, eso hay que destacar esa vez. Al padre, a la madre, a los abuelos, fue algo inesperado para todos, fue un accidente. En el momento tratar de colaborar, porque me fui para otro servicio, a colaborar con la gente del otro servicio y después a colaborar con la familia, pero bueno, me secaba las lágrimas y seguía y trataba de no de hablarles, porque creo que en ese momento no se entiende nada, pero en ese momento de estar acompañándolos, tomándoles la presión, tratando que no pase a mayores, tratando de ver a los abuelos, si con lágrimas en los ojos y un nudo en la garganta permanentemente.</p>			<p>evocando imágenes religiosas.</p>		
<p>I.2 F. AUX. A/P:30.</p>	<p>Y acá en la guardia, fue la muerte de un bebé de 6 meses porque era familiar</p>	<p>Hace énfasis en el tiempo de Covid.</p>	<p>Y acá en la guardia, fue la muerte de un bebé</p>			

A/S:21	de una persona muy allegada a mí y también en tiempo Covid cuando tuve que meter en una bolsa negra a un amigo de mi mama. Esas cosas si, me marcaron mucho, si sí, creo que esas dos, no recuerdo ahora seguramente hay más, pero ahora me vienen a la cabeza esas dos, pero seguramente hay más. Lloré mucho, lloré mucho con el primero y con el segundo me contagié de Covid, ahí nomás me contagié de Covid.		de 6 meses porque era familiar de una persona muy allegada a mí tiempo Covid cuando tuve que meter en una bolsa negra a un amigo de mi mama. Esas cosas sí, me marcaron mucho			
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	Por lo general siempre tuvo que ver con niños y fueron varios en realidad, pero uno tuvo que ver con unos niños que fueron quemados, eran bebés, creo que en Truncado si no me equivoco, se quemaron y los trajeron así, no les pudieron poner una vía en Truncado y los trajeron sin vía, sin nada, y era pincharlos, pincharlos, pincharlos pobrecitos, eran como una	Piensa antes de comentar y hace memoria del momento vivido.	Por lo general siempre tuvo que ver con niños me acuerdo de llegar a casa y querer despertar a mi hijo, abrazarlo y querer verlo que esté vivo.			

	<p>gran ampolla nada más, y fue muy duro porque eran hermanitos.</p> <p>En ese momento trataba de estar como en todas las urgencias, trataba de estar en frío, enfocada, siempre trato de enfocarme, pero muchas veces me caía, una vez que terminaba la situación de urgencia el dolor era fuerte e incluso uno de esos hermanitos era de la misma edad en ese momento y me acuerdo de llegar a casa y querer despertar a mi hijo, abrazarlo y querer verlo que esté vivo.</p>					
<p>I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2</p>	<p>Si, varios me fueron bastantes significativos, por ejemplo, el de la señora que atropellaron, que venía a hacerse controles, una señora sana, muy cuidada, ya jubilada hace poco, fue injusto como murió y bueno, eso para mí fue bastante feo.</p> <p>Triste, porque aparte era la madre de un compañero de trabajo, así que sí, me</p>	<p>Hace una mueca con el rostro por el caso que más le significó.</p>	<p>el de la señora que atropellaron, que venía a hacerse controles</p> <p>porque aparte era la madre de un compañero de trabajo</p>			

	afectó bastante.					
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	No sé qué me pasó ese día pero, había salido una compañera con una doctora por un llamado al 107, llegaron con el paciente en código rojo y comenzamos a actuar todos mecánicamente, uno coloca la vía otro la medicación, el otro circulante, yo recuerdo haberle hecho la vía a la persona y todo y le hicimos todo, doy fe de con esa persona se trabajó con todos los elementos necesarios, se realizaron todas las prácticas y técnicas posibles, se dio la hora del deceso, me doy vuelta para comenzar a armar el libro de actuación de enfermería e iba anotando para luego hacer pasar al familiar y entregar las pertenencias del óbito, en un momento viene el secretario y dice, ya tenemos el nombre y apellido de la persona, y fue algo loco porque yo estaba de espaldas y	Se asombra de no haberse dado cuenta de que su tío, era el paciente que había obitado mientras lo asistía.	me doy vuelta y lo miro y era uno de mis tíos, y yo no logré darme cuenta y ahí es cuando vos decís ¿cómo es que estoy trabajando a veces?			

	<p>cuando el secretario da el nombre de la persona, me doy vuelta y lo miro y era uno de mis tíos, y yo no logré darme cuenta y ahí es cuando vos decís ¿cómo es que estoy trabajando a veces? Porque decis uno trabaja mecánicamente sin darse cuenta, pero porque sabe que está haciendo lo que corresponde y está concentrado en la situación.</p> <p>¿pero a mí que me pasaba en ese momento que no me daba cuenta? igual después pensé si me daba cuenta, qué iba a pasar en mí si me daba cuenta, cómo iba a reaccionar yo, no sé si iban a poder seguir trabajando e iba a ser un personal menos para realizar el trabajo. Después me tocó comentarles a mis primos cómo fue la situación, porque ellos estaban afuera esperando. Porque hay gente que no te conoce y duda de que vos hayas hecho o no todo lo</p>					
--	---	--	--	--	--	--

	<p>que corresponde y te dicen que vos lo dejaste morir, pero no es así. En esa situación hablé con mis primos, les dije que se hizo todo lo posible, pero no se pudo revertir la situación.</p> <p>Doy fe de que se hizo todo lo que estaba al alcance nuestro, pero él (el paciente) no salió.</p>					
<p>I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2</p>	<p>Eso es toda una historia (...) Por ahí uno que ingresó con dolor de pecho y bueno, se estaba infartando, llamaron a terapia y tardaba mucho en subir y el tipo estaba muy frustrado porque, era él, su mujer que tenía una enfermedad y su hijo, su hijo se había muerto y el tipo se estaba lamentando no la posibilidad de su muerte sino porque sabía que, si se llegaba a morir, iba a ser un golpe muy importante para su mujer y se estaba lamentando más por eso que por su propia vida.</p> <p>Y después tardaba en</p>	<p>Suspira antes de contestar y hace una mueca de recuerdo</p>	<p>el tipo estaba muy frustrado por qué, era él, su mujer que tenía una enfermedad y su hijo, su hijo se había muerto y el tipo se estaba lamentando no la posibilidad de su muerte sino porque sabía que, si se llegaba a morir, iba a ser un golpe muy importante para su mujer y se estaba lamentando más por eso que por su propia vida.</p>			

	<p>subir, tardaba en subir a terapia y dejamos que pase su mujer a verlo y el tipo se estaba retorciendo de dolor de repente al ver a su mujer se sintió mucho mejor, y se abrazó y parecía la estatua esa de “la piedad”, y después subió a terapia y nos llamaron porque su mujer se descompensó arriba porque no la dejan ver al marido y la fuimos a buscar y le dimos tratamiento para tratar la ansiedad, después se escapó, se fue a terapia, la seguimos y el médico de terapia le informa que su marido había muerto y la señora llorando se cae al suelo y bueno decía cosas como, qué es eso que me hace pensar, que son momentos que son significativos en la vida de todo el mundo, porque la señora decía como “qué voy a hacer ahora”, le dimos las pertenencias del marido que hace 5 minutos estaba vivo y ahora estaba muerto y</p>		<p>parecía la estatua esa de “la piedad”</p> <p>nos pusimos a llorar los dos. Es increíble cómo se nota que se amaban.</p>			
--	---	--	--	--	--	--

	<p>todas sus cosas estaban dentro de una bolsa y decía “¿ahora cómo voy a volver a mi casa?” porque estaba sola, y hablaba de que su marido hacía estatuas y de repente que ahora iban a quedar todas las cosas que hizo iban a quedar inconclusas y que iba a hacer con todo eso y así es como que nos pusimos a llorar los dos. Es increíble cómo se nota que se amaban.</p> <p>Al mismo tiempo, nos decía una profesora que, si alguna vez una desarrolla las herramientas como para poder afrontarlo de forma menos dolorosa, pero que si en algún momento no te hace mal que se muera un paciente tuyo, dedícate a otra cosa porque significa que ya no tenés empatía. Así que generalmente cuando tengo esa angustia, se que es normal y que está bueno, porque el día que ya no sienta nada significa que ya no soy humano.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

<p>I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10</p>	<p>El más significativo porque nunca, nunca me pasó antes, estuvimos haciendo RCP tres (1 médico y otro enfermero), cuando estábamos haciendo RCP sentimos un golpe en el techo, lo sentimos los tres, que jamás había sentido, como que se desprendió algo del cuerpo del paciente. Los tres nos asustamos, nos miramos, pero seguimos con las maniobras de resucitación. Nos dijimos hasta acá nomás llegamos.</p>	<p>Hace pausa de asombro e incredulidad.</p>	<p>sentimos un golpe en el techo, lo sentimos los tres, que jamás había sentido, como que se desprendió algo del cuerpo del paciente.</p>			
<p>Categoría 6</p>	<p>Cuanto más próximo a la realidad propia del personal de enfermería, más significativo es el suceso.</p>					

<p>P.7</p>	<p>¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero/a y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente?, ¿De qué manera?</p>					
<p>I</p>	<p>RELATO TEXTUAL</p>	<p>COMENTARIOS</p>	<p>R1</p>	<p>R2</p>	<p>R3</p>	<p>R4</p>
<p>I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9</p>	<p>No, yo creo que no incide, creo que todos los decesos son diferentes, nos toca de una manera diferente, todos son tristes y lamentables, pero creo</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>No, yo creo que no incide, creo que todos los decesos son diferentes, nos toca de una manera diferente</p>	<p>Entre los informantes es posible visualizar dos posturas, por un lado, quienes sostienen que la</p>	<p>Relevancia / Priorización del aspecto humano del ser profesional por sobre el</p>	<p>La condición humana ante el deceso de los pacientes es prioritaria ante la experiencia.</p>

	que por ahí hay algunos en particular que no los espera y te toca de una manera diferente.			cantidad de años/experiencia ayudan a afrontar el deceso del paciente, ya que se adquieren herramientas que antes no tenía y por otro lado aquellos que sostienen que los decesos marcan indistintamente debido al factor humano que conlleva.	experiencial.	
I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21	No, no, siempre digo no importa la cantidad sino la calidad, no, se muere una persona y si no es conocido es igual, que tuvo su vida que tiene su familia, siempre digo que hay alguien que te está esperando entonces a ella o a ella también la están esperando y no va a volver más a la casa. Pienso que los años no te dan, no aprendes, ósea, con los años cambias tu forma de pensar a ese nivel, te vas a emocionar, se te va a caer un lagrimón igual que hace 10 años atrás, o más todavía, creo que más todavía.	Sin comentarios.	No, no, siempre digo no importa la cantidad sino la calidad,  con los años cambias tu forma de pensar a ese nivel, te vas a emocionar, se te va a caer un lagrimón igual que hace 10 años atrás, o más todavía, creo que más todavía.			
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	Creo que la experiencia me ayuda un montón a afrontar el deceso de los pacientes, por eso te digo que es una cosa que he incorporado con el	Sin comentarios.	Creo que la experiencia me ayuda un montón a afrontar el deceso de los pacientes, por eso			

	<p>tiempo, pero en mis primeros años fue de gran impacto y que me costó mucho afrontar y seguir adelante y me parece que más me ayudó es a charlarlo con mis compañeros que venían de años arrastrando estas situaciones y a ellos les había pasado exactamente lo mismo.</p>		<p>te digo que es una cosa que he incorporado con el tiempo, pero en mis primeros años fue de gran impacto y que me costó mucho afrontar y seguir adelante</p> <p>más me ayudó es a charlarlo con mis compañeros que venían de años arrastrando estas situaciones y a ellos les había pasado exactamente lo mismo.</p>			
<p>I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2</p>	<p>No, la cantidad de años, no es parte de la vida, es algo que nosotros ya bueno, o nos acostumbramos o nos acostumbramos, es parte de la vida, ya no me incide tanto.</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>o nos acostumbramos o nos acostumbramos, es parte de la vida, ya no me incide tanto.</p>			
<p>I.5 F. AUX.</p>	<p>Creo que así pasen 10 o 15 años yo voy a seguir sintiéndome igual,</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Creo que así pasen 10 o 15 años yo voy a</p>			

<p>A/P: 7. A/S: 3</p>	<p>porque es parte de mi esencia, como persona. Después hay situaciones en las cuales te quedas sentado shockeado hasta que alguien te habla, pero esas cosas creo que no hay que llevarlas a la casa porque te hacen mal y pueden perjudicar el ambiente familiar, hay veces que uno necesita contención y no sabes dónde buscarla, pero en mi persona no va a incidir, voy a seguir trabajando de la misma manera.</p>		<p>seguir sintiéndome igual, porque es parte de mi esencia, como persona.</p>			
<p>I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2</p>	<p>Creo que si dentro de 10 años muere un paciente y no me importa creo que ya no soy un buen profesional.</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Creo que si dentro de 10 años muere un paciente y no me importa creo que ya no soy un buen profesional.</p>			
<p>I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10</p>	<p>Todos los decesos se toman de diferente manera, pero se quedan acá en el trabajo, no viajan conmigo, no van a casa. Quedan en la guardia.</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>Todos los decesos se toman de diferente manera, pero se quedan acá en el trabajo, no viajan conmigo</p>			

Categoría 7	Mayor incidencia del factor humano que del factor experiencial.
-------------	---

P.8	¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso vivido y el último que le tocó vivir?, ¿Cuál ha sido su aprendizaje?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Creo que uno en el transcurso de los años, si bien todos te pegan diferente como dije anteriormente, uno se va apoyando mucho con el		en el transcurso de los años(...)uno se va apoyando mucho con el compañero que	Se evidencia un cambio de actitud ante el afrontamiento, tal vez no es consciente, sin	Evidente cambio de actitud y aprendizaje continuo en cada situación.	

	<p>compañero que te toca, eso influye mucho entre nosotros porque nos tenemos y entre nosotros evaluamos si hubo algo más que se haya podido hacer, qué es lo que pasó y tratamos de consolarnos entre nosotros; pero sí, el primero te impacta que es el primero el cual uno lo recuerda y después va pasando el tiempo, no es que no te impacta, sino creo que uno sabe llevarlo de una manera mejor, estando con el compañero, sabiendo que uno hizo lo posible, para que esa vida siga.</p>		<p>te toca eso influye mucho entre nosotros porque nos tenemos</p>	<p>embargo, los informantes son capaces de describirse objetivamente.</p>		
<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>No sé si aprender, ósea, si tengo un deceso hoy creo que voy a seguir saliendo afuera y voy a llorar también en silencio, si sí, y a lo mejor lloro más, a lo mejor lloro más, si se muere una persona hoy e hice lo imposible para poder salvarlo creo que voy a llorar más, en</p>		<p>No sé si aprender, ósea, si tengo un deceso hoy creo que voy a seguir saliendo afuera y voy a llorar también en silencio,</p>			

	silencio, iré afuera, hablaré con algún amigo, con algún compañero, pero no cambia la forma.					
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	Para mi creo que lo mejor de todo siempre fue poder hablar de estas experiencias con los compañeros de años anteriores y ver cómo lo afrontaban ellos, si bien en alguna situación quise acudir a un profesional, sentía que no me entendía de la misma manera que un compañero que vivía la misma situación que yo, y yo creo que ahí a pesar de los años y la experiencia las situaciones son todas muy distintas y siempre hay algo que te puede marcar a pesar de tener muchos años de experiencia.		lo mejor de todo siempre fue poder hablar de estas experiencias con los compañeros de años anteriores y ver cómo lo afrontaban ellos  siempre hay algo que te puede marcar a pesar de tener muchos años de experiencia.			
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	Desde que empecé a ser enfermera vi la muerte como una de las opciones más		Desde que empecé a ser enfermera vi la muerte como			

	importantes, así que no ha cambiado mucho.		una de las opciones más importantes, así que no ha cambiado mucho.			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Al principio cuando vi que falleció alguien es como que sentí no culpa, porque no es culpa, sino uy, falleció una persona. Pensé y ahora? tendrá hijos, ¿no los tendrá? qué pasará? y en un momento una compañera se dió cuenta de lo que me estaba pasando y me dijo: mirá esta es la hora que le toca a él irse, así que no empieces a querer sentirte mal porque no tiene que ser así, puedes tener tu duelo como persona porque tenés sentimientos, pero no es culpa de nadie, él se tenía que ir y se fue, era su hora y ahí empecé, encima empecé a trabajar en tiempos de pandemia veía correr la camilla de los fallecidos		una compañera se dio cuenta de lo que me estaba pasando y me dijo: mira esta es la hora que le toca a él irse, así que no empieces a querer sentirte mal porque no tiene que ser así, podés tener tu duelo como persona porque tenés sentimientos, pero no es culpa de nadie,  en tiempos de pandemia veía correr la camilla de los fallecidos iba y venía al menos 3 veces en el día en tu turno que se iba			

	<p>iba y venía al menos 3 veces en el día en tu turno que se iba la gente, partía. Como que también lo asimilé más rápido. Tal vez si no hubiese pasado esto de la pandemia, no hubiera asimilado tan rápido la muerte de las personas. Al principio si era chocante, hoy ya no es tanto, depende igual de las situaciones, pero ya no es tanto. Aprendí igual a no llevarlo a mi casa. Creo que lo tengo resuelto.</p>		<p>la gente, partía. Como que también lo asimilé más rápido.</p>			
<p>I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2</p>	<p>Por ahí a perdonarme un poco más. (¿Perdonarte un poco más?) claro, porque hay cosas que son inevitables y al principio me frustraba un montonazo. (¿Sentís culpa?), claro (¿aun habiendo hecho todo lo posible?) claro y aun siendo inevitable a veces no?!, ahora sí ya sé que a veces es inevitable y que, así como a veces nos toca ayudar, como</p>	<p>Ante la respuesta, el observador necesitó repreguntar.</p>	<p>Por ahí a perdonarme un poco más. porque hay cosas que son inevitables y al principio me frustraba un montonazo. (¿Sentís culpa?), claro (¿aun habiendo hecho todo lo posible?) claro y aun siendo inevitable</p>			

	<p>por ejemplo salvar vidas, a veces nos toca estar ahí para acompañar en el proceso de la muerte.</p>		<p>a veces no?!, ahora sí ya sé que a veces es inevitable y que, así como a veces nos toca ayudar, a veces nos toca estar ahí para acompañar en el proceso de la muerte.</p>			
<p>I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10</p>	<p>Si ha cambiado porque aprendí a que no viajen conmigo, se quedan acá en la guardia. Al principio, como te contaba si me afectaba, pero después es como que entendí que es parte de mi trabajo y como todo trabajo es parte del oficio. Aprendí a separar.</p>		<p>Si ha cambiado porque aprendí a que no viajen conmigo, se quedan acá en la guardia. Al principio, como te contaba si me afectaba, pero después es como que entendí que es parte de mi trabajo y como todo trabajo es parte del oficio. Aprendí a separar.</p>			
<p>Categoría 8</p>	<p>Aprendizaje significativo en lo actitudinal frente al acompañamiento de procesos dolorosos.</p>					

P.9	¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9	Una vez que fallece se está atento a la familia y se consuela muchas veces por decir bueno, si es un adulto mayor bueno, vivió		se charla, se habla, creo que muchas veces el hablarlo nos damos ánimo	Cada informante, utiliza diversas herramientas para el	Incorporación y elaboración de diversas estrategias para el afrontamiento del	

	<p>la familia lo acompañó, si es por ahí se muere o se va por alguna enfermedad, bueno la luchó, pero estaba sufriendo.</p> <p>El tema es por ahí cuando son muertes inesperadas uno tiene esa reacción de preguntar ¿por qué? ¿Qué fue lo que pasó?, pero bueno y uno con el compañero igual, se charla, se habla, creo que muchas veces el hablarlo nos damos ánimo entre nosotros y descansamos lo que se pueda descansar un rato y bueno tratar de continuar.</p> <p>Generalmente dependiendo de quién sea si es muy significativo uno llora, trata de buscar consuelo en el otro o buscar un momento afuera, sola, pensar y tratar de volver a estar bien para seguir la atención.</p>		<p>entre nosotros y descansamos lo que se pueda descansar un rato</p> <p>si es muy significativo uno llora, trata de buscar consuelo en el otro o buscar un momento afuera, sola, pensar y tratar de volver a estar bien para seguir la atención.</p>	<p>afrontamiento del deceso de los pacientes desde hablar con los compañeros hasta aquel que continúa con la atención de pacientes sin inmutarse en apariencia. Otros dos recursos el recurrir al ámbito espiritual, al ámbito racional.</p>	<p>deceso de los pacientes.</p>	
<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>Algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo, otras veces tomando un mate, otras</p>		<p>yéndome afuera a fumar otras veces tomando un mate, otras</p>			

	<p>veces hablando con algún compañero, según con el compañero que te toque, porque hay más afinidad más con algunos que con otros, y sino en silencio, llorando por dentro, es la única forma en la que reacciono.</p>		<p>veces hablando con algún compañero sino en silencio, llorando por dentro,</p>			
<p>I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15</p>	<p>Trato de leer, de capacitarme, de que si hubo una situación en la que no me sentí segura, ante un código rojo, llego a casa y trato de leer, de que la próxima vez me agarre con más seguridad o con más tranquilidad o de ver esto lo hice bien o esto lo hice mal bueno, la próxima hay que mejorar y nada, hablarlo, hablarlo, hablarlo, poder sacarlo para afuera, yo creo que eso de guardarse me ha dañado en algún momento e incluso me ha hecho como fría y eso tampoco está bueno, somos personas y atendemos personas y no está bueno atender al otro como si fuéramos robots, sino</p>		<p>Trato de leer, de capacitarme, de que si hubo una situación en la que no me sentí segura, ante un código rojo, llego a casa y trato de leer</p> <p>hablarlo, hablarlo, hablarlo, poder sacarlo para afuera, yo creo que eso de guardarse me ha dañado en algún momento</p> <p>nadie te enseña</p>			

	tratar de poder darle calidad, calidez, de que se sienta bien, contenido, eso. Ha costado porque me parece que nadie te enseña y eso es lo feo al afrontamiento de estas situaciones.					
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	Nada, respirar profundo, y nada, hablar con el cuerquito del paciente, decirle que ya cumplió lo que tenía que cumplir, que ya cumplió su ciclo, siempre hice eso, de hablar al paciente en el momento en el que me quedo sola con el cuerpo y nada, que se vaya en paz.		Nada, respirar profundo, y nada, hablar con el cuerquito del paciente,			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Necesito dentro mío darle la partida a la persona, dentro mío necesito resguardarme en Dios, en Jesús, es así es como que soy muy creyente en la Iglesia Católica y como que me ayuda eso, pero necesito ese espacio para sentarme y decir, bueno, ya está, para que me ayude a mí, para poder		Necesito dentro mío darle la partida a la persona, dentro mío necesito resguardarme en Dios			

	volver y estar tranquila y seguir trabajando.					
I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Por ahí aun habiendo sucedido el óbito siempre hay un respeto por ese individuo y eso me da tranquilidad y después poder charlarlo con algún amigo.		poder charlarlo con algún amigo.			
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	Continúo con otro paciente, es la forma de ver que es lo que tiene el paciente que requiere de la atención de enfermería, ósea, continúo trabajando. No me moviliza a estacionarme o a preguntarme qué pasó, creo que a uno le ayuda a mejorar esa parte.		Continúo con otro paciente			
Categoría 9	Pluralidad de herramientas emocionales, racionales, retrospectivas estratégicamente aplicadas.					

P. 10	¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4
I.1 F. AUX.	Sólo en el tiempo de la pandemia nos habían	Sin comentarios.	en el tiempo de la pandemia	Todos los informantes	Apoyo mutuo	

<p>A/P: 11. A/S: 9</p>	<p>dicho que el equipo de salud mental iba a dar una mano, tuvimos una sola reunión y nada más. Y generalmente no tenemos ayuda, sólo la de los compañeros.</p>		<p>una sola reunión y nada más.  generalmente no tenemos ayuda, sólo la de los compañeros.</p>	<p>coinciden en que no han tenido ayuda (profesional) de nadie para el afrontamiento de tal situación.</p>	<p>entre los compañeros de trabajo por la confianza y vivencia del mismo proceso.</p>	
<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>Creo que la gran mayoría en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos sabiendo que se puso todo lo humanamente posible para salvar a esa persona y no se pudo y bueno, no recibí ningún tipo de ayuda. A veces hubiera querido hablar con alguien del sistema de salud o del sistema que hay acá pero no se pudo, entre nosotros nomás. Nadie te da una contención ni el sistema de salud mental tendría que dar una contención por lo menos una vez a la semana una vez al</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos</p>	<p>Sin embargo, refieren que entre compañeros se apoyan mutuamente.</p>		

	mes, pero no tienen nada, no tienen protocolos, sería importante que la gente se preocupe por quienes cuidamos a las otras personas.					
I.3 F. LE. A/P:16. A/S: 15	La ayuda de mis compañeros, como dije varias veces, es muy importante ya que están y viven la misma situación que uno y te puede comprender más y mejor que tal vez otro profesional.	Sin comentarios.	La ayuda de mis compañeros,			
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	No, jamás.	Sin comentarios.	No, jamás.			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Acá no tengo contención, no tengo psicólogos que te digan, che necesito que vengas porque necesito saber cómo quedaste después de esta situación, es como que quedó en una nebulosa, que hasta ahora no lo he podido solucionar.	Sin comentarios.	Acá no tengo contención			

I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Por ahí siempre que sucede por ahí con los compañeros que pasaron, algunos, charlamos y vemos como fue nuestro comportamiento y bueno eso es útil para saber si se hizo todo correctamente, ¿no? y si se hizo algo malo, para que no se vuelva a repetir jamás.	Sin comentarios.	por ahí con los compañeros que pasaron, algunos, charlamos			
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	No, nunca recibí ayuda (profesional).	Sin comentarios.	No, nunca recibí ayuda. (profesional)			
Categoría 10	Apoyo y contención mutua entre el personal de enfermería.					

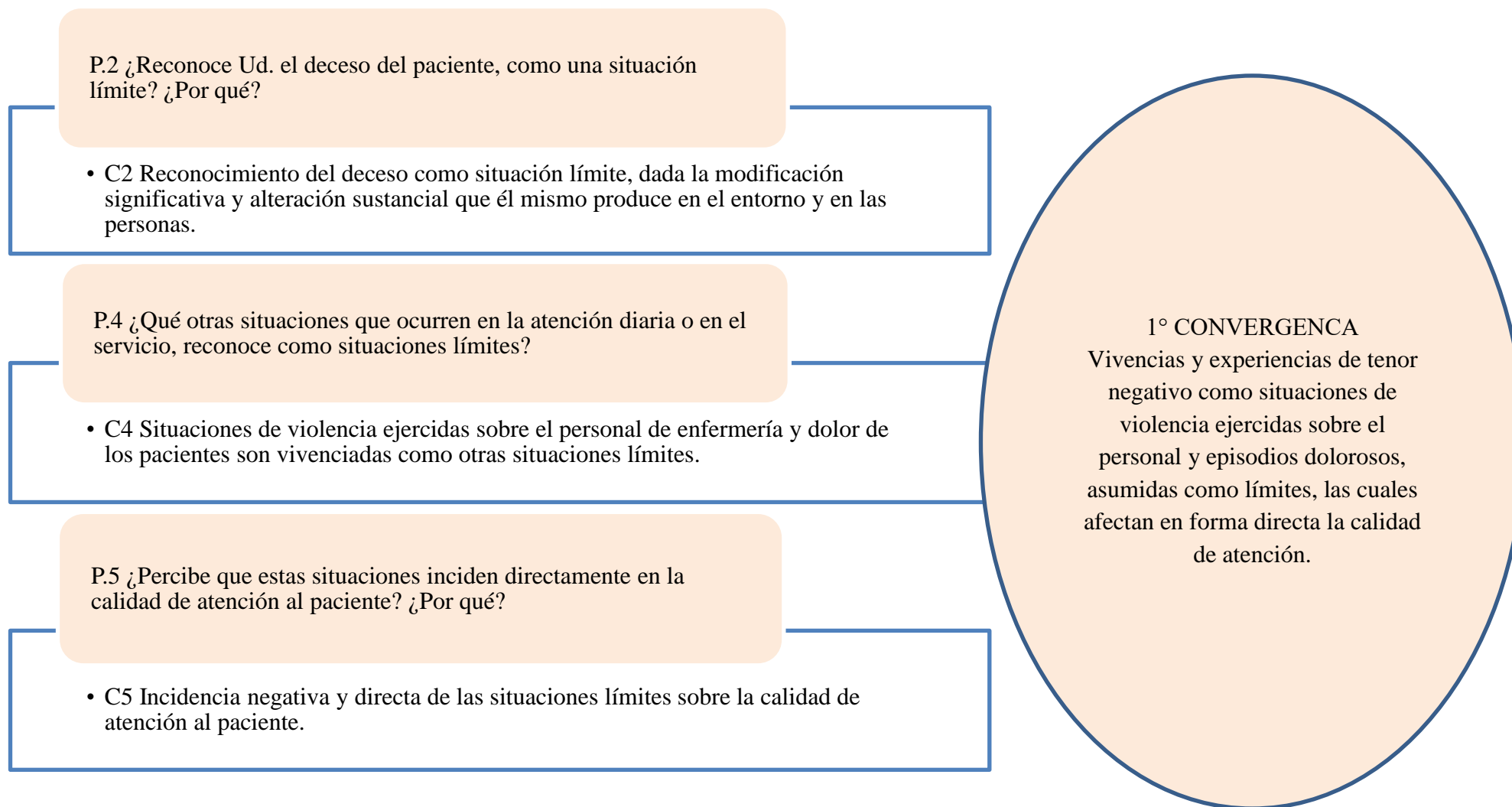
P. 11	¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?					
I	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	R1	R2	R3	R4

<p>I.1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9</p>	<p>El acompañamiento de los compañeros es fundamental y sería igual una buena opción del médico, depende del médico que te toca, igual te ayuda no generalmente, pero la mayoría va, te ve, hablamos, pero tratamos de tener esa pausa, no sólo para hablarlo con el compañero, sino también para pensarlo uno mismo también, por ahí ver si se pudo haber hecho algo más, otra cosa o no. Es fundamental el compañerismo.</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>El acompañamiento de los compañeros es fundamental</p>	<p>Coinciden en que el acompañamiento entre los compañeros es fundamental, sin embargo, es llamativo que hagan referencia a que depende de con qué compañero se esté en ese momento, el acompañamiento es más fluido o no.</p>	<p>Compañerismo como piedra fundamental para afrontar las situaciones límites.</p>	
<p>I.2 F. AUX. A/P:30. A/S:21</p>	<p>Creo que la gran mayoría en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos sabiendo que se puso todo lo humanamente posible para salvar a esa persona y no se pudo y bueno,</p>	<p>Sin comentarios.</p>	<p>nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos</p>			
<p>I.3 F. LE. A/P:16.</p>	<p>Mucho, mucho, a mi me parece muy importante y más importante que un</p>	<p>Asiente con la cabeza.</p>	<p>a mi me parece muy importante y</p>			

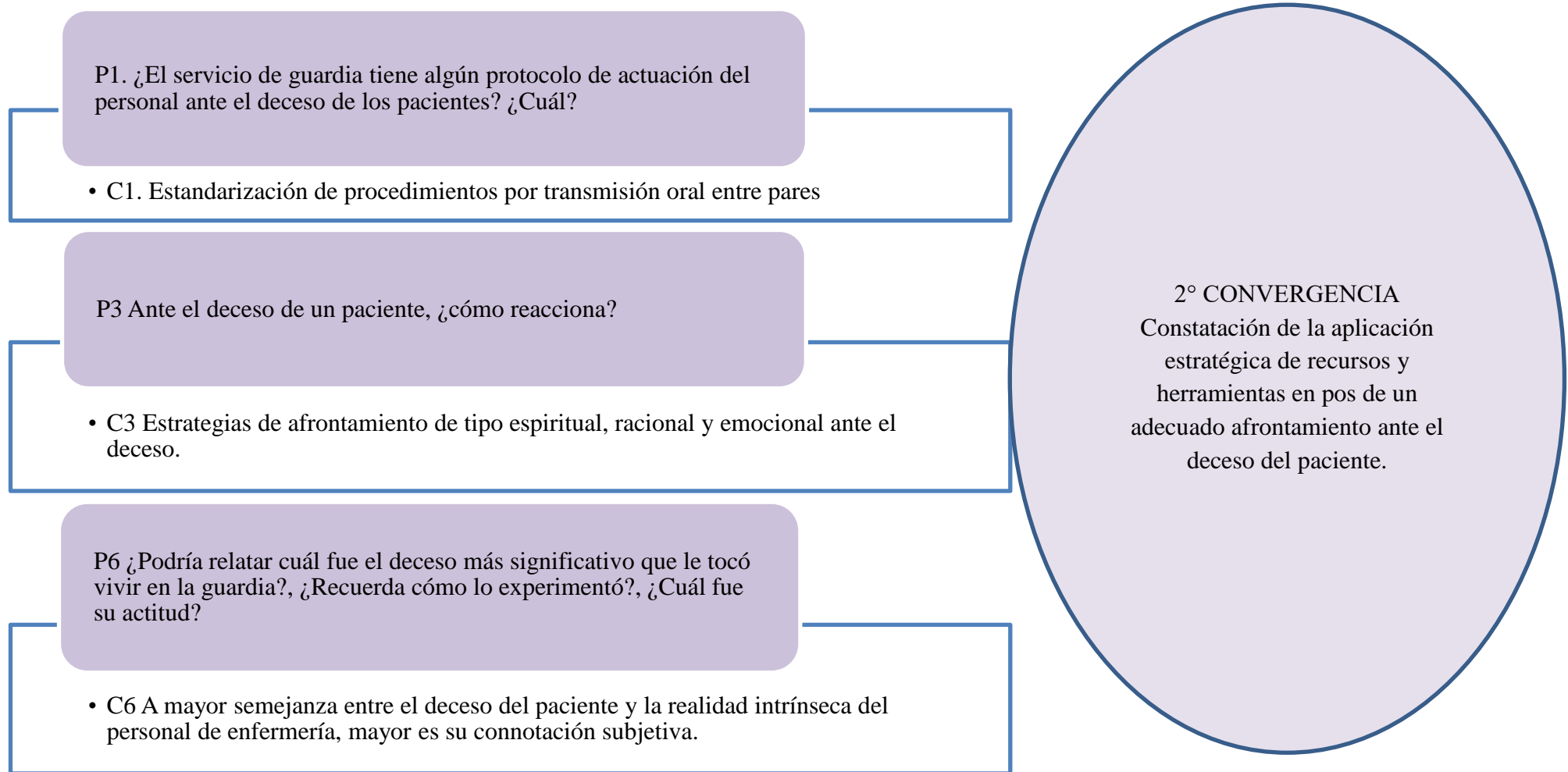
A/S: 15	profesional es tener el acompañamiento de mis compañeros, yo creo que estamos en la misma situación que uno y pueden comprender más o tener empatía con la situación que uno está pasando que otro de afuera.		más importante que un profesional es tener el acompañamiento de mis compañeros,			
I.4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2	Si incide mucho, más cuando son paros que llegan a la guardia, y haces un resumen de lo que sucedió, de los que pasó, de lo que nos faltó y charlar con algún compañero que está hace más tiempo que está, te sirve un montón.	Sin comentarios.	charlar con algún compañero que está hace más tiempo que está, te sirve un montón.			
I.5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3	Depende de los compañeros, no todos contribuyen, he notado algunos compañeros que vienen y te dan un abrazo porque saben que estás haciendo tu pequeño duelo de la persona que no conoces, pero el sentimiento está, vienen y te abrazan y me ofrecen un mate o me	Sin comentarios.	Depende de los compañeros			

	dicen que me quede tranquila.					
I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2	Claro, a veces nos vemos todos consternados, y no todos, pero con algunos nos acompañamos entre nosotros, diferente a otros que realmente no les importa. Pero si, y depende de los compañeros, incide porque nos apoyamos.	Asienta con la cabeza.	Pero si, y depende de los compañeros, incide porque nos apoyamos.			
I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10	Creo que entre los compañeros nos damos un apoyo especial, podemos hablar y creo que es un cable a tierra, por ejemplo, con los amigos profesionales, amigos médicos, algunos otros enfermeros con más años de antigüedad te acompañan en esos momentos que muchas veces son difíciles.	Sin comentarios.	Creo que entre los compañeros nos damos un apoyo especial, podemos hablar y creo que es un cable a tierra,			
Categoría 11	Reconocimiento del compañerismo como factor imprescindible para el afrontamiento ante el deceso del deceso.					

### 3.4) CATEGORÍAS Y CONVERGENCIAS FINALES



*Nota del Editor: Con fines prácticos, la 2da Convergencia se dividirá en 2 (dos) partes, para una mejor visualización.*



P7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años, tanto como Enfermero/a en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente?, ¿De qué manera?

- C7 Mayor valoración positiva del factor humano que del factor experiencial

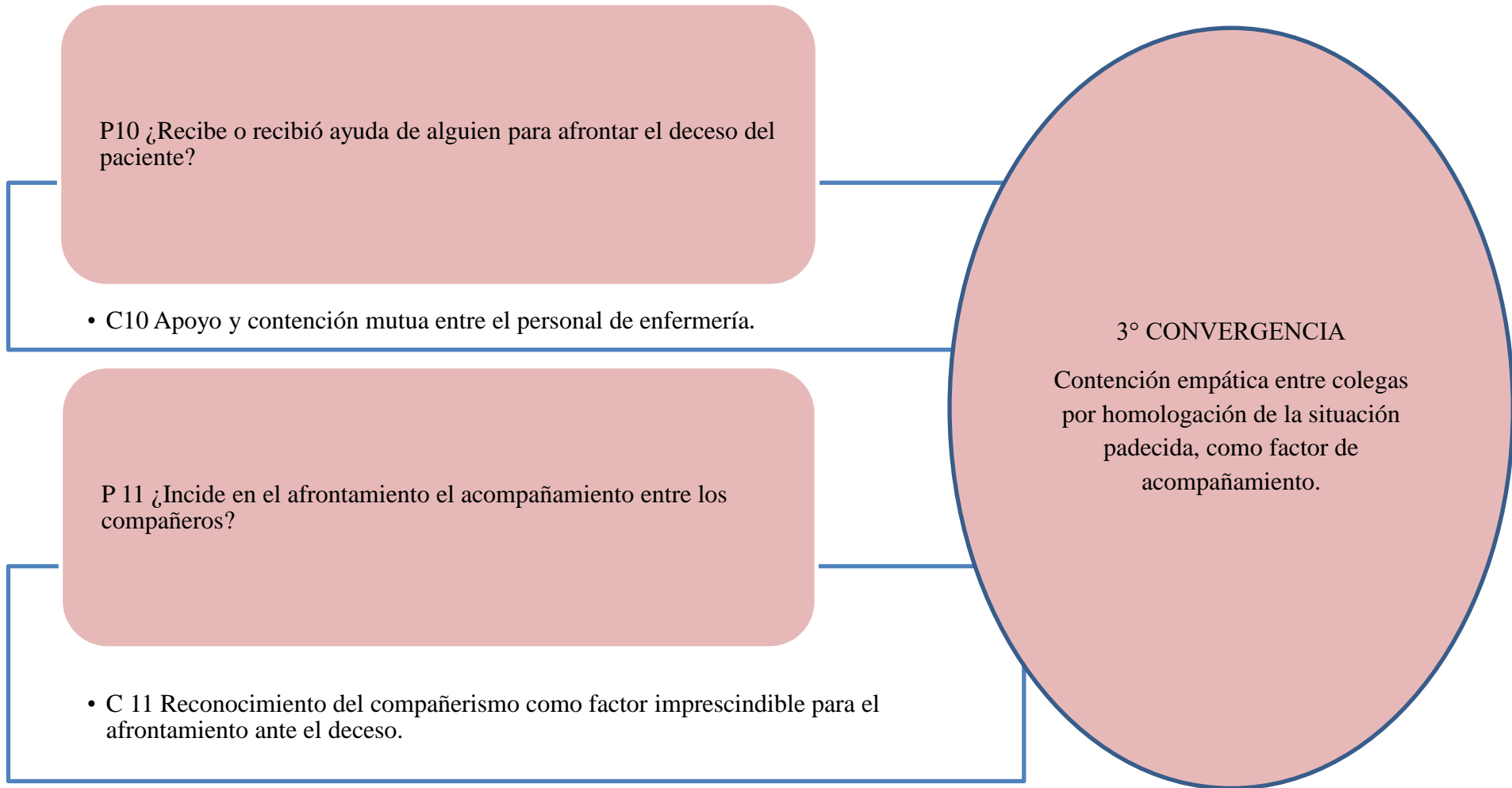
P8 ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso vivido y el último que le tocó vivir?, ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

- C8 Aprendizaje significativo en el plano actitudinal frente al acompañamiento de procesos dolorosos

P9 ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

- C9 Pluralidad de herramientas tanto emocionales, racionales, retrospectivas, estratégicamente aplicadas.

2° CONVERGENCIA  
Constatación de la aplicación  
estratégica de recursos y  
herramientas en pos de un  
adecuado afrontamiento ante el  
deceso del paciente.



### 3.5) INTERPRETACIÓN DE CONVERGENCIAS

Habiendo concluido la construcción de las categorías, se han elaborado 3 (tres) convergencias, que a continuación enunciaremos e interpretaremos a la luz del sustento teórico seleccionado, el estado del arte y la relación convergente con los objetivos generales propuestos en esta investigación.

#### **Convergencias:**

1º). Vivencias y experiencias de tenor negativo como situaciones de violencia ejercidas sobre el personal y episodios dolorosos, asumidas como límites, las cuales afectan en forma directa la calidad de atención. (Elaboradas con las Categorías N°2, N°4 y N°5.)

2º). Constatación de la aplicación estratégica de recursos y herramientas en pos de un adecuado afrontamiento ante el deceso del paciente. (Elaborada con las Categorías N°1, N°3, N°6, N°7, N°8 y N°9).

3º). Contención empática entre colegas ante vivencias semejantes, como factor de acompañamiento. (Elaborada con las Categorías N°10 y N°11).

### 3.6) INTERPRETACIÓN

PRIMERA CONVERGENCIA: *“Vivencias y experiencias de tenor negativo como situaciones de violencia y episodios dolorosos asumidas como límites las cuales afectarán en forma directa la calidad de atención.”*, tratará de dar respuesta al primer objetivo propuesto que estriba en *“Analizar las vivencias de los profesionales de enfermería ante las situaciones límites”*.

El servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia se compara, metafóricamente hablando, a un caleidoscopio, en tanto que son múltiples las formas y colores que experimenta el observador, de igual manera sucede en el Servicio antes mencionado, en cuanto que son múltiples las situaciones a las que el personal de Enfermería se enfrenta de manera cotidiana sin olvidar que no sólo realizan atención Hospitalaria, sino también se abocan a la atención Prehospitalaria, lo que adiciona una arista más al cúmulo de situaciones a las que deben de hacer frente cotidianamente.

En esta primera convergencia es a través del relato de los informantes que trataremos de dar cuenta de aquellas situaciones a las que se encuentran expuestos y que deben de hacer afrontar, para ello es necesario subdividir en dos partes dicha convergencia; la primera sección se encargará de abarcar todas aquellas vivencias y experiencias que los informantes asumen y viven como situaciones límites y la segunda sección cómo todas ellas inciden en la calidad de atención del paciente.

Primera parte: La situación de deceso del paciente es vivenciada por todos los informantes como una situación límite, evocamos aquí “la voz” de los profesionales “respetando su lenguaje” que dan cuenta de esta aseveración. Al decir de Barker (2000), quien reconoce que es necesario valorar *la voz: la historia de la persona es el principio y el final de todo el proceso de ayuda; el énfasis se coloca en la narrativa de la persona a través de su propia voz. (...) Se busca alentar la voz verdadera de la persona (...), respetando su lenguaje, es decir su forma única de expresar su historia de vida. Se anima a la persona a hablar en sus propias palabras, en su voz característica.*<sup>20</sup>

*“Y si, es una situación límite, porque creo que en el momento se vive mucho estrés, para que no ocurra, para que no se nos vaya el paciente (...)” (I1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9).*

*“Pienso que sí, que lo es, porque esa persona tiene familia, tiene hijos, tiene padres tiene familia, tiene amigos que lo quieren y si, es una situación límite, también uno es humano uno siente, siente tristeza, el día que no sientas tristeza ya está, retírate, anda a vender ropa, una cosa así, si es una situación límite y te va marcando, de a poco muy sutilmente, se va marcando en la vida.” (I2 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

*“Si, cada vez que tenemos que actuar ante un paro o cada vez que tenemos que actuar ante una persona que está en código rojo o está con la posibilidad de fallecer, es una situación límite en la que todos corremos, en la que todos sabemos lo que tenemos que hacer, pero muchas veces ya sea por la edad (del paciente), ya sea porque es un niño toca más fuerte, se toma de una forma más delicada, según la situación en la que se encuentra esa persona.” (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15)*

---

<sup>20</sup> Barker, P. El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental (2000). et Alligood, M.R; Tomey, A. M. y coll; Modelos y Teorías en enfermería, 7ma edición, 2011. ELSEVIER, España.

*“Si, es una situación límite, más para el paciente que para nosotros, (Repregunta. ¿Por qué?) por qué finaliza su estadía en el plano actual en el que vivimos, para ellos es una situación límite y nosotros somos parte de ello”. (14 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“Si, la verdad que sí, porque es un cambio drástico para la vida de todos incluyéndonos a nosotros, porque estamos acá y lo vemos y es así cuando pensas antes de armar tu cuaderno de enfermería, decís que dejará ese paciente, porque seguramente tiene un trabajo, tiene familia, hijos, madres, porque las madres son un punto principal en la vida de cada uno de nosotros.” (15 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3).*

*“Si, sin duda porque en cierto modo porque es frustrante, como que siempre queda la duda de si no podés hacer algo, a veces aún entiende que se hizo todo lo posible y no fue suficiente o que directamente eso era algo que tenía que pasar. Pero que es una situación límite para todo el entorno y que todos los días después de lo que hicimos no va a volver a nunca a volver a ser lo mismo para el entorno del paciente hace que si, que sea una cosa que es absolutamente significativa.” (16 M. U. A/P: 4. A/S: 2).*

*“Creo que son situaciones límites, porque la persona que cae a la guarda, cae porque tiene algo crónico y sobre todo el tema del deceso es una acumulación de patologías que no se la puede solucionar inmediatamente.” (17 M. T. A/P: 31. A/S: 10).*

“La muerte se encuentra diariamente en la actividad profesional de enfermería y es un tema que causa diversidad de sentimientos. Esta experiencia es común a todas las enfermeras y se encuentra influenciada por diversos factores: la experiencia laboral, unidad de trabajo, creencias religiosas, educación previa y edad del fallecido. (...) La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de las personas, pudiendo ser, no la muerte sino la representación anticipada de la muerte lo que inspira horror. (...) es indiscutible que en su mayoría las escenas de muerte se dan dentro de los contextos hospitalarios en donde el personal de salud es testigo de ello.”<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019.

Además del deceso de los pacientes en el servicio de Emergencias, los informantes dan cuenta de otras situaciones que también las experimentan y las viven como situaciones límites, para poder identificarlas, es necesario recurrir al decir del informante.

*“(...) cuando llegan agresivos, la salida en ambulancia donde estamos bastante expuestos, hay domicilios donde no va la policía donde se piensa que está tranquilo y cuando llegas la gente está muy alterada (...)” (I1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9).*

*“Los accidentes grandes, por ahí una situación límite es no poder ayudar en nada a otra persona que, por problemas de sistema de salud, de carencia que hay, de carencias de todo no, creo que también son situaciones límites.” (I2 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

*“(...) cuando tienen que ver con la edad de los niños, me cuesta más reaccionar de una manera fría que con los pacientes adultos.” (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15)*

*“Cuando corre peligro nuestra vida, cuando las cosas se salen de su lugar (...) cuando hay situaciones de violencia, eso para mí son situaciones muy límites.” (I4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“El dolor ajeno, más que nada veo a veces las mujeres golpeadas, los niños que son maltratados por sus propios padres, eso para mí es una situación límite (...)” (I5 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“Como por ejemplo cuando alguien nos quiere golpear, o situaciones violentas en contra de nosotros. O por ahí cuando el paciente está, no al borde la muerte, pero sí con un dolor muy intenso, también es desagradable.” (I6 M. U. A/P: 4. A/S: 2).*

La violencia ejercida contra los profesionales de la salud por parte de los mismos pacientes o de sus familiares, el sufrimiento ajeno tanto de niños como de adultos, los grandes accidentes que provocan la sensación de impotencia, son todas vivencias y experiencias que se encuentran en consonancia con las “situaciones límites” que postula Jaspers (1919), “las que señalan las crisis de la existencia humana en las que ese conflicto y su significado se hace más agudo y trágicamente claro. Jaspers remite a cuatro situaciones particulares (de las cuales

tomaremos sólo las dos primeras): la muerte y el sufrimiento (abarcando todas las dimensiones del ser humano).

*“El dolor ajeno, más que nada veo a veces las mujeres golpeadas, los niños que son maltratados por sus propios padres, eso para mí es una situación límite (...)” (15 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

No debemos olvidar que estas situaciones son generadoras de estrés, que según la OMS (2016) nos indica que es: *“un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades”* en el personal, lo cual también nos remite a Reig y Caruana (1987), quienes han identificado un grupo de estresores de los cuales: el *“Contacto con el dolor y la muerte: (...) donde el profesional de enfermería siente gran responsabilidad sobre la vida, la salud y el cuidado de otras personas”*; el *“Conflicto de pacientes y sus familiares: (...) los profesionales de enfermería se enfrenta a un usuario más informado, con mayor conciencia de sus derechos como ciudadano, más exigente y dispuesto a demandar legalmente”* y las *“Situaciones urgentes y graves: donde debe tomar en muchas ocasiones decisiones rápidas que pueden comprometer el bien del paciente (...)”* dan cuenta del nivel de estrés al cual se encuentran sometidos los profesionales de enfermería en el Servicio de Urgencias/Emergencias, sin olvidar que particularmente los informantes poseen el servicio 107 dentro de sus funciones.

*“Y si, es una situación límite (el deceso del paciente), porque creo que en el momento se vive mucho estrés, para que no ocurra, para que no se nos vaya el paciente (...)” (11 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9).*

Evidenciamos también como de manera implícita el profesional de enfermería comprende lo que Estacanti (1995), de forma explícita define y comprende a *“la muerte como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre, símbolo de la finitud del ser, que sufrida de forma impotente y pasiva no está en manos del hombre poder evitarla. Con ella terminan los procesos biológicos fundamentales, pero también las relaciones sociales del hombre.”* También se observa que *“la gran mayoría de los profesionales consideran a la muerte como inevitable y natural (en algunos pacientes ya que se torna incomprensible y hasta se cuestiona cuando quien obita es un*

menor de edad) presentando dificultad en comprender el proceso de muerte y morir y su representación en este contexto, pues se sienten fracasados e impotentes cuando un paciente muere. Con esto los profesionales acaban con sensaciones de dolor por la pérdida, o sentimientos de negación, insatisfacción, tristeza y hasta rabia por no conseguir mantener la vida del paciente (...).<sup>22</sup>

*“Si, es una situación límite, más para el paciente que para nosotros, (Repregunta. ¿Por qué?) por qué finaliza su estadía en el plano actual en el que vivimos, para ellos es una situación límite y nosotros somos parte de ello”. (14 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“Si, la verdad que sí, porque es un cambio drástico para la vida de todos incluyéndonos a nosotros, porque estamos acá y lo vemos (...) decís que dejará ese paciente, porque seguramente tiene un trabajo, tiene familia, hijos, madres, porque las madres son un punto principal en la vida de cada uno de nosotros.” (15 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3).*

*“Si, sin duda porque en cierto modo porque es frustrante, como que siempre queda la duda de si no podés hacer algo, a veces aún entiende que se hizo todo lo posible y no fue suficiente o que directamente eso era algo que tenía que pasar. ....” (16 M. U. A/P: 4. A/S: 2).*

Todo lo que antecede es experimentado y vivenciado como negativo por los profesionales, lo cual incide de forma directa en la calidad de atención al paciente y a la familia, evidencia que observamos en esta Segunda parte, sobre la relación directa que relatan los informantes:

*“cuando la situación límite se da con el mismo paciente que después tenemos que seguir cuidando o con los familiares que se ponen agresivos, mucho más que el paciente, tenemos que trabajar con un custodio” (11 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9).*

*“Sí claro, pienso yo que inciden porque después tenés que seguir atendiendo a los demás pacientes.” (12 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

---

<sup>22</sup> Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019.

*“(...) esa primera situación me dejó en un estado en el que no podía actuar, no podía seguir trabajando, se ve que la adrenalina bajó del todo y fue como que me dejó con los brazos sin poder trabajar.” (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15)*

*“Si, obvio, porque te predispone mal al médico, al enfermero, a todo el servicio. (I4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“Si alguien no permite que le ayuden o si alguien nos trata de golpear e insultar, (...) sino por el simple hecho de que no se deja ayudar, nuestra calidad de atención va a ser diferente.” (I6 M. U. A/P: 4. A/S: 2).*

Situaciones que ponen en tensión permanente en la relación mutua que se establece entre aquel que es el encargado de brindar un cuidado de tipo integral holístico y a aquel que es objeto de ese cuidado. Baker lo resume diciendo que “Las enfermeras y las personas cuidadas entablan una relación basada en la influencia mutua. El cambio es constante; hay cambios en la relación y entre los participantes de la relación.”<sup>23</sup> No debemos olvidar que “la enfermería es un servicio humano ofrecido por un grupo de seres humanos a otros. Existe un poder dinámico en el arte de cuidar; una persona tiene la obligación de asistir a otra.” (Barker, 1996b, p.4). Si el cuidado está en relación con la influencia mutua, es evidente según los informantes lo relatan, que su forma de cuidar estará condicionada a cada situación límite. Situaciones que son *Aspectos de una situación*, al decir de Patricia Benner (1984a), en cuanto que *son elementos recurrentes, situacionales y significativos que se reconocen y se comprenden en el contexto (...)*, dada “*la interpretación personal de la situación depende del modo en que el individuo se encuentre en ella*” (Benner y Wrubel, 1989, p. 84) y por lo tanto actúe en consecuencia.

Todo lo hasta aquí expuesto, inductivamente nos conduce a desembarcar en el Modelo de la Marea, de Phil Barker (2000), ya que análogamente podemos pensar al servicio de emergencias médicas desde este modelo teórico, el cual se centra en lo impredecible de la experiencia humana a través de la metáfora del agua. La vida es un viaje realizado en un océano de experiencias (servicio de emergencias). Todo desarrollo humano, incluidas las experiencias de la salud y la enfermedad, (y la relación mutua que se establece en el cuidado brindado hacia el

---

<sup>23</sup> Barker, P. (1997) El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. et Alligood, M.R; Tomey, A. M. y coll; Modelos y Teorías en enfermería, 7ma edición, 2011. ELSEVIER, España.

paciente) comportan descubrimientos realizados en ese viaje a lo largo del océano de experiencias.

Metafóricamente el personal de enfermería, de igual manera que los grandes buques que surcan las aguas del océano con su valiosa carga, necesitan en ciertas circunstancias de un “práctico de puerto” para poder atracar en los muelles sin correr peligro alguno. Este “práctico” es quien se encarga de conducir a los imponentes navíos por los estrechos acantilados oceánicos y las costas marítimas, sorteando con experticia tanto la geografía marina como el oleaje impetuoso por momentos y apacible en otras circunstancias, de manera similar, las estrategias, herramientas y recursos vienen en ayuda del personal de enfermería, cuál práctico”, para hacer frente a lo inesperado del quehacer de enfermería en cada guardia.

SEGUNDA CONVERGENCIA: *“Constatación de la aplicación estratégica de recursos y herramientas en pos de un adecuado afrontamiento ante el deceso del paciente”* intenta dar respuesta a los objetivos planteados de *“Describir cuales son los mecanismos utilizados por los profesionales de enfermería, para afrontar la muerte de un paciente.”* y *“Comprender cuales son las estrategias utilizadas para afrontar el deceso del paciente.”*

“El enfrentar la muerte es un proceso difícil y la atención a los seres humanos es compleja y llena de connotaciones bio-psico-sociales que deben ser tenidas en cuenta (...) La muerte que sucede en el servicio de emergencia no es igual a lo de los demás servicios, sucede de manera súbita, no es anunciada y genera mayor impacto para el personal de enfermería y en la familia del paciente fallecido.”<sup>24</sup>

“El adoptar medidas de afrontamiento eficaces asegurará un cuidado digno y de calidad a los pacientes; esto a la vez generará una calidad de vida laboral y motivación por el trabajo. Se conoce el afrontamiento como un proceso dinámico en el cual se originan cambios a partir de la interacción del individuo con su entorno variante, a razón de la continuidad de evaluaciones de esta relación que hace el individuo.”<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019.

<sup>25</sup> Cirineo, N. F., & Mathews, M. Z. I. S. Estrategias de Afrontamiento para la reducción del estrés en el profesional de enfermería del servicio de emergencia.2021.

Para poder hacer frente al evento del deceso, es necesario regresar aquí a lo que se ha definido como Estrategias de afrontamiento, la cual concebimos como: “*«aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo»* (Lazarus y Folkman, 1986, pág. 164).

En consonancia con este concepto, podemos observar en los relatos de los informantes cómo cada uno de ellos ponen en práctica estos procesos y en los fragmentos seleccionados se puede constatar algunos de los Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1985) han desarrollado como, por ejemplo, el *Distanciamiento*, como intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno:

*“(...) buscar un momento afuera, sola, pensar y tratar de volver a estar bien para seguir la atención.” (I1 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9).*

*“algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo (...)” (I2 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

El *Autocontrol*, como esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales:

*“(...) como normalizarlo que es parte de mi trabajo (...)” (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15).*

*“Trato de leer, de capacitarme (...) llego a casa y trato de leer, de que la próxima vez me agarre con más seguridad” (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15).*

El *Escape-evitación*, con el empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos:

*“(...) otras veces tomando un mate (...) (I2 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

*“Continúo con otro paciente, es la forma de ver que es lo que tiene el paciente que requiere de la atención de enfermería, ósea, continúo trabajando (...) (I7 M. T. A/P: 31. A/S: 10)*

Surge además la conducta de tipo religiosa, al decir de un informante cuando refiere:

*“Soy católica, entonces es como muy dentro mío le doy su partida, es algo que a mí me hace bien y me ayuda en este trabajo que tenemos y lo encomiendo a Dios (...) Lo hago en silencio, dentro mío, le pido a Dios que se lleve su alma y que le dé la tranquilidad que necesita para llegar a Él (...) (15 F. AUX. A/P: 12. A/S:2).*

*“Nada, respirar profundo, y nada, hablar con el cuerquito del paciente, decirle que ya cumplió lo que tenía que cumplir, que ya cumplió su ciclo (...)” (14 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

*“En ocasiones la enfermera se muestra empática, explica de acuerdo a la cultura de cada familia, ofrece palabras de consuelo, comprensión y apoyo o gestos (...)”<sup>26</sup>*

*(...) se contuvo mucho a la familia, (...) al padre, a la madre, a los abuelos (...). trato de estar al pendiente, de ver si necesitan algo, darle el consuelo necesario para afrontar la situación”  
(11 F. AUX. A/P: 11. A/S: 9)*

*(...) En esa situación hablé con mis primos, les dije que se hizo todo lo posible, pero no se pudo revertir la situación. Doy fe de que se hizo todo lo que estaba al alcance nuestro, pero él (el paciente) no salió.” (15 F. AUX. A/P: 12. A/S:2)*

Hasta aquí se fueron presentando todas aquellas estrategias, recursos y herramientas que pertenecen al fuero interno de cada uno de los informantes, aprehendidas a través del tiempo y que son puestas en práctica de manera oportuna, ante cada situación por la que deben de atravesar.

Es necesario dar paso ahora, a un dato que se dio de forma iterativa en todas las narrativas y por ende significativo como factor común, como lo es la importancia y relevancia que los informantes le otorgan al acompañamiento que se suscita entre los compañeros de trabajo, a la hora de afrontar las situaciones límites, sin importar el origen causante de la misma.

**TERCERA CONVERGENCIA:** *“Contención empática entre colegas por homologación de la situación padecida, como factor de acompañamiento”.*

Todas las vivencias experimentadas hasta aquí por los informantes desembocan en esta convergencia, dónde fenomenológicamente podemos observar que la contención entre colegas,

---

<sup>26</sup> Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019.

es un elemento necesario y esencial para afrontar no sólo el deceso del paciente, sino también todas aquellas situaciones que, al decir de los profesionales de enfermería, vivencian a diario en la atención del paciente en el servicio de emergencias médicas.

La *búsqueda de apoyo social*<sup>27</sup>, comprendido como acudir a otras personas para buscar ayuda o también comprensión y apoyo emocional.

*“Creo que uno en el transcurso de los años, (...), uno se va apoyando mucho con el compañero que te toca, eso influye mucho entre nosotros porque nos tenemos (...) tratamos de consolarnos entre nosotros (...) creo que uno sabe llevarlo de una manera mejor, estando con el compañero (...).” (IIF. AUX. A/P: 11. A/S: 9)*

*“Creo que la gran mayoría en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos sabiendo que se puso todo lo humanamente posible para salvar a esa persona (...).” (I2 F. AUX. A/P:30. A/S:21)*

*(...) hablarlo, hablarlo, hablarlo, poder sacarlo para afuera, yo creo que eso de guardarse me ha dañado en algún momento e incluso me ha hecho como fría (...) La ayuda de mis compañeros, como dije varias veces, es muy importante ya que están y viven la misma situación que uno y te puede comprender más y mejor que tal vez otro profesional. (I3 F. LE. A/P:16. A/S: 15).*

*“he notado algunos compañeros que vienen y te dan un abrazo porque saben que estás haciendo tu pequeño duelo de la persona que no conoces, pero el sentimiento está, y vienen y te abrazan y me ofrecen un mate o me dicen que me quede tranquila.” (I5 F. AUX. A/P: 12. A/S:2).*

*“(...) poder charlarlo con algún amigo.” (I6 M. U. A/P: 4. A/S: 2) “Creo que entre los compañeros nos damos un apoyo especial, podemos hablar y creo que es un cable a tierra, por ejemplo, con los amigos profesionales, amigos médicos, algunos otros enfermeros con más años de antigüedad te acompañan en esos momentos que muchas veces son difíciles.” (I7 M. T. A/P: 31. A/S: 10).*

---

27 C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring , Estrategias de afrontamiento, cap 31. pág. 425-435.

La narrativa de los informantes pone de manifiesto que el apoyo emocional que reciben y a la vez que también cada uno de ellos es capaz de brindar a otros compañeros, es la piedra fundamental para sobrellevar el quehacer cotidiano del servicio en el abanico de situaciones que deben de afrontar a diario en el servicio, y particularmente ante el deceso del paciente.

### 3.6.1) REINTERPRETACIÓN

La enfermería se define, al decir de Benner y Wrubel (1989) como “una relación de cuidado”, relación que se da en la interacción mutua entre un grupo de seres humanos hacia otro grupo de seres humanos, parafraseando a Barker (1996b).

Ahora bien, antes de realizar la consideración acerca de qué se entiende por cuidado y enfermería, debemos poner en primer plano a los artífices por quienes esos cuidados holísticos y humanos se brindan, y estos actores anónimos en muchas ocasiones son el personal de enfermería como colectivo profesional.

El profesional de enfermería es un “Dasein” al modo en que Martin Heidegger lo concibe, esto es: *“es presentado desde su cotidianidad como un ser-en-el-mundo que siempre se está proyectando en las posibilidades de ser, las cuales constituyen su propio ser. Siendo-en-el-mundo, el Dasein no se muestra como un sujeto individualizado que representa objetos mentalmente, por el contrario, se pierde en la impersonalidad del mundo compartido con los otros y establece relaciones funcionales con el entorno.”*<sup>28</sup> Entorno que evoca de manera inequívoca, al elemento del Metaparadigma de la disciplina, al referir que éste, influye tanto de manera positiva como negativa en el usuario y por extensión al personal de enfermería, debido a que ambos “son-en-el-mundo” de una manera diversa, ya que cada uno cumple un rol diferente, pero a la vez interconectados de manera dinámica en el proceso de brindar cuidados y recibir cuidados.

Otro elemento del Metaparadigma de la disciplina que entra en juego, es el de Persona. Benner y Wrubel (1989) citando a Heidegger, describen a la persona como *“un ser auto interpretativo, es decir (...) va definiéndose con las experiencias vitales.”* En consonancia con esto, también Barker (1996) define a la persona como: *“Son filósofos naturales y fabricantes de*

---

<sup>28</sup> Vial Roehe, M., & Dutra, E. (2013). Dasein, la concepción Heideggeriana sobre el modo de ser humano. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 105-113. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.07>.

*significados, dedicando gran parte de sus vidas a establecer el significado y el valor de sus experiencias construyendo modelos explicativos del mundo y de su lugar en él”.*

Por consiguiente, cada enfermero/enfermera ontológicamente forman parte del colectivo profesional de enfermería que, “*siendo-en-el-mundo*” (Heidegger 1927), se enfrentan de forma cotidiana a prestar cuidados evocados desde la “*encarnación*” de Benner y Wrubel, (1989) al definirla como “la capacidad del cuerpo para responder en situaciones significativas”, respuestas que brindan un grupo a otro “*grupo de seres humanos*” (Barker 2000), en el servicio de emergencias médicas. Servicio que análogamente podemos comparar a “*la marea*” (Barker 200), en la cual se puede naufragar si no se tienen las herramientas necesarias y oportunas para afrontar cada situación que se torna límite poniendo en riesgo hasta la propia integridad de la persona. Se asume, tal vez de manera equívoca que, quien tenga más experiencia por sobre aquellos que son principiantes (Benner), podrán ser capaces de salir airosos, sin embargo, la narrativa de los profesionales da cuenta que todas las situaciones no son iguales, todas las marejadas desde la costa parecen similares, sin embargo, no lo son estando dentro del barco.

*“La muerte que sucede en el servicio de emergencia no es igual a lo de los demás servicios, sucede de manera súbita, (interpela al ser, lo marca, no lo deja igual que antes) no es anunciada y genera mayor impacto para el personal de enfermería (...)”*<sup>29</sup> Esta situación, junto a otras, que se tornan como límites (Jaspers) y la necesidad de conocer cómo hacen frente a cada una de ellas el personal de enfermería, fue el motor que impulsó este trabajo de investigación.

Los resultados expresados por la propia narrativa de los profesionales en el cuerpo de este trabajo, dan cuenta que: La contención brindada entre los compañeros de manera empática es una de las piedras angulares a la hora de afrontar el deceso del paciente, ya que se deja entrever que sólo aquel que ha pasado una situación similar, es capaz de comprender a aquel que se encuentra consternado o frustrado o impotente ante el deceso del paciente y aquí podemos constatar que el factor humano es primordial y está por encima de la experiencia profesional ante la cantidad de decesos vividos, al decir de un informante: “*Creo que si dentro de 10 años muere un paciente y no me importa creo que ya no soy un buen profesional.*” (I.6 M. U. A/P: 4. A/S: 2)

---

<sup>29</sup> Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019.

Esta contención se torna en estrategia de afrontamiento junto a las otras que describen los profesionales como las estrategias espirituales, racionales y emocionales que hacen frente a las situaciones acuciantes como lo es el dolor que la enfermedad provoca en los pacientes y se extiende a los familiares por proyección de unos e introyección de otros, pasando por los episodios de violencia que se ejerce sobre los mismos profesionales de la salud, quienes paradójicamente cuidan la salud de esas persona.

## CONCLUSIÓN

La construcción de la Dimensión Epistemológica no es una tarea sencilla a la hora de enfrentar un proceso de Investigación, debido a que son muchos los factores que se deben tener en cuenta, investigaciones anteriores, marco teórico, teorías propias de la profesión, sin olvidar que se debe poner por escrito el objeto de estudio y aquí la tarea es más ardua, ya que implica un proceso de abstracción y objetivación necesarios para apartarse de la realidad en la que se encuentra imbuido el investigador, realidad que lo desafía a emprender dicho proceso.

En continuidad con el proceso, el paso siguiente fue la Dimensión de la Estrategia general, donde se debió tomar las decisiones acerca del tipo de investigación que se pretende realizar, en consonancia con los objetivos planteados de antemano, y en relación directa con el objeto de investigación. Seleccionar la muestra y los métodos para obtener la información necesaria, también requiere de objetividad para no caer en recortes subjetivos que vicien la investigación.

La Dimensión de las Técnicas de la Recolección y Análisis de datos de la Información, como último paso adicionó otros desafíos, ya que llevó al campo empírico todo el diseño previo de las Dimensiones antes mencionadas; análogamente a un *Rompecabezas*, ésta última dimensión nos desafió a unir todas las piezas en la Interpretación y Reinterpretación de los datos obtenidos a la luz de las Teorías seleccionadas, el Estado del Arte, la Narrativa de los Informantes y la continua lucha interior del Investigador, en tratar de ser lo más objetivo e imparcial posible.

Concluido el proceso, podemos dar cuenta que los objetivos de *Analizar*, *Describir* y *Comprender* fueron alcanzados, ya que las Convergencias logradas dan respuesta a los mismos. Convergencias que devienen de la narrativa de los informantes, quienes dan cuenta que la tarea de afrontar el deceso de los pacientes no fuera posible en parte, si no es por la puesta en práctica de las herramientas propias aprendidas, y además por el apoyo, incondicional y empático, que otro profesional de enfermería es capaz de brindar ante tales situaciones.

Esta *ópera prima*, no pretende estar concluida, sino que alberga el anhelo de ser el puntapié inicial para generar nuevos y diversos campos de investigación, aportando y elevando el cuerpo teórico y científico de la profesión de Enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S.. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 259-275. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200006>.

Alligood, M.R; Tomey, A. M. y coll; Modelos y Teorías en enfermería, 7ma edición, 2011. ELSEVIER, España.

Aravena, R. & Ruz, C. & Tillería, L. & Zuñiga, J. & Poo Figueroa, A. (2021). Vivencia Respecto de la Muerte en el Personal del Servicio de Atención Médica de Urgencia de la Ciudad de Temuco. 17. <http://ciberindex.com/c/p/e13073>.

Baquedano Jer, S.. *Philosophia* 73/1 I 2013 I pp. 45 a 60. SITUACIÓN LÍMITE Y SUICIDIO EN JASPERS. Consultado el día 19 de mayo del 2023. Disponible en: [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-ier.pdf](https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6592/philosophia-2013-1-002-baquedano-ier.pdf)

Berrios, Z. E. C., & de López, C. E. B. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de salud pública*, 12(2), 14-23. [https://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08\\_2\\_05\\_art2\\_carmona.pdf](https://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf)

Constantino Facundo, J. V. (2022) Experiencias De Las Enfermeras Ante La Muerte De Un Paciente En El Servicio De Emergencia, 2019. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/5804>

Guedes Fontoura, Elaine; De Oliveira Santa Rosa, Darci. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2013; 22(1-2). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/8062.php>>

Hassan, M. I. Servicio de guardias y Emergencias caso: Hospital Gutiérrez, 2019. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://aadaih.org.ar/get/monografias/MONOGRAFIA%20TRABAJO%20FINAL-HASSAN.pdf>

Juárez-Rodríguez PA, García-Campos ML. La importancia del cuidado de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2009;17(2):113-115. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=24975>

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Molina-Chailán P. M ,Muñoz-Coloma, M. ,Schlegel-San Martín. G.. Med. segur. trab. vol.65 no.256 Madrid jul./sep. 2019 Epub 22-Mar-2021 Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177#B1)

Nightingale, F. (2002). Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es. Ed. MASSON S.A , Barcelona, España.

Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. (consultado el 18 de mayo del 2023) Disponible en: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

Polit-Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Sexta Edición. Mc Graw Hill. Editores, S.A. de C.V. (1999, 1er edición).

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

Vásquez, C., Crespo, M., & Ring, J. *Capítulo 31: Estrategias de afrontamiento* (Doctoral dissertation, Tesis de grado. España: Universidad de Antioquía., Departamento de enfermería.[Consultado 15 de junio 2023]. Disponible en: [https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category\\_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225](https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225)

Vial Roehe, M., & Dutra, E. (2013). Dasein, la concepción Heideggeriana sobre el modo de ser humano. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 32(1), 105-113. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.07>.

Yuni, J., Urbano, C. Técnicas para Investigar. Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación. 2ª edición. 2014. Editorial Brujas.

## ANEXOS.

### ANEXO 1. ENTREVISTAS.

#### **INFORMANTE 1. F. AUX. A/P: 11. A/S: 9**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

Generalmente no, no tiene ningún protocolo ante el deceso del paciente, lo que hacemos nosotros una vez que se nos va, es ponerlo en condiciones para que ya ingrese la familia, para que se despidan antes de ser llevado a la morgue. ¿Debería haber? Sí, creo que debería haber. También para que se tomen un tiempo las familias y nosotros mismos porque es algo que no se afronta a la ligera. Uno se queda con el sentimiento de que se pudo haber hecho más o no, pero bueno, por ahora no hay.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Y sí, es una situación límite, porque creo que en el momento se vive mucho estrés, para que no ocurra, para que no se nos vaya el paciente, de la familia misma que está esperando afuera y que muchas veces quiere ingresar cuando estamos trabajando con el mismo. Si hay mucho estrés en ese momento en particular, más porque uno se pone a pensar en la familia, es inevitable a veces comparar con la familia de uno.

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Generalmente me pongo mal, triste, me da mucha tristeza por los que quedan más que nada, trato de estar al pendiente, de ver si necesitan algo, darle el consuelo necesario para afrontar la situación.

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Generalmente lo que por ahí puede llegar a ser al límite, es cuando llegan agresivos, la salida en ambulancia donde estamos bastante expuestos, hay domicilios donde no va la policía donde se piensa que está tranquilo y cuando llegan la gente está muy alterada, por ahí uno lo entiende, pero cuando ya se ponen agresivos, ya escapa de la capacidad de uno de mantenerse tranquilo. Creo que una es esa.

Dentro mismo de la guardia cuando quieren entrar y patean las puertas, eso también pone un poco tensa la situación.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Generalmente cuando la situación límite se da con el mismo paciente que después tenemos que seguir cuidando o con los familiares que se ponen agresivos, mucho más que el paciente, tenemos que trabajar con un custodio o una vez que se tranquilicen volvemos a retomar la atención, mientras tanto se hace lo primordial, se lo estabiliza bajo las circunstancias que sean y después se va viendo mediante se va tranquilizando todo

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia?

¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

El más significativo fue en marzo del año pasado, una nena de 6 años, que entró por puerta de ambulancia, no se le pudo hacer nada, fue atropellada por un auto y fue muy significativo y lo va a seguir siendo porque fue, porque se fue un día antes del cumpleaños de mi hija. Este año igual la recordé, me da mucha tristeza por la familia, creo que, en ese momento, ósea, todo bien se hizo todo lo posible, pero bueno lamentablemente la nena no pudo salir, se contuvo mucho a la familiar, eso hay que destacar esa vez. Al padre, a la madre, a los abuelos, fue algo inesperado para todos, fue un accidente.

En el momento tratar de colaborar, porque me fui para otro servicio, a colaborar con la gente del otro servicio y después a colaborar con la familia, pero bueno, me secaba las lágrimas y seguía y trataba de no de hablarles, porque creo que en ese momento no se entiende nada, pero en ese momento de estar acompañándolos, tomándoles la presión, tratando que no pase a mayores, tratando de ver a los abuelos, sí con lágrimas en los ojos y un nudo en la garganta permanentemente

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

No, yo creo que no incide, creo que todos los decesos son diferentes, nos toca de una manera diferente, todos son tristes y lamentables, pero creo que por ahí hay algunos en particular que no los espera y te toca de una manera diferente.

8 ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Creo que uno en el transcurso de los años, si bien todos te pegan diferente como dije anteriormente, uno se va apoyando mucho con el compañero que te toca, eso influye mucho entre nosotros porque nos tenemos y entre nosotros evaluamos si hubo algo más que se haya podido hacer, qué es lo que pasó y tratamos de consolarnos entre nosotros; pero sí, el primero te impacta que es el primero el cual uno lo recuerda y después va pasando el tiempo, no es que no te impacta, sino creo que uno sabe llevarlo de una manera mejor, estando con el compañero, sabiendo que uno hizo lo posible, para que esa vida siga.

9. ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Una vez que fallece se está atento a la familia y se consuela muchas veces por decir bueno, si es un adulto mayor bueno, vivió la familia lo acompañó, si es por ahí se muere o se va por alguna enfermedad, bueno la luchó, pero estaba sufriendo.

El tema es por ahí cuando son muertes inesperadas uno tiene esa reacción de preguntar ¿por qué? ¿Qué fue lo que pasó?, pero bueno y uno con el compañero igual, se charla, se habla, creo que muchas veces el hablarlo nos damos ánimo entre nosotros y descansamos lo que se pueda descansar un rato y bueno tratar de continuar.

Generalmente dependiendo de quién sea si es muy significativo uno llora, trata de buscar consuelo en el otro o buscar un momento afuera, sola, pensar y tratar de volver a estar bien para seguir la atención

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

Sólo en el tiempo de la pandemia nos habían dicho que el equipo de salud mental iba a dar una mano, tuvimos una sola reunión y nada más. Y generalmente no tenemos ayuda, sólo la de los compañeros.

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

El acompañamiento de los compañeros es fundamental y sería igual una buena opción del médico, depende del médico que te toca, igual te ayuda no generalmente, pero la mayoría va, te ve, hablamos, pero tratamos de tener esa pausa, no sólo para hablarlo con el compañero, sino también para pensarlo uno mismo también, por ahí ver si se pudo haber hecho algo más, otra cosa o no.

Es fundamental el compañerismo.

**INFORMANTE N° 2. F. AUX. A/P:30. A/S:21**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

El servicio de guardia no tiene ningún protocolo de actuación cuando fallece una persona, nadie te da una contención ni el sistema de salud mental tendría que dar una contención por lo menos una vez a la semana una vez al mes, pero no tienen nada, no tienen protocolos, sería importante que la gente se preocupe por quienes cuidamos a las otras personas.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Pienso que sí, que lo es, porque esa persona tiene familia, tiene hijos, tiene padres tiene familia, tiene amigos que lo quieren y si, es una situación límite, también uno es humano uno siente, siente tristeza, el día que no sientas tristeza ya está, retírate, anda a vender ropa, una cosa así, si es una situación límite y te va marcando, de a poco muy sutilmente, se te marcando en la vida.

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Ah, bueno, algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo, otras veces tomando un mate, otras veces hablando con algún compañero, según con el compañero que te toque, porque hay más afinidad más con algunos que con otros, y sino en silencio, llorando por dentro, es la única forma en la que reacciono.

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Los accidentes grandes, por ahí una situación límite es no poder ayudar en nada a otra persona que, por problemas de sistema de salud, de carencia que hay, de carencias de todo no, creo que también son situaciones límites.

La inoperancia de mucha gente también, creo que sí, que hay muchas situaciones límites.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Sí claro, pienso yo que inciden porque después tenés que seguir atendiendo a los demás pacientes y tal vez ellos no saben que antes que los atendieras a ellos se te murió un paciente en la misma camilla dónde están sentados sin embargo tenés que brindar la mejor atención y contención. Y si bien tratás de dar lo mejor en ese momento por la situación de la muerte, no estás muy conectado, como que no estás al 100%.

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

Y acá en la guardia, fue la muerte de un bebé de 6 meses porque era familiar de una persona muy allegada a mí y también en tiempo Covid cuando tuve que meter en una bolsa negra a un amigo de mi mamá. Esas cosas sí, me marcaron mucho, si sí, creo que esas dos, no recuerdo ahora seguramente hay más, pero ahora me vienen a la cabeza esas dos, pero seguramente hay más.

Lloré mucho, lloré mucho con el primero y con el segundo me contagié de Covid, ahí nomás me contagié de Covid.

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

No, no, siempre digo no importa la cantidad sino la calidad, no, se muere una persona y si no es conocido es igual, que tuvo su vida que tiene su familia, siempre digo que hay alguien que te está esperando entonces a ella o a ella también la están esperando y no va a volver más a la casa. Pienso que los años no te dan, no aprendes, ósea, con los años cambias tu forma de pensar a ese nivel, te vas a emocionar, se te va a caer un lagrimón igual que hace 10 años atrás, o más todavía, creo que más todavía.

8 ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

No sé si aprender, ósea, si tengo un deceso hoy creo que voy a seguir saliendo afuera y voy a llorar también en silencio, si sí, y a lo mejor lloro más, a lo mejor lloro más, si se muere una persona hoy e hice lo imposible para poder salvarlo creo que voy a llorar más, en silencio, iré afuera, hablaré con algún amigo, con algún compañero, pero no cambia la forma.

9 ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Algunas veces reacciono yéndome afuera a fumar un cigarrillo, otras veces tomando un mate, otras veces hablando con algún compañero, según con el compañero que te toque, porque hay más afinidad más con algunos que con otros, y sino en silencio, llorando por dentro, es la única forma en la que reacciono.

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

Creo que la gran mayoría en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos sabiendo que se puso todo lo humanamente posible para salvar a esa persona y no se pudo y bueno, no recibí ningún tipo de ayuda.

A veces hubiera querido hablar con alguien del sistema de salud o del sistema que hay acá pero no se pudo, entre nosotros nomás.

11 ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Creo que la gran mayoría en la guardia nos apoyamos entre nosotros compañeros, hablando por ahí abrazándonos sabiendo que se puso todo lo humanamente posible para salvar a esa persona y no se pudo y bueno.

### **INFORMANTE N° 3F. LE. A/P:16. A/S: 15**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

Protocolo escrito no, no tiene nada, pero ya de años venimos trabajando de la misma manera y es como que ya lo tenemos incorporado, que es lo que vamos a hacer, cual es la forma de actuar, tenemos incorporado, pero por una cuestión que va de enfermero a enfermero desde el que está en el servicio de hace años al más nuevo, se va pasando los conocimientos y cuál es el actuar ante cada situación y ésta (el deceso del paciente) pero es algo que ya hacemos sin tenerlo por escrito.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Si, cada vez que tenemos que actuar ante un paro o cada vez que tenemos que actuar ante una persona que está en código rojo o está con la posibilidad de fallecer, es una situación límite en la que todos corremos, en la que todos sabemos lo que tenemos que hacer, pero muchas veces ya sea por la edad (del paciente), ya sea porque es un niño toca más fuerte, se toma de una forma más delicada, según la situación en la que se encuentra esa persona

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Y con los años he aprendido a ser más relajada, más segura, de qué es lo que tengo que hacer, de tomarlo un poquito más, podemos decir como normalizarlo que es parte de mi trabajo, pero eso no quiere decir que a veces uno reaccione como decía antes, según la situación en la que se dio la muerte de ese paciente

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Nosotros antes teníamos en este servicio pediatría y me ponía mucho, pero en esas situaciones, que, con un adulto, siento hasta el día de hoy que por el hecho de no sé si es por tener hijos, o qué, pero cuando tienen que ver con la edad de los niños, me cuesta más reaccionar de una manera fría que con los pacientes adultos.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Ya llevo 14/15 años en el servicio de guardia, al inicio fue una cosa que me ha costado mi primer código rojo, pero no falleció ahí, sino que falleció después me enteré con el tiempo, pero esa primera situación me dejó en un estado en el que no podía actuar, no podía seguir trabajando, se ve que la adrenalina bajó del todo y fue como que me dejó con los brazos sin poder trabajar, decí que no hubo más nada ese día, pero con el tiempo eso yo lo he ido superando.

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

Por lo general siempre tuvo que ver con niños y fueron varios en realidad, pero uno tuvo que ver con unos niños que fueron quemados, eran bebés, creo que en Truncado si no me equivoco, se quemaron y los trajeron así, no les pudieron poner una vía en Truncado y los trajeron sin vía, sin nada, y era pincharlos, pincharlos, pincharlos pobrecitos, eran como una gran ampolla nada más, y fue muy duro porque eran hermanitos.

En ese momento trataba de estar como en todas las urgencias, trataba de estar en frío, enfocada, siempre trato de enfocarme, pero muchas veces me caía, una vez que terminaba la situación de urgencia el dolor era fuerte e incluso uno de esos hermanitos era de la misma edad en ese momento y me acuerdo de llegar a casa y querer despertar a mi hijo, abrazarlo y querer verlo que esté vivo.

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

Para mí creo que lo mejor de todo siempre fue poder hablar de estas experiencias con los compañeros de años anteriores y ver cómo lo afrontaban ellos, si bien en alguna situación quise acudir a un profesional, sentía que no me entendía de la misma manera que un compañero que vivía la misma situación que yo, y yo creo que ahí a pesar de los años y la experiencia las situaciones son todas muy distintas y siempre hay algo que te puede marcar a pesar de tener muchos años de experiencia.

8 ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Para mí creo que lo mejor de todo siempre fue poder hablar de estas experiencias con los compañeros de años anteriores y ver cómo lo afrontaban ellos, si bien en alguna situación quise acudir a un profesional, sentía que no me entendía de la misma manera que un compañero que vivía la misma situación que yo, y yo creo que ahí a pesar de los años y la experiencia las situaciones son todas muy distintas y siempre hay algo que te puede marcar a pesar de tener muchos años de experiencia.

9 ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Trato de leer, de capacitarme, de que si hubo una situación en la que no me sentí segura, ante un código rojo, llego a casa y trato de leer, de que la próxima vez me agarre con más seguridad o con más tranquilidad o de ver esto lo hice bien o esto lo hice mal bueno, la próxima hay que mejorar y nada, hablarlo, hablarlo, hablarlo, poder sacarlo para afuera, yo creo que eso de guardarse me ha dañado en algún momento e incluso me ha hecho como fría y eso tampoco está bueno, somos personas y atendemos personas y no está bueno atender al otro como si fuéramos robots, sino tratar de poder darle calidad, calidez, de que se sienta bien, contenido, eso. Ha costado porque me parece que nadie te enseña y eso es lo feo al afrontamiento de estas situaciones.

10 ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

La ayuda de mis compañeros, como dije varias veces, es muy importante ya que están y viven la misma situación que uno y te puede comprender más y mejor que tal vez otro profesional.

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Mucho, mucho, a mí me parece muy importante y más importante que un profesional es tener el acompañamiento de mis compañeros, yo creo que estamos en la misma situación que uno y pueden comprender más o tener empatía con la situación que uno está pasando que otro de afuera.

**INFORMANTE N° .4 F. AUX. A/P: 12. A/S:2**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

Protocolo así llamado no se llama protocolo, solamente es algo estandarizado sería retirar todo el acceso venoso, sonda, oxígeno, realizar ECG para constatar el óbito y la preparación post mortem

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Si, es una situación límite, más para el paciente que para nosotros, ¿por qué? por qué finaliza su estadía en el plano actual en el que vivimos, para ellos es una situación límite y nosotros somos parte de ello.

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Uno se pone triste, se pone en el lugar de la familia, de todo lo que dejó atrás.

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Cuando corre peligro nuestra vida, cuando las cosas se salen de su lugar y empieza a..., cuando hay situaciones de violencia, eso para mí son situaciones muy límites.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Si, obvio, porque te predispone mal, al médico, al enfermero, a todo el servicio.

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

Si, varios me fueron bastantes significativos, por ejemplo, el de la señora que atropellaron, que venía a hacerse controles, una señora sana, muy cuidada, ya jubilada hace poco, fue injusto como murió y bueno, eso para mí fue bastante feo.

Triste, porque aparte era la madre de un compañero de trabajo, así que sí, me afectó bastante.

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

No, la cantidad de años no, es parte de la vida, es algo que nosotros ya bueno, o nos acostumbramos o nos acostumbramos, es parte de la vida, ya no me incide tanto.

8. ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Desde que empecé a ser enfermera vi la muerte como una de las opciones más importantes, así que no ha cambiado mucho.

9. ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Nada, respirar profundo, y nada, hablar con el cuerpecito del paciente, decirle que ya cumplió lo que tenía que cumplir, que ya cumplió su ciclo, siempre hice eso, de hablar al paciente en el momento en el que me quedo sola con el cuerpo y nada, que se vaya en paz.

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

No jamás

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Si incide mucho, más cuando son paros que llegan a la guardia, y haces un resumen de lo que sucedió, de los que pasó, de lo que nos faltó y charlar con algún compañero que está hace más tiempo que está, te sirve un montón.

### **INFORMANTE N° .5 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

Como que tiene estipulado/escrito acá yo no vi, pero sí lo tiene por el mismo ejercicio de la enfermería, fallece una persona y lo he visto y he inculcado por parte de mis compañeros, fallece y por indicación médica se retira lo que son las vías y todos lo que se la ha realizado el paciente y se lo empaqueta en la bolsa para luego llevarlo a la morgue. Queda todo registrado de lo que se le realiza hasta el momento en que ingresa a la puerta de la morgue.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Si, la verdad que sí, porque es un cambio drástico para la vida de todos incluyéndonos a nosotros, porque estamos acá y lo vemos y es así cuando piensas antes de armar tu cuaderno de enfermería, decís que dejará ese paciente, porque seguramente tiene un trabajo, tiene familia, hijos, madres, porque las madres son un punto principal en la vida de cada uno de nosotros.

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Soy católica, entonces es como muy dentro mío le doy su partida, es algo que a mí me hace bien y me ayuda en este trabajo que tenemos y lo encomiendo a Dios, soy católica y también siento la necesidad de hacerlo, como que creo que también no te metes tanto en el tema, pero lo realizas en sí, prefiero hacerlo así.

No he visto a otro compañero hacer algo, pero yo necesito hacerlo así, como para soltar, que no me haga mal a mí, porque yo tengo que volver a mi casa.

Lo hago en silencio, dentro mío, le pido a Dios que se lleve su alma y que le dé la tranquilidad que necesita para llegar a Él, es como que lo despido; después seguramente lo hará la familia de la forma que quiera, pero yo en mi religión lo realizó así

4. ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

El dolor ajeno, más que nada veo a veces las mujeres golpeadas, los niños que son maltratados por sus propios padres, eso para mí es una situación límite, al hecho de que yo soy mamá al hecho de que cuido tanto a mis hijos como a los hijos ajenos también, entonces como que lo tomo de ahí, o como las situaciones de golpes o maltrato hacia las mujeres estando embarazadas, es como que todo es por parte de la mujer, pero creo que es porque son las más débiles, pero no quita que también haya hombres que también merecen el mismo respeto, pero es como que de ese lado se la puede bancar un poco más, pero tampoco es así, hay que verlo para todos por igual.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Es como que dependiendo, en los hombres es como que vos les hablas y sos un poco más seca, se podría decir, muévase, colabore, haga esto; en cambio con las mujeres es como que querés llegar más, darle un poco de contención a la vez, uno no se puede meter en lo que vas a hacer el día después, al paciente no le puedes decir nada de eso, pero es como que a la mujer le puedes decir quédate tranquila mamá, o ya te van a venir a ayudar o buscar la forma de tratar de decirle al médico quiere que llame a salud mental para que venga a dar contención y con los niños creo que desde que tengo hijos, a cada uno de los niños que ingresa les doy la mano, como para que tengan un poco de contención y los hablo por el nombre y apellido y trato de que se olviden un poco por lo que están pasando hasta que llegan al servicio, porque hacemos prehospitalario justamente, y dentro del servicio cuando me estoy por retirar y lo dejo en la parte de pediatría, le digo al niño ellos son mis compañeros y de ahora en más te vas a quedar con ellos, cualquier cosa que necesites les preguntas a ellos, me tengo que ir y me despido. Pero es como que necesito que ese paciente quede con la confianza que él venía trayendo conmigo con mis otros compañeros.

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

No sé qué me pasó ese día pero, había salido una compañera con una doctora por un llamado al 107, llegaron con el paciente en código rojo y comenzamos a actuar todos mecánicamente, uno coloca la vía otro la medicación, el otro circulante, yo recuerdo haberle hecho la vía a la persona y todo y le hicimos todo, doy fe de que con esa persona se trabajó con todos los elementos necesarios, se realizaron todas las prácticas y técnicas posibles, se dio la hora del deceso, me doy vuelta para comenzar a armar el libro de actuación de enfermería e iba anotando para luego hacer pasar al familiar y entregar las pertenencias del óbito, en un momento viene el secretario y dice, ya tenemos el nombre y apellido de la persona, y fue algo loco porque yo estaba de espaldas y cuando el secretario da el nombre de la persona, me doy vuelta y lo miro y era uno de mis tíos, y yo no logré darme cuenta y ahí es cuando vos decís ¿cómo es que estoy trabajando a veces? Porque decis uno trabaja mecánicamente sin darse cuenta, pero porque sabe que está haciendo lo que corresponde y está concentrado en la situación.

¿pero a mí que me pasaba en ese momento que no me daba cuenta? igual después pensé si me daba cuenta, qué iba a pasar en mí si me daba cuenta, cómo iba a reaccionar yo, no sé si iban a poder seguir trabajando e iba a ser un personal menos para realizar el trabajo. Pero eso quedó en la nada, porque yo acá no tengo contención, no tengo psicólogos que te digan, che necesito que vengas porque necesito saber cómo quedaste después de esta situación, es como que quedó en una nebulosa, que hasta ahora no lo he podido solucionar.

Después me tocaba comentarles a mis primos cómo fue la situación, porque ellos estaban afuera esperando. Porque hay gente que no te conoce y duda de que vos hayas hecho o no todo lo que corresponde y te dicen que vos lo dejaste morir, pero no es así. En esa situación hablé con mis primos, les dije que se hizo todo lo posible, pero no se pudo revertir la situación.

Doy fe de que se hizo todo lo que estaba al alcance nuestro, pero él (el paciente) no salió.

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

Creo que así pasen 10 o 15 años yo voy a seguir sintiéndome igual, porque es parte de mi esencia, como persona.

Después hay situaciones en las cuales te quedas senado shockeado hasta que alguien te habla, pero esas cosas creo que no hay que llevarlas a la casa porque te hacen mal y pueden perjudicar el ambiente familiar, hay veces que uno necesita contención y no sabes dónde buscarla, pero en mi persona no va a incidir, voy a seguir trabajando de la misma manera.

8. ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Al principio cuando vi que falleció alguien es como que sentí no culpa, porque no es culpa, sino uy, falleció una persona. Pensé y ahora? tendrá hijos, ¿no los tendrá? qué pasará? y en un momento una compañera se dio cuenta de lo que me estaba pasando y me dijo: mira esta es la hora que le toca a él irse, así que no empieces a querer sentirte mal porque no tiene que ser así, puedes tener tu duelo como persona porque tenés sentimientos, pero no es culpa de nadie, él se tenía que ir y se fue, era su hora y ahí empecé, encima empecé a trabajar en tiempos de pandemia vía correr la camilla de los fallecidos iba y venía al menos 3 veces en el día en tu turno que se iba la gente, partía. Como que también lo asimilé más rápido. Tal vez si no hubiese pasado esto de la pandemia, no hubiera asimilado tan rápido la muerte de las personas. Al principio si era chocante, hoy ya no es tanto, depende igual de las situaciones, pero ya no es tanto. Aprendí igual a no llevarlo a mi casa. Creo que lo tengo resuelto.

9. ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Necesito dentro mío darle la partida a la persona, dentro mío necesito resguardarme en Dios, en Jesús, es así es como que soy muy creyente en la Iglesia Católica y como que me ayuda eso, pero necesito ese espacio para sentarme y decir, bueno, ya está, para que me ayude a mí, para poder volver y estar tranquilita y seguir trabajando.

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

Acá no tengo contención, no tengo psicólogos que te digan, che necesito que vengas porque necesito saber cómo quedaste después de esta situación, es como que quedó en una nebulosa, que hasta ahora no lo he podido solucionar.

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Depende de los compañeros, no todos contribuyen, he notado algunos compañeros que vienen y te dan un abrazo porque saben que estás haciendo tu pequeño duelo de la persona que no conoces, pero el sentimiento está, vienen y te abrazan y me ofrecen un mate o me dicen que me quede tranquila.

**INFORMANTE N° .6. M. U. A/P: 4. A/S: 2**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

Sería una secuencia de pasos que tenemos que hacer con el óbito para llevarlo a la morgue. Informar a la familia y firmar todo lo que tenés que firmar.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Si, sin duda porque en cierto modo porque es frustrante, como que siempre queda la duda de si no puedes hacer algo, a veces aún entiende que se hizo todo lo posible y no fue suficiente o que directamente eso era algo que tenía que pasar. Pero que es una situación límite para todo el entorno y que todos los días después de lo que hicimos no va a volver a nunca a volver a ser lo mismo para el entorno del paciente hace que si, que sea una cosa que es absolutamente significativa

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

Y a veces frustrándome, otras veces aceptando que son cosas que tienen que pasar, así como por ahí estamos preparados en cuanto a conocimientos y práctica para poder realizar una tarea, a veces cuando es inevitable también estamos preparados como para saber que somos nosotros los que tenemos que soportar esa carga.

4. ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Como por ejemplo cuando alguien nos quiere golpear, o situaciones violentas en contra de nosotros. O por ahí cuando está, no al borde la muerte, pero sí con un dolor muy intenso, también es desagradable.

5. ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Si alguien no permite que le ayuden o si alguien nos trata de golpear e insultar, obviamente no por bronca, sino por el simple hecho de que no se deja ayudar, nuestra calidad de atención va a ser diferente. Por otro lado, generalmente cuando pasa algo como un óbito eso me motiva para trabajar más, como una especie de sensación de deuda, así.

6. ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

Eso es toda una historia (...) Por ahí uno que ingresó con dolor de pecho y bueno, se estaba infartando, llamaron a terapia y tardaba mucho en subir y el tipo estaba muy frustrado por que, era él, su mujer tenía una enfermedad y su hijo, su hijo se había muerto y el tipo se estaba lamentando no la posibilidad de su muerte sino porque sabía que, si se llegaba a morir, iba a ser un golpe muy importante para su mujer y se estaba lamentando más por eso que por su propia vida.

Y después tardaba en subir, tardaba en subir a terapia y dejamos que pase su mujer a verlo y el tipo se estaba retorciendo de dolor de repente al ver a su mujer se sintió mucho mejor, y se abrazó y parecía la estatua esa de “la piedad”, y después subió a terapia y nos llamaron porque su mujer se descompensó arriba porque no la dejan ver al marido y la fuimos a buscar y le dimos tratamiento para tratar la ansiedad, después se escapó, se fue a terapia, la seguimos y el médico de terapia le informa que su marido había muerto y la señora llorando se cae al suelo y bueno decía cosas como, qué es eso que me hace pensar, que son momentos que son significativos en la vida de todo el mundo, porque la señora decía como “qué voy a hacer ahora”, le dimos las pertenencias del marido que hace 5 minutos estaba vivo y ahora estaba muerto y todas sus cosas estaban dentro de una bolsa y decía “¿ahora cómo voy a volver a mi casa?” porque estaba sola, y hablaba de que su marido hacía estatuas y de repente que ahora iban a quedar todas las cosas que hizo iban a quedar inconclusas y que iba a hacer con todo eso y así es como que nos pusimos a llorar los dos. Es increíble cómo se nota que se amaban.

Al mismo tiempo, nos decía una profesora, que, si alguna vez una desarrolla las herramientas como para poder afrontarlo de forma menos dolorosa, pero que, si en algún momento no te hace mal que se muera un paciente tuyo, dedícate a otra cosa porque significa que ya no tenés empatía. Así que generalmente cuando tengo esa angustia, sé que es normal y que está bueno, porque el día que ya no sienta nada significa que ya no soy humano.

7. ¿Cree Ud. que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

Creo que si dentro de 10 años muere un paciente y no me importa creo que ya no soy un buen profesional.

8. ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Por ahí a perdonarme un poco más. (¿Perdonarte un poco más?) claro, porque hay cosas que son inevitables y al principio me frustraba un montonazo. (¿Sentís culpa?), claro (¿aun habiendo hecho todo lo posible?) claro y aun siendo inevitable a veces no?!, ahora sí ya sé que a veces es inevitable y que, así como a veces nos toca ayudar, como por ejemplo salvar vidas, a veces nos toca estar ahí para acompañar en el proceso de la muerte.

9. ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Por ahí aun habiendo sucedido el óbito siempre hay un respeto por ese individuo y eso me da tranquilidad y después poder charlarlo con algún amigo.

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

Por ahí siempre que sucede por ahí con los compañeros que pasaron, algunos, charlamos y vemos como fue nuestro comportamiento y bueno eso es útil para saber si se hizo todo correctamente, ¿no? y si se hizo algo malo, para que no se vuelva a repetir jamás

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Claro, a veces nos vemos todos consternados, y no todos, pero con algunos nos acompañamos entre nosotros, diferente a otros que realmente no les importa. Pero si, y depende de los compañeros, incide porque nos apoyamos.

**INFORMANTE N° .7 M. T. A/P: 31. A/S: 10**

1 ¿El servicio de guardia tiene algún protocolo de actuación del personal ante el deceso de los pacientes? ¿Cuál?

No, no lo tiene, actuamos por conocimiento ósea pero no tiene ningún protocolo para la actuación del deceso. Una vez que sucede sabemos cómo lo tenemos que transportar, si tiene o no familia, dónde lo tenemos que llevar (a la morgue), hasta ahí es nuestro trabajo.

2 ¿Reconoce Ud. el deceso del paciente, como una situación límite? ¿Por qué?

Creo que son situaciones límites, porque la persona que cae a la guarda, cae porque tiene algo crónico y sobre todo el tema del deceso es una acumulación de patologías que no se la puede solucionar inmediatamente.

3. Ante el deceso de un paciente ¿cómo reacciona?

El primer deceso que tuve en la guardia, si fue algo que lo sentí mucho y después tuve el apoyo de un médico, de un amigo, que me dijo eso es parte de tú trabajo y tenés que ir acostumbrándote, esa fue la mejor preparación que tuve.

4 ¿Qué otras situaciones que ocurren en la atención diaria o en el servicio, reconoce como situaciones límites?

Un problema grave y la actuación sobre ese problema te pone en situación límite.

5 ¿Percibe que estas situaciones inciden directamente en la calidad de atención al paciente? ¿Por qué?

Si, por supuesto, si por ejemplo tenés un paciente politraumatizado, que necesitas en forma inmediata colocar un tubo endotraqueal porque tiene las costillas hechas pedazos, son situaciones límites, pero si bien son técnicas que no podemos hacer y lo hace un compañero médico, pero la adrenalina que corre por dentro, te pone en alerta y te dice que tenemos que actuar rápido.

6 ¿Podría relatar cuál fue el deceso más significativo que le tocó vivir en la guardia? ¿Recuerda cómo lo experimentó? ¿Cuál fue su actitud?

El más significativo porque nunca, nunca me pasó antes, estuvimos haciendo RCP tres (1 médico y otro enfermero), cuando estábamos haciendo RCP sentimos un golpe en el techo, lo sentimos los tres, que jamás había sentido, como que se desprendió algo del cuerpo del paciente. Los tres nos asustamos, nos miramos, pero seguimos con las maniobras de resucitación. Nos dijimos hasta acá nomás llegamos.

7 ¿Cree Ud., que la cantidad de años tanto como Enfermero y en el Servicio de Guardia, inciden a la hora de afrontar el deceso del paciente? ¿De qué manera?

Todos los decesos se toman de diferente manera, pero se quedan acá en el trabajo, no viajan conmigo, no van a casa. Quedan en la guardia.

8. ¿Ha cambiado su actitud como profesional al afrontar la muerte de un paciente, entre el primer deceso y el último que le tocó vivir? ¿Cuál ha sido su aprendizaje?

Si ha cambiado porque aprendí a que no viajen conmigo, se quedan acá en la guardia. Al principio, como te contaba si me afectaba, pero después es como que entendí que es parte de mi trabajo y como todo trabajo es parte del oficio. Aprendí a separar.

9. ¿Qué estrategias tiene para afrontar esta situación?

Continúo con otro paciente, es la forma de ver que es lo que tiene el paciente que requiere de la atención de enfermería, ósea, continúo trabajando. No me moviliza a estacionarme o a preguntarme qué pasó, creo que a uno le ayuda a mejorar esa parte.

10. ¿Recibe o recibió ayuda de alguien para afrontar el deceso del paciente?

No, nunca recibí ayuda.

11. ¿Incide en el afrontamiento el acompañamiento entre los compañeros?

Creo que entre los compañeros nos damos un apoyo especial, podemos hablar y creo que es un cable a tierra, por ejemplo, con los amigos profesionales, amigos médicos, algunos otros enfermeros con más años de antigüedad te acompañan en esos momentos que muchas veces son difíciles.

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. El objetivo de la investigación es analizar, describir y comprender las *“Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, “P. Pedro Tardivo”, en el año 2023.”*

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a un cuestionario acerca de esta temática mediante una entrevista grabada, lo que tomará aproximadamente 1 hora.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *“Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, “P. Pedro Tardivo”, en el año 2023.”*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

---

DNI del Participante

Firma del Participante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

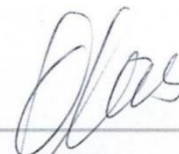
Yo, Il. F. AUX. A/P: 11. A/S: 9.....acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023.*"

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

ANS 1 045046



DNI del Participante

Firma Participante.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, 12. F. AUX. NP:30. NS:21..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

21 666 671



DNI del Participante

Firma del Participante.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, 13F. LE. A/P:16. A/S: 15..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

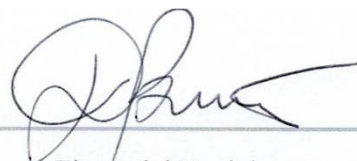
Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

32.397.892

DNI del Participante



Firma del Participante.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, 14 F. AUX. A/P: 12. A/S:2..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4v5gsv@gmail.com](mailto:catedra4v5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

32.291.652.

DNI del Participante



Firma del Participante.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, 15 F. AUX. A/P: 7. A/S: 3..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4v5gsv@gmail.com](mailto:catedra4v5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

  
DNI del Participante

28.558.405 .

Firma del Participante.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo, 16. M. U. A/P: 4. A/S: 2..... acepto participar

voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

  
36897740  
DNI del Participante  


Firma del Participante.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, I.7 M. T. A/P: 31. A/S: 10..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Enfermero Cuevas, José Mauricio. He sido informado (a) que el objetivo de este estudio es analizar, describir y comprender las *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabaja en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia, "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario en una entrevista grabada, la cual tomará aproximadamente 1 hora.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la responsable Tutora de esta investigación al mail [catedra4y5gsv@gmail.com](mailto:catedra4y5gsv@gmail.com).

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Enfermero Cuevas, José Mauricio vía telefónica o por mail.

20701819

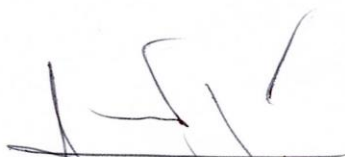
  
\_\_\_\_\_

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN. Caleta Olivia, octubre 2023

Al Departamento de Enfermería  
Hospital Zonal "P. Pedro Tardivo"  
Lic. Baigorria, Cecilia  
S...../.....D.

Quien suscribe, Cuevas. José Mauricio DNI 27739591, Enfermero del Servicio de Guardia de dicho Hospital, solicita a Ud. en carácter de Estudiante de 5to año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, de la ciudad de Comodoro Rivadavia, la autorización correspondiente para realizar el Trabajo de Investigación bajo el Título: *"Estrategias de afrontamiento adoptadas por parte del personal de enfermería ante el deceso de pacientes, que trabajan en el servicio de emergencias médicas del Hospital Zonal de Caleta Olivia "P. Pedro Tardivo", en el año 2023."*, en el servicio de Emergencias Médicas de dicho nosocomio, a fin de cumplimentar con lo solicitado por la cátedra Taller de Investigación en Enfermería.

Sin otro articular, saludo a Ud. Atte.

  
~~Jefe de Sector Salud Mental  
Lic. Vergara Vilalonga Cesar A.  
M.P. M° L-E 895  
D.N.I. N° 32.719.221  
Hospital Zonal Caleta Olivia~~

Cuevas, José Mauricio.

- Se autoriza realización de trabajo de investigación.  
x Supervisión Departamento de Enfermería AZCO