

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de Tesis para optar por el grado de  
Licenciatura en Enfermería

***Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y  
enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico***

Postulantes:

Arias Castro Glenda B70658

Paniagua Valverde Valery B75690

Comité asesor:

Directora: MSc. Rocío Barrientos Monge

Lectoras: MSc. Karol Blanco Rojas y MSc. Patricia Araúz Mendoza

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San José, Costa Rica

2022



**EE** Escuela de  
Enfermería

## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **13 de junio 2022**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Glenda Patricia Arias Castro**, carné **B70658**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora  
Karol Blanco Rojas, Lectora  
Patricia Araúz Mendoza, Lectora  
Laura López Navarro, Quinto miembro  
Olga Sánchez Charpantier, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Glenda Patricia Arias Castro** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Glenda Patricia Arias Castro**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico.”**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

**EE** Escuela de  
Enfermería

Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
13 de junio 2022

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

*Aprobado con distinción*

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

*Rocio Barrientos M.* Rocío Barrientos Monge, Directora

*KB* Karol Blanco Rojas, Lectora

*PA* Patricia Araúz Mendoza, Lectora

*LJ* Laura López Navarro, Quinto miembro

*Olga Sánchez* Olga Sánchez Charpantier, Preside

*[Signature]* Postulante

Cc Expediente  
Postulante





**EE** Escuela de  
Enfermería

## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **13 de junio 2022**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Valery Paniagua Valverde**, carné **B75690**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora  
Karol Blanco Rojas, Lectora  
Patricia Araúz Mendoza, Lectora  
Laura López Navarro, Quinto miembro  
Olga Sánchez Charpantier, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Valery Paniagua Valverde** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

### ARTICULO 2

El (la) Postulante **Valery Paniagua Valverde**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico.”**

### ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

**EE** Escuela de  
Enfermería

Pág.2 de 2  
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
13 de junio 2022

#### ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

*Aprobado con distinción*

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.

*Rocio Barrientos M* Rocio Barrientos Monge, Directora

*Karol Blanco Rojas* Karol Blanco Rojas, Lectora

*Patricia Araúz Mendoza* Patricia Araúz Mendoza, Lectora

*Laura López Navarro* Laura López Navarro, Quinto miembro

*Olga Sánchez Charpantier* Olga Sánchez Charpantier, Preside

*[Firma]* Postulante

Cc Expediente  
Postulante



## DEDICATORIA

En primer lugar a Dios que ha estado conmigo en cada paso que doy.

A mi familia por ser mi motor para seguir adelante, a mis padres pues es por ellos que soy quien soy ahora, por ser mi ejemplo a seguir y mi mayor apoyo. A ti papi por transmitirme tu valentía para enfrentarme al mundo y disfrutar al máximo cada día, a ti mami por tu entrega y amor incondicional que me hacen ser mejor persona todos los días. A mis hermanos por creer siempre en mí y por su apoyo incondicional todos estos años. A Flo por su fiel compañía durante todo este tiempo.

A Chuz por ser mi sostén, por estar a mi lado y motivarme cuando no tenía fuerzas para continuar.

A Glen, mi amiga y compañera de investigación por su compromiso y dedicación durante el desarrollo de este estudio, así como por las incontables experiencias y momentos compartidos desde el primer día de universidad y hasta el último.

***Valery Paniagua Valverde.***

A mi familia, quienes me han acompañado a través de todo este proceso, a ustedes les debo quien soy hoy. A mi mamá, tengo una mujer inteligente, fuerte, determinada y amorosa como mi más grande modelo a seguir. Gracias por todo lo que ha dado por mí, inspirarme, estar siempre presente y creer que soy suficiente, te mereces lo mejor de este mundo y más. A mi papá, por enseñarme a hacer las cosas bien, a esforzarme por lo que quiero, apuntar alto y a que no importa que tan oscuro y difícil sea el camino que la vida nos pone por delante, solo nos hace más fuertes y afortunados al salir de ahí. A mi hermano Allan, por siempre hacerme reír, no dudar de mí y alegrarse por mis logros. Y no menos importante, a mis fieles compañeras, Aika y Molly, quienes estuvieron junto a mí todo el tiempo.

A Kev, por las risas, escucharme, acompañarme todo este tiempo y nunca dudar de lo que soy capaz, la vida me dio al mejor amigo y compañero de todos.

A Val, que lujo conocer a una persona excepcional, capaz y con un corazón de oro, gracias por el apoyo, la escucha y esta amistad incondicional que llenó de momentos increíbles estos últimos años. No hubiera podido hacer esto sin la mejor compañera de tesis y no imagino una mejor enfermera que la que vas a ser.

Este es un logro más, que fue posible por ustedes, pero es el tenerlos en mi vida lo que me hace la más afortunada.

***Glenda Arias Castro.***

## AGRADECIMIENTO

A nuestra alma máter, gracias por darnos la oportunidad y el apoyo para formarnos profesionalmente.

A nuestros profesores y profesoras de la Escuela de Enfermería, gracias por ayudarnos a ser mejores enfermeras y personas. En especial a la profesora Rocío Barrientos Monge, Patricia Araúz Mendoza, Stephanie Corrales Rojas, Ana Julieta Díaz Meléndez, y Andrea Vargas Rojas porque además de excelentes profesoras, son modelos a seguir, gracias por enseñarnos con paciencia y consideración, amar lo que hacen, mostrarnos lo que es la enfermería realmente y de lo que somos capaces.

A nuestras familias y amigos, gracias por siempre estar, darnos su fuerza, motivación y apoyo cuando la necesitábamos. No hay palabras que expliquen suficientemente el agradecimiento que sentimos por todos y cada uno de ustedes.

A nuestros compañeros y compañeras, por hacer de la universidad una experiencia única, ser un gran apoyo, permitirnos aprender de ustedes y hacer de los almuerzos los mejores momentos.

A los enfermeros y enfermeras participantes, ustedes son una inspiración para nosotras, gracias por permitirnos conocer una parte importante de quienes son como personas y enfermeros. Sin ustedes esto no habría sido posible.

***Glenda Arias Castro.***

***Valery Paniagua Valverde.***

## Índice General

<b>CAPÍTULO I</b>	<b>01</b>
1.1 Introducción	01
1.2 Planteamiento del problema	03
1.3 Objetivos	09
1.4 Pregunta de Investigación	09
1.5 Área y línea de investigación	09
<b>CAPÍTULO II. Marco Referencial</b>	<b>10</b>
2.1 Marco conceptual	10
2.1.1 Muerte	10
2.1.2 Muerte experimentada como pérdida	12
2.1.3 Enfermería convive con la muerte	13
2.1.4 Enfermería ante la muerte de usuarios pediátricos	16
2.2 Marco teórico	17
2.2.1 Conceptos principales y subconceptos del modelo de adaptación	18
2.2.2 Elementos que intervienen en la entrada al sistema adaptativo	21
2.2.3 Procesos de control del modelo de adaptación	23
2.2.4 Efectores del modelo de adaptación	25
2.2.5 Elementos que intervienen en la salida del sistema adaptativo	27
2.2.6 Afirmaciones teóricas	28
2.3 Marco empírico	32
2.3.1 Antecedentes internacionales	32
2.3.2 Antecedentes nacionales	54
<b>CAPÍTULO III. Marco Metodológico</b>	<b>58</b>
3.1 Modalidad	58
3.2 Enfoque y método	58
3.3. Población participante y muestra	59
3.3.1 Muestra	59
3.3.2 Criterios de elegibilidad	60
3.3.3 Criterios de exclusión	61
3.3.4 Estrategia para la inclusión de los participantes	61
3.4 Contexto donde se desenvuelve la investigación	61
3.5 Unidades de análisis	62
3.6 Recolección de datos	65
3.7 Procedimientos y manejo de los datos	65
3.8 Análisis de los datos	66
3.9 Consideraciones éticas	71



<b>CAPÍTULO IV. Presentación y análisis de resultados</b>	<b>74</b>
4.1 Modo de adaptación fisiológico	80
4.2 Modo de adaptación del autoconcepto	83
4.3 Modo de adaptación de la función del rol	91
4.4 Modo de adaptación de la interdependencia	106
4.5 Años de experiencia laboral	127
<b>CAPÍTULO V. Consideraciones finales</b>	<b>130</b>
5.1 Conclusiones	130
5.2 Recomendaciones	132
5.3 Limitaciones	134
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>136</b>
<b>Anexos</b>	<b>162</b>
Anexo 1. Consentimiento informado	162
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	166
Anexo 3. Cronograma de actividades del TFG	169
Anexo 4. Cuadros de análisis de datos	172
Anexo 5. Carta de aprobación Comisión TFG	193
Anexo 6. Carta de aprobación CEC-UCR	194

## **Índice de tablas**

Tabla 1. Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas	63
---	----

## **Índice de figuras**

Figura 1. Diagrama marco conceptual y teórico	30
Figura 2. Diagrama del proceso de adaptación humano	31

## Resumen

**Objetivo:** Develar el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras al experimentar la muerte de un usuario pediátrico. **Método:** Investigación cualitativa fenomenológica descriptiva, basada en el Modelo de Adaptación de Callista Roy. La recolección de datos se realiza mediante entrevistas semiestructuradas, en las cuales participan 17 enfermeros(as) que se desempeñan en la atención de la población pediátrica en unidades específicas. Los datos son analizados según el método descriptivo fenomenológico de Husserl, mientras que en su organización y presentación se emplea el método de Colaizzi. **Resultados:** La muerte de un usuario pediátrico es destacada como una vivencia inolvidable para los enfermeros(as). El impacto generado media en que estos profesionales presenten manifestaciones físicas, cambios en la visión de sí mismos como profesionales y personas, fallos en el desempeño de su rol, y cambios en sus relaciones interpersonales. **Conclusiones:** Ante un estímulo focal como la muerte de un usuario, los enfermeros(as) experimentan un proceso adaptativo, el cual es diferenciado de acuerdo al individuo que lo vive. El impacto generado provoca en los enfermeros(as) respuestas que abarcan los cuatro modos de adaptación. Apoyo insuficiente a nivel laboral y escasa formación en temas de muerte se plantean como posibles causantes de la dificultad en la adaptación de los enfermeros(as) ante estos fallecimientos.

**Descriptores:** Adaptación, muerte, enfermería, pediatría, investigación cualitativa, Roy

## CAPÍTULO I

### 1.1. Introducción

Cuando médicamente ya no queda nada que hacer, aún hay mucho que hacer por parte de enfermería, pues cuando se da la muerte la intervención del médico acaba, más la de enfermería persiste (Pérez y Cibanal, 2015). Lo anterior, permite entrever la labor significativa que desempeña enfermería en las situaciones de muerte, al proveer los cuidados necesarios al final de la vida, facilitar la elaboración del duelo para los familiares y brindar un acompañamiento valioso (Del Rincón et al., 2008). Sin embargo, a pesar de lo importante de sus intervenciones el proceso de adaptación del profesional frente a esa experiencia puede no ser el mejor.

En la actualidad, Huanca y Velásquez (2018) señalan que la vivencia de la muerte evoluciona cada vez más de manera desadaptativa, lo cual no excluye a los y las profesionales de enfermería, para quienes la muerte usualmente constituye un sinónimo de fracaso en el cuidado y aún así la enfrentan a diario. Enfermería dirige su accionar a conservar y mejorar tanto la salud como la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades, de manera que estos profesionales suelen sentirse más preparados para prevenir la muerte que para aceptarla.

Aunado al antagonismo experimentado por estos profesionales entre el brindar cuidado para preservar la vida frente al proporcionar cuidado para el bien morir, también manifiestan otra contradicción que supone dificultades en su afrontamiento de la muerte de un paciente, “el sentir vs el no sentir” pues por una parte se encuentra el distanciamiento emocional deseable para estos profesionales (Pérez y Cibanal, 2015, p.1216) y por otro lado se presenta la vinculación afectiva establecida de manera natural al brindar cuidado a personas, en especial a niños y niñas, donde los lazos que se crean suelen ser estrechos e inevitables (Vega et al., 2013).

En consecuencia, enfermeros y enfermeras se ven expuestos a la confrontación emocional generada por lo que piensan y lo que sienten, dando lugar a

sentimientos de angustia y a emociones contenidas, así como a la adopción de mecanismos psicoafectivos de defensa como el distanciamiento y la no vinculación emocional para hacer frente a las pérdidas constantes (Pérez y Cibanal, 2015). Por tanto, los y las enfermeras sufren procesos de duelo prolongados o permanentes, llevándolos incluso a presentar efectos patológicos (Pérez y Cibanal, 2015).

Aunado a lo anterior existe una relación, ya sea positiva o negativa, entre el afrontamiento de la pérdida y las respuestas adoptadas por la persona en distintos ámbitos, donde intervienen diversos recursos personales, los cuales determinan cómo el profesional se adapta a la muerte y su sufrimiento, generando reacciones muy diversas a un mismo suceso (Henao y Quiñonez, 2019). De la misma forma lo indican Díaz de Flores et al. (2002), al resaltar la relación entre la complejidad del ser humano y su proceso de adaptación, lo cual da lugar a que cada persona, y en este caso cada profesional de enfermería, se adapte de manera diferente.

Acorde con lo anterior, el abordaje planteado para la presente investigación es cualitativo, en este caso con un diseño descriptivo fenomenológico, ya que se pretende develar la “esencia de la experiencia compartida” (Hernández, 2014, p.493), es decir, lograr visualizar el fenómeno como es, a partir de la descripción personal de la experiencia de cada uno de los y las participantes, descubriendo confluencias a partir de tales vivencias.

A través de este enfoque, se busca que el estudio pueda aportar al vacío de conocimiento existente actualmente a nivel nacional, así como generar evidencia a en el ámbito internacional sobre cuál es el proceso de adaptación de los y las profesionales de enfermería ante la muerte de un niño, pues al ser quienes proveen atención directa es una situación de la cual ninguno se encuentra libre de experimentar.

Por consiguiente, la finalidad de la investigación es dar a conocer el proceso de adaptación de los y las profesionales de enfermería ante la muerte de un niño o niña, de tal forma que los resultados puedan proveer los insumos para implementar

estrategias orientadas a mejorar o reforzar la adaptación positiva de estos profesionales, logrando así proporcionar mayor eficacia en el cuidado de enfermería que se brinda, así como en la gestión del mismo.

## **1.2 Planteamiento del problema**

La muerte es un proceso complejo, universal, irrevocable, desconocido e inherente al proceso vital (Huanca y Velásquez, 2018). Más aún cuando constituye un resultado directo de la condición de vitalidad misma, es un fenómeno raramente aceptado cuya vivencia suele traer impregnados sentimientos de pérdida, angustia y miedo (Huanca y Velásquez, 2018), los cuales dan lugar a que la muerte sea concebida como una experiencia extraña, única y muy personal, e inclusive difícil de afrontar tanto para quien la vive en carne propia como para sus allegados.

De modo que surge la incógnita de ¿cuál proceso resulta más difícil, morir o presenciar la muerte? (Eissler, citado por Flores, Castro y Quipildor, 2019, p.26). Se podría decir que ambos, no obstante la persona próxima a la muerte se enfrenta a un sufrimiento autolimitado, mientras que los demás implicados con esta viven un sufrimiento cuyo límite aún no puede determinarse y al cual les es exigido sobreponerse, afrontarlo y adaptarse.

El proceso de adaptación frente a una muerte es atravesado por aquellos cercanos o implicados con la persona fallecida, los cuales no se reducen a amigos y familiares, sino también a los profesionales de salud, quienes conviven de la mano con la muerte, más aún en la actualidad donde este fenómeno ha sido institucionalizado (Marchán, 2016) llevando a que la mayoría de las muertes se consumen en los centros hospitalarios (Carmona y Bracho de López, 2008). Donde además, esta nueva forma de percibir la muerte lleva a que los familiares asuman un rol pasivo, mientras enfermería adquiere un papel protagónico en estos procesos (Huanca y Velásquez, 2018).

La magnitud del impacto experimentado a raíz de una muerte puede variar, de manera tal que aunque estos profesionales se desenvuelven diariamente

enfrentando procesos de muerte, algunos fallecimientos calan de manera más significativa que otros. Las vivencias asociadas a la pérdida de un infante en el ámbito clínico son descritas como inolvidables (Huanca y Velásquez, 2018), pues en dicho contexto es donde el fenómeno se manifiesta más intensamente, basado en dos factores, los cuales caracterizan cómo impacta la pérdida de un usuario a un enfermero o una enfermera que labora con población pediátrica.

El primer factor condicionante de la huella generada por ciertos procesos de muerte, es la edad, ya que cuando esta se presenta en infantes o adolescentes la connotación social atribuida interviene en que el impacto emocional sea mayor al experimentado con la muerte de personas de edad avanzada, pues una edad más madura es equivalente a un mayor recorrido a través de las distintas etapas de la vida, lo cual favorece en cierta parte la aceptación de su pérdida, percibiendo esta muerte como algo posible o esperable (Cartiel y Navarro, 2017).

Por lo contrario, el fin de la vida de un niño o niña es un suceso en su mayoría inconcebible, ya que representa una alteración en el orden natural de la vida, corresponde al final de las posibilidades de crecimiento, cambio, renovación y transición por las distintas fases (Cartiel y Navarro, 2017).

Todas estas ideas se encuentran arraigadas a la sociedad y por lo tanto influyen también la práctica de la enfermería en unidades pediátricas, donde la muerte de un niño o niña es percibida como un hecho injusto (Cartiel y Navarro, 2017), conduciendo de esta manera a mayor sensación de vacío y sufrimiento (Elise y Koller, 2015). La convivencia con estas situaciones ocasionan decisivamente sentimientos desagradables, pues para el enfermero o enfermera es devastador tanto el pensar que el infante no ha vivido el tiempo necesario para culminar sus planes de vida, como la percepción que él o ella en su papel de enfermería no fue capaz de frenar ese proceso de muerte (García et al., 2014).

Asimismo, otro factor condicionante del impacto ante una pérdida y por ende el proceso de adaptación, es la vinculación afectiva, dado que el profesional de

enfermería es quien se encuentra la mayor parte del tiempo con los pacientes, lo cual le permite establecer relaciones de confianza y afecto, (García et al., 2014) así como formar lazos fuertes y significativos que resquebrajan los límites entre lo laboral y personal, dando lugar a una mayor carga emocional para el profesional de enfermería quien vivencia el proceso de muerte del menor (Barría y Fontealba, 2014).

Sin embargo, existe otro factor relevante a considerar, si bien es cierto morir es un proceso que de manera obligatoria es experimentado por todas las personas, resulta trascendental conocer con qué frecuencia la muerte se manifiesta durante la etapa de la niñez, ya que esto se relaciona directamente con el objeto de estudio de la investigación, el proceso de adaptación de los enfermeros y enfermeras a dicha muerte.

Desde la visión construida socialmente y permeada por la cultura, la figura de los niños y niñas encarna el concepto de salud y vitalidad, por lo que dentro del imaginario social los infantes se asocian directamente al futuro, al crecimiento e incluso son vistos como un proyecto que apenas inicia (Cartiel y Navarro, 2017). No obstante, esta concepción puede ser alterada cuando se presentan enfermedades transmisibles, crónicas y sucesos acontecidos en su propio entorno, los cuales pueden llevar a un niño o niña a la muerte (Martino, 2007).

En la actualidad, dos tercios de la mortalidad infantil ocurren durante el primer mes de vida, como resultado de anomalías congénitas, infecciones o complicaciones perinatales, no obstante, el tercio restante es consecuencia de muertes súbitas, accidentes, maltrato infantil y enfermedades, algunas de las cuales han tomado fuerza en los últimos años como lo son enfermedades agudas graves, el cáncer y otras afecciones crónicas (Martino, 2007).

Lo anterior no deja por fuera a nuestro país, donde a pesar de que los indicadores utilizados para medir la mortalidad infantil han mostrado una tendencia a la disminución en comparación con años anteriores, aún estas causas de muerte prevalecen, dando lugar a defunciones pediátricas.



En Costa Rica, la tasa de mortalidad infantil durante el 2021, según las cifras preliminares reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2021), fue de 8.09 por mil, lo cual quiere decir que por cada mil nacimientos fallecieron aproximadamente 8 niñas o niños antes de cumplir el año de edad.

Asimismo, la tasa de mortalidad neonatal durante el 2019 corresponde a 6 neonatos fallecidos por cada 1000 nacidos vivos (425 muertes neonatales durante este año), en el caso de los niños menores de 5 años durante el 2019 la tasa de mortalidad fue de 9 fallecimientos por cada mil nacidos vivos (599 muertes de menores de 5 años en este año) y, por último, la tasa mortalidad en niños de 5 a 14 años en el 2019 fue de 2 por cada 1000 niños de 5 años (lo que corresponde a 121 muertes de niños y niñas de 5 a 14 años durante este año) (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021).

Ahora bien, a pesar de que los valores de mortalidad en el país, registrados en los últimos años por el INEC (2021), denotan una tendencia progresiva a la disminución, su incidencia prevalece y se mantendrá a lo largo de los años, por lo cual las muertes de estos infantes continuarán influyendo en los enfermeros y enfermeras involucrados como resultado de ejercer su rol de cuidadores. Estos profesionales, además, probablemente constituyen un grupo numeroso, tomando en cuenta que los niños y niñas fallecen en su mayoría en hospitales, especialmente en aquellos donde se disponen de unidades para atender patologías complejas (Palanca et al., 2009).

Por lo tanto, cabe destacar la frecuencia de fallecimientos presentados en unidades como oncología, neonatología, cuidados paliativos, emergencias y cuidados intensivos pediátricos, donde evidentemente dentro del equipo de salud se encuentran profesionales de enfermería. En Costa Rica, las formas más comunes en las que se presenta el cáncer infantil son leucemias, tumores cerebrales y linfomas (Zamora, 2016), donde la tasa de mortalidad general indica que aproximadamente 3.9 niños mueren por cada 100.000 menores de 15 años (Cuadrado et al., 2017). De

igual manera, lo refieren Moya et al. (2015), al indicar que en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, servicios como el de hemato-oncología registra los mayores índices de fallecimientos.

Otro de los servicios donde se posee una alta mortalidad son las unidades de cuidados paliativos pediátricos, donde la muerte es casi inevitable debido a la progresión de la enfermedad o la ausencia de tratamientos curativos (Palanca et al., 2009). De igual manera, se presenta una alta mortalidad en unidades neonatales ya que estas defunciones constituyen el 77,6% del total de fallecimientos de menores de un año (INEC, 2021).

Asimismo, en unidades de cuidados intensivos pediátricas a nivel latinoamericano, se registra una mortalidad promedio de 13,29% (Campos-Miño et al., 2012). De esta forma resulta fundamental conocer las experiencias de los y las profesionales que se desenvuelven en estos servicios y han presenciado la muerte de algunos de sus usuarios pediátricos, para así lograr identificar las respuestas de la adaptación.

Lo cual tiene trascendencia, pues tener que afrontar frecuentemente un proceso de muerte, como el de un paciente, quien además es un niño o niña, puede traer consigo una serie de consecuencias, manifestadas de manera introvertida o explícita. Las repercusiones sufridas por los profesionales de enfermería ante tal situación pueden generar un impacto negativo extendido a lo emocional y también a lo físico, debido a que como resultado de un malestar emocional es posible presentar alteraciones físicas como cansancio, mareo, debilidad, cefalea, alteraciones estomacales y mialgias, las cuales pueden manifestarse al momento de la pérdida o días después (García et al., 2014), dificultando en variada intensidad el funcionamiento en su vida personal y laboral.

Diversos estudios, como los realizados por Marrero y García (2019), Henao y Quiñonez (2019) y Lledó-Morera y Bosch-Alcaraz (2020), puntualizan la posible influencia ejercida por la escueta preparación que reciben estos profesionales para

convivir con la muerte y la carencia de apoyo hacia estos, sobre la perpetuación de respuestas desadaptativas, planteando ambos elementos como necesidades y posibles causas del mal afrontamiento, así como de los efectos negativos de este.

Las repercusiones de los problemas de adaptación condicionan un deterioro del bienestar de los y las profesionales de enfermería, quienes esencialmente son los cuidadores de la sociedad, por lo que lo anterior podría conducir a un detrimento en el cuidado brindado al paciente y su familia (Henaó y Quiñonez, 2019). Por lo tanto, el presente estudio adquiere relevancia disciplinar y social.

Otro punto a destacar es la factibilidad del desarrollo de la investigación, pues a nivel metodológico se incluye la recolección de datos por medio de plataformas virtuales, lo cual favorece la participación de enfermeros y enfermeras de todo el país, sin que esta implique un riesgo para su salud, debido al contagio por COVID-19.

A su vez, la formación obtenida por las investigadoras a lo largo de su carrera, ha posibilitado el desarrollo y aprendizaje de habilidades, destrezas, conocimientos teóricos y prácticos que favorecen la ejecución de la presente investigación. Lo anterior se evidencia por medio de su conocimiento sobre primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, preparación que brinda mayor seguridad a las y los participantes, al las investigadoras ser capaces de mitigar posibles riesgos de la participación en este estudio.

### **1.3. Objetivos**

#### ***Objetivo general***

Develar el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras al experimentar la muerte de un usuario pediátrico.

#### ***Objetivos específicos***

1. Conocer la adaptación fisiológica de enfermeros y enfermeras ante la pérdida de un usuario pediátrico.
2. Identificar la adaptación del autoconcepto del grupo de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico.
3. Explorar el modo de adaptación en función del rol de enfermeros y enfermeras al experimentar la muerte de un usuario pediátrico.
4. Determinar el modo de adaptación en la interdependencia de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico.

### **1.4. Pregunta de investigación**

¿Cuál es el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras al experimentar la muerte de un usuario pediátrico?

### **1.5 Área y línea de investigación**

Estudio del cuidado de enfermería: Gestión del cuidado

## **CAPÍTULO II**

### **Marco Referencial**

A continuación se exponen los contenidos teóricos que enmarcan la temática, los cuales son necesarios para la comprensión y análisis de los resultados y argumentos presentados en los próximos apartados. Para lograr este objetivo, el presente capítulo se estructura en tres ejes principales: inicialmente se presenta una síntesis de los conceptos esenciales, posteriormente se exponen los fundamentos establecidos en el modelo teórico de Sor Callista Roy, finalizando con la discusión de conocimientos producidos a nivel nacional e internacional.

#### **2.1. Marco Conceptual**

##### **2.1.1. Muerte**

La muerte es un fenómeno abstracto que se manifiesta en la vida cotidiana, de manera que la humanidad se ha familiarizado con su existencia, sin embargo, a pesar de esto la muerte no resulta ser un hecho simple (Pascual, 2011) y esto se traduce en que sea un concepto difícil de definir, ya que su significado varía de acuerdo al periodo histórico en que esta se presente y la percepción que tenga la sociedad de la misma. Es debido a la complejidad de este fenómeno que coexisten distintas definiciones sobre este mismo término, presentando algunas la muerte como una realidad biológica, mientras que otras la abordan desde una perspectiva sociocultural (Arce, 2006).

Desde el ámbito biológico, la muerte constituye una etapa que forma parte del ciclo vital de los seres vivos, de manera que esta se concibe como una consecuencia directa de la vida. Bajo esta misma perspectiva, la muerte es definida como el cese irreversible de las funciones vitales, es decir, se refiere al momento en que el organismo deja de funcionar como un todo (García y Rivas, 2013), lo cual se puede presentar de forma progresiva o súbita (Souza et al., 2013).

Por otra parte, desde la óptica social la muerte se da cuando un individuo pierde de forma definitiva sus funciones mentales y su capacidad de interactuar con otras personas y con su ambiente externo (Ribeiro, 2019). Por ende, este fenómeno puede entenderse como la pérdida irreversible tanto de las funciones del cuerpo como de la capacidad de interacción social, dando así fin a la vida como se conoce y abriendo paso a un futuro incierto.

Por tanto, a pesar de que la muerte se comprende como un fenómeno universal, natural e inevitable, también resulta inexplicable, inimaginable y temible (Pérez y Cibanal, 2015), llevando a que en la sociedad actual predomine el considerar la muerte como un proceso amenazador que expresa el fin de la existencia (Pascual, 2011). Otro de los factores que vuelven a la muerte un proceso aterrador, es la cultura de silencio, ocultación y evasión de temas relacionados a esta (Cara, 2020), otorgándole de esta manera una imagen negativa y convirtiéndola a su vez en un tema tabú.

Ahora bien, lo que da lugar a versiones diferentes de lo que constituye la muerte en las distintas sociedades, es la diversidad cultural que estas presentan, ya que en gran medida la cultura determina la manera en que las personas perciben, dicen o hacen las cosas (Poch y Herrero, 2003 citado por Chaves et al, 2013). Asimismo existen otros factores capaces de intervenir en la forma en que las personas dan significado a la muerte, algunos de estos son características propias como la personalidad, valores, experiencias previas, creencias religiosas y el contexto familiar en el que se desenvuelve el individuo (Rojas y Venegas, 2009 citado en Chaves et al., 2013).

Resulta importante destacar además elementos como la espiritualidad y religión profesadas dentro de una cultura como la costarricense, donde gran parte de su población se reconocen creyentes (Fuentes, 2016). Aunado a lo anterior, de acuerdo con Yoffe (2012) las creencias relacionadas con fuerzas superiores que

ejercen su influencia sobre el universo condicionan el significado y el afrontamiento de la persona creyente a la muerte, ya sea propia o de algún ser querido.

Es decir, a pesar de que la muerte es experimentada por todas las personas, no tiene un único significado y la manera en la que se entiende está influenciada por numerosos factores tanto colectivos como individuales.

### ***2.1.2. Muerte experimentada como pérdida***

Una pérdida es la privación de algo que se ha tenido (Espitia y Moreno, 2017), pero algunas de ellas calan más que otras, ya que unas pueden ser más radicales y definitivas, como las ocasionadas por la muerte (Cabodevilla, 2007). Por tanto, al mencionar una pérdida a lo largo de la investigación, se hará referencia a una pérdida por un fallecimiento, ya que su magnitud llega a ser tal que puede afectar todas las dimensiones de la persona (emocional, física, conductual, cognitiva, social y espiritual) (Cabodevilla, 2007).

Ahora bien, así como “no reaccionamos igual a todas las pérdidas porque la cantidad de afecto que situamos en cada relación es diferente” (Martínez, 2010, p.43), existen diversos factores que intervienen en cómo se asimila la separación, por ejemplo las condiciones en que se presenta la muerte, las cuales en el contexto de enfermería y particularmente en esta investigación, pueden variar dependiendo del servicio hospitalario al cual se hace referencia. Por lo tanto, a continuación se definirán los tipos de pérdidas según Martínez (2010):

- **Pérdida “contra natura”:** Consiste en la pérdida relacionada con la muerte de niños o personas jóvenes, la cual se caracteriza como no natural debido a que ocurre de forma prematura. Inclusive, cuanto más temprano acontezca esta pérdida mayor será la conmoción ocasionada por la muerte, es decir, las respuestas emocionales serán de una intensidad superior, condicionando a su vez un arduo proceso de sanación que deberán atravesar quienes experimenten la pérdida.

- **Pérdida esperada o anunciada:** Son aquellas vinculadas a procesos de enfermedad o contextos bajo los cuales la muerte es un acontecimiento que se espera e incluso se aguarda, ya que en circunstancias de enfermedad y sufrimiento la muerte puede ser vista de manera efímera como un merecido descanso para la persona que ha luchado una gran batalla en vida contra un pronóstico mortal.
- **Pérdida repentina:** Son el tipo de pérdidas que no se imaginan como posibles hasta que suceden, debido a que ocurren de un instante a otro y de manera fulminante, lo que puede complicar la aceptación y asimilación de esta nueva realidad. Dichas pérdidas pueden ser ocasionadas por muertes súbitas, infartos, derrames cerebrales, entre otros.
- **Pérdida violenta:** estas pueden ser catalogadas como un tipo de pérdidas repentinas que se originan además por circunstancias violentas tales como asesinatos, accidentes de tránsito o abuso físico infantil. El asumir una muerte que sucede bajo circunstancias violentas es aún más difícil que aceptar cualquier otro tipo de pérdida, pues al dolor ocasionado por la muerte, que ya de por sí era imprevista, se le añade el dolor de imaginar a su ser querido atravesando el sufrimiento del hecho violento antes de que culminara en la muerte.

### ***2.1.3. Enfermería convive con la muerte***

La muerte puede ser experimentada de dos maneras, como un hecho intrínseco al vivirla personalmente o como un suceso externo al observar su progreso en algún ser cercano. No obstante, ya que el impacto de la muerte predomina en los que quedan y no en los que fallecen (Chaves et al., 2013), se priorizarán dichas vivencias en la investigación.

En lo que a vivenciar procesos de muerte ajenos se refiere, resulta oportuno recurrir a los profesionales de salud, quienes día a día se desenvuelven en un



escenario que actualmente constituye uno de los sitios donde se consolidan la mayor cantidad de muertes (Cara, 2020). El gran avance tecnológico en el ámbito de salud ha ocasionado cambios en la forma en que las personas prefieren atravesar su proceso de muerte, pues es desde 1930 que los hospitales se convierten en el lugar donde se lidia no solo con la enfermedad, sino también con la muerte (Pascual, 2011), llevando a que los profesionales de salud se conviertan en protagonistas.

Es bien sabido que estos profesionales luchan por preservar la vida, sin embargo, cuando esto no es posible, recurren a evitar el sufrimiento ayudando al bien morir de sus usuarios. No obstante, surge la incógnita de si todos los profesionales sanitarios se encuentran implicados de la misma manera en la muerte de sus pacientes. Para lo cual es necesario contemplar, que al hablar del impacto de un fallecimiento, la proximidad es la clave, y es aquí donde enfermería se distingue de los demás profesionales de la salud (Cunha, 2012).

Los enfermeros y enfermeras son quienes a través del cuidado actúan con calidad científica, técnica y humana, procurando satisfacer las necesidades inmediatas de sus pacientes (Cabal y Guarnizo, 2011, Maza et al, 2008). Donde en el ejercicio de su profesión, el trato diario y la cercanía con el usuario y su familia en cada una de las tareas realizadas, se convierten en un determinante inevitable de una implicación afectiva (Costa y Lima, 2005), llevando a la complicidad y a un compromiso del profesional de enfermería con el bienestar de la persona bajo su cuidado.

Por tanto, sobre los hombros de los y las enfermeras reposa la gran responsabilidad de velar por la salud, vida y cuidado de otras personas (Cara, 2020), de forma que en el momento de vivenciar la muerte de un usuario se confrontan la parte humanista y profesional que constituyen a cada enfermero o enfermera, dejando la línea de acción para estos profesionales borrosa. De igual manera lo indica Pérez y Cibanal (2015), al destacar los dilemas éticos a los que se enfrenta enfermería sobre cómo actuar en presencia de la muerte, pues su formación profesional los

impulsa a mantener un distanciamiento emotivo del suceso, mientras que de su parte humana emana la empatía y necesidad de involucrarse emocionalmente con el paciente y su familia.

Pero a pesar de lo anterior, existen circunstancias donde la parte profesional pierde peso y la dimensión humana, social y cultural predominan en el actuar de este profesional ante la muerte, pues durante estos sucesos su saber se vuelve completamente humano y el dolor ajeno se asume como propio (Celma y Strasser, 2015). Por ende, la muerte del usuario resulta trascendental para el enfermero o enfermera que lo cuida, ya que incluso en la muerte del otro, el profesional de enfermería reconoce su propia finitud (Siqueira et al., 2018).

Por otra parte, es conveniente mencionar que uno de los factores que condicionan la percepción de la muerte en el personal de salud, es el modelo curativo bajo el que se desarrollaron como profesionales, ya que en este modelo la muerte es vista como un enemigo e indicador de fracaso terapéutico (Siqueira et al., 2018), potenciando la connotación negativa que le brinda la sociedad a este fenómeno. En vista de lo anterior, muchos enfermeros y enfermeras se ven forzados a asumir el papel de “superhéroes”, lo cual implica no fallar en su propósito de salvar vidas (Siqueira et al., 2018) aunque esto exceda su control, tomando en consideración que la muerte se puede presentar incluso a pesar de recibir la mejor atención y tratamiento médico (Pascual, 2011).

La situación descrita, ocasiona que la muerte no sea bienvenida en este contexto y le suma una gran carga a los profesionales, quienes en la búsqueda de cumplir con expectativas irreales terminan insatisfechos con su trabajo y con una serie de consecuencias sobre su salud física, mental y laboral impactando subsecuentemente la calidad de cuidado que proporcionan (Cara, 2020).

En definitiva la muerte de los usuarios bajo su cuidado, supone una fuente importante de estrés para los profesionales de enfermería, lo cual a largo plazo puede volverse problemático. De manera que resulta pertinente recalcar el concepto del

Síndrome de Burnout (SB), el cual los y las enfermeras son proclives a presentar, más aún en las circunstancias descritas. Dicho padecimiento puede manifestarse en estos profesionales como respuesta psicológica a múltiples factores estresantes, provenientes de diferentes ámbitos, que se prolongan de manera crónica (Perales et al., 2019).

En el caso particular de enfermería, el desgaste profesional es resultado del contacto directo y habitual con otros seres humanos que sufren, generando así un detrimento en la salud del individuo (Costa y Lima, 2005).

Como se ha dicho la enfermería se relaciona constantemente con la muerte, por lo que esta, en la mayoría de las ocasiones, ejerce su efecto impregnando no sólo el ambiente laboral de enfermeros y enfermeras, sino también su vida personal.

#### ***2.1.4. Enfermería ante la muerte de usuarios pediátricos***

La enfermería aplicada en pediatría es la encargada de brindar cuidados a niños y adolescentes, procurando mejorar, proteger o rehabilitar su salud física y psíquica, no obstante, también es a quién le corresponde proporcionar el acompañamiento y los cuidados necesarios para que sus usuarios atraviesen de la mejor forma una circunstancia difícil como lo es la muerte (Urbina, 2012).

La muerte infantil no es un tema habitual de conversación, esto debido a que a nivel social la muerte de un niño se considera un hecho injusto, inclusive aún más a solo la pérdida de una vida (Pascual, 2011), pues este suceso en particular constituye una interrupción a un ciclo biológico (Costa y Lima, 2005) que apenas inicia y cuyo final aún ni siquiera se prevé (Siqueira et al., 2018).

Dicho de otra manera, durante la infancia la muerte no se contempla como una opción posible, a diferencia de lo que sucede en la etapa de la adultez, donde los esfuerzos van encaminados a prolongar los años de vida (Siqueira et al, 2018), mientras que en la infancia cada año por venir se atesora y defiende. Mas cuando no se logra preservar la vida de un niño o niña, quien es percibido como vulnerable,

frágil (Pascual, 2011) y merecedor de cuidado, esto se convierte en un suceso que se asume como trágico (Elise y Koller, 2015) y también negligente.

Por consiguiente, al estar frente al cuidado de un usuario pediátrico, los y las enfermeras pueden llegar a adoptar un grado de responsabilidad excesivo (Perales et al., 2019), debido a que para los niños o niñas estos profesionales representan cuidado maternal, interacción social y satisfacción de sus necesidades, convirtiendo de esta manera al personal de enfermería en una figura de apego para los infantes (Costa y Lima, 2005).

La posición privilegiada no se da únicamente del niño para con el enfermero o enfermera, pues en realidad la cercanía y las circunstancias pueden llevar a que se establezca un vínculo afectivo por ambas partes, el cual consiste en una relación de apego donde dos individuos asumen una proximidad y trato distintivo el uno con el otro (Costa y Lima, 2005).

Este vínculo se establece de forma natural e inevitable, sin embargo, pueden transcurrir acontecimientos como la muerte, que conllevan a la ruptura de este lazo afectivo, dejando tras de sí un periodo de gran inestabilidad emocional, denominado duelo (Cabodevilla, 2007), el cual se concibe como una respuesta esperada ante una pérdida significativa (Costa y Lima, 2005).

Con base en lo mencionado en este marco, se revela una realidad comúnmente eludida, la cual visibiliza la mortalidad diaria de los niños, adolescentes y jóvenes (Martínez, 2010). Todas las muertes pediátricas son percibidas como “contra natura”, sin embargo el impacto ocasionado está influido por las circunstancias bajo las que se presentan, pues que sea esperada o violenta solo añade peso a la difícil tarea, de los enfermeros y enfermeras, de aceptar y afrontar la muerte de más de un niño o niña.

## **2.2. Marco teórico**

La enfermería es una disciplina profesional y su propósito radica en el cuidado del otro, para lo cual se fundamenta en un cuerpo riguroso de conocimientos

científicos y humanistas (Figueredo et al., 2019), cuya columna vertebral es representada por los modelos teóricos enfermeros.

Dichos modelos constituyen grandes teorías conformadas a partir de conceptos y principios teóricos, que permiten establecer una visión amplia e integral de un fenómeno abstracto como lo es la enfermería. Por lo tanto, es a través de estos modelos que se interpretan temas de interés para la disciplina, se define la realidad y el ideal de la enfermería como profesión y se orienta su práctica e intervenciones diarias (Figueredo et al., 2019).

La presente investigación se sustenta en el modelo de adaptación desarrollado por Sor Callista Roy, en este modelo se establecen una serie de conceptos, relacionados entre sí que permiten explicar el proceso de adaptación de las personas a los cambios ocurridos en el entorno.

Algunos aspectos relevantes que influyeron en la teorizante para la construcción del modelo fueron su formación en el área de enfermería y sociología, además de su experiencia laboral como enfermera pediátrica, ya que es a partir de su práctica clínica en este ámbito que obtiene la inspiración para la construcción del modelo que fue presentado por primera vez en 1970. Dicho modelo teórico integra principios del humanismo así como científicos, recurriendo a la inclusión de aportes de teorías de otras disciplinas como la psicofísica y la psicología, para la construcción de los conceptos esenciales del modelo (Ribeiro, 2019; Raile y Marriner, 2011).

### ***2.2.1. Conceptos principales y subconceptos del modelo de adaptación***

El modelo de adaptación construido por Roy gira en torno a un gran concepto principal, la adaptación, del cual se despliegan los conceptos metaparadigmáticos y una serie de subconceptos que se relacionan unos con otros. Por lo cual, en primer lugar es necesario comprender las definiciones de estos conceptos que se engloban en el marco teórico, para posteriormente discutir las afirmaciones teóricas e interrelaciones, que propone Roy entre los mismos.

### **Adaptación.**

De acuerdo con Roy y Andrews (1999), la adaptación hace referencia “al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” (citado por Raile y Marriner, 2011, p. 341). Es decir, la adaptación es un proceso constante al cual todos los individuos se ven expuestos a lo largo de su vida, pues las personas no pueden separarse de su entorno, el cual se caracteriza por ser dinámico, de manera que sus cambios generan en cada persona una necesidad de ajuste a las nuevas condiciones del medio.

Por todo esto, la adaptación puede ser entendida como una integración completa, a nivel psicológico, fisiológico y social (Raile y Marriner, 2011), pero también representa un requisito para alcanzar la salud, pues lograr la adaptación significa, desde la óptica del modelo, lograr el bienestar (Díaz de Flores et al., 2002).

### **Metaparadigmas según Callista Roy.**

Es necesario hacer mención de los conceptos metaparadigmáticos que constituyen la estructura general del modelo conceptual, estos son salud, persona, entorno y enfermería. Los anteriores términos corresponden a definiciones esenciales que no solo se asocian a fenómenos de enfermería, sino que también proveen una noción única de esta diferenciándola de otras disciplinas (Acevedo et al., 2012).

Cabe destacar que la definición de estas palabras varía de acuerdo al modelo o teoría en discusión, ya que, sea cual sea la estructura de conocimiento, esta se encontrará impregnada por la filosofía y el pensar de cada teorizante, lo cual se refleja en las definiciones que se atribuyen a cada metaparadigma. En este caso, Callista Roy los define de la siguiente manera:

- **Enfermería**

La enfermería puede ser definida a partir de dos perspectivas, como una disciplina, la enfermería integra la ciencia y la práctica para proporcionar un servicio vital al influir de forma positiva en la salud del individuo, familia y comunidad. Ahora tomando en cuenta el modelo de adaptación, esta profesión cumple un papel esencial al mediar en la interacción entre la persona y su entorno, facilitando de esta manera el proceso de adaptación (Raile y Marriner, 2011).

De acuerdo con Orta et al. (2007), las enfermeras y enfermeros satisfacen una necesidad persistente en las personas que sufren un deterioro de su salud como consecuencia de invertir grandes cantidades de energía en el afrontamiento, desabasteciendo la reserva requerida para cubrir sus necesidades y alcanzar los objetivos de supervivencia, crecimiento y reproducción. Para esto, enfermería interviene no solo modificando el entorno, sino también incentivando el desarrollo de las capacidades adaptativas de cada persona (Ribeiro, 2019), logrando con sus acciones un impacto positivo sobre la salud, calidad de vida, e inclusive favoreciendo la muerte digna (Raile y Marriner, 2011).

- **Persona**

Las personas son seres holísticos, compuestos por diversas partes que se conjugan y funcionan al unísono para cumplir con un propósito (Acosta et al., 2016). Al mismo tiempo las personas pueden ser consideradas sistemas adaptativos complejos y abiertos, es decir, cada individuo puede ser influido por estímulos provenientes del medio o de sí mismo, ante los cuales debe responder manteniendo el control y la capacidad de adaptación en los distintos modos de vida (fisiológico, autoestima, función del rol e interdependencia). (Raile y Marriner, 2011).

- **Salud**

La salud es entendida en este modelo como un reflejo de la adaptación, es decir puede ser definida como un estado y proceso determinado por la capacidad de adaptación de las personas (Zavala et al., 2019). Por lo tanto, esta no es sinónimo de

vivir lejos de sucesos como la muerte, la enfermedad o el estrés, al contrario la salud puede coexistir con cualquiera de estos estímulos percibidos como negativos, pues su verdadero significado yace en la capacidad de combatir cualquier acontecimiento de la vida del mejor modo posible (Raile y Marriner, 2011).

- **Entorno**

El entorno es definido por Roy y Andrews (1999), como el grupo de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la Tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales” (citado por Raile y Marriner, 2011, p.343).

En otras palabras, el entorno comprende tanto lo que rodea a la persona como su ambiente interno, por tanto actúa como una fuente de diversos estímulos que pueden ser entendidos como factores internos o externos, que impulsan a la persona a ajustarse a este entorno cambiante (Acosta et al., 2016).

### ***2.2.2. Elementos que intervienen en la entrada al sistema adaptativo***

Primeramente es fundamental hacer referencia al concepto de sistema, este consiste en una serie de partes que se vinculan directamente entre sí para funcionar como un todo. Cada sistema, incluyendo los sistemas humanos, poseen elementos de entrada y salida de información, así como procesos de control y de retroalimentación (Raile y Marriner, 2011). La visión del sistema humano que propone Roy, se encuentra integrada por todos los elementos mencionados, siendo importante mencionar cuáles de los conceptos del modelo de adaptación intervienen en la entrada del sistema, como se hace a continuación.

#### **Estímulos.**

Un estímulo es un factor externo o interno presente en el ambiente, capaz de generar una respuesta cuando interactúa con un sistema humano, por ende, el estímulo es determinado como el punto de encuentro entre la persona y el ambiente



(Raile y Marriner, 2011). En este caso Callista Roy define tres tipos de estímulos: el focal, residual y contextual.

En cuanto al estímulo focal este comprende situaciones que requieren un gran uso de energía por parte del individuo, ya que estas eventualidades requieren ser atendidas de manera inmediata (Zavala et al, 2019), de modo que Roy y Andrews (1999) lo explican como “el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano” (citado por Raile y Marriner, 2011, p. 338). Dicho de otra manera, corresponde al factor que mayor influencia genera sobre la respuesta positiva o negativa que manifieste el sistema humano.

Por su parte, un estímulo contextual hace referencia a la presencia de estímulos que pueden considerarse secundarios, es decir, no son las situaciones en las cuales el individuo enfoca su atención (Raile y Marriner, 2011), sin embargo, se encuentran implicadas de forma real en la respuesta que se manifiesta, pues su mayor influencia es ejercida al contribuir positiva o negativamente en la manera en que la persona afronta los efectos del estímulo focal (Zavala et al., 2019).

Con respecto a los estímulos residuales, estos responden a elementos presentes en el entorno de la persona, los cuales son vinculados a la situación por el posible efecto que generan sobre el afrontamiento del individuo, es decir guardan una relación teórica con la situación, por tanto su participación e influencia no puede ser comprobada ni determinada por completo (Raile y Marriner, 2011). Estos estímulos pueden ser representados por valores, creencias, actitudes o expectativas (Zavala et al., 2019).

### **Nivel de adaptación.**

Roy explica este concepto como “un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar de la gama de estímulos con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales de adaptación” (Raile y Marriner, 2011, p.337).

A partir de lo anterior, podemos establecer la relación directa que existe entre este concepto y el de estímulo, pues este “determina si un estímulo provocará una respuesta positiva o negativa” (Raile y Marriner, 2011, p.336). Esto significa que el nivel de adaptación también puede entenderse como un tipo de escala, mediante la cual los estímulos pueden valorarse y determinar si estos alterarán o no el funcionamiento y organización de los procesos vitales. En vista de esto, pueden diferenciarse tres niveles de adaptación, los cuales se describen a continuación.

Cuando los procesos vitales funcionan de manera coordinada y conjunta, logrando así satisfacer las necesidades humanas básicas, se alcanza el nivel de adaptación integrado (Roy, 2000). Mientras que, si el efecto de un estímulo vuelve necesario accionar mecanismos reguladores y cognitivos para lograr una respuesta adaptativa se trata de un nivel de adaptación denominado compensatorio (Roy, 2000).

Por otra parte, una vez que todos estos mecanismos fallan o funcionan de manera inadecuada desencadenan respuestas que se oponen a los objetivos de la adaptación, siendo estas suscitadas por un nivel de adaptación comprometido (Díaz de Flores et al, 2009).

### ***2.2.3. Procesos de control del modelo de adaptación***

La finalidad de cada sistema humano es lograr la adaptación ante los cambios que supone el entorno, para esto recurre al uso de algunos recursos intrínsecos que permiten enfrentar los diferentes estímulos y lograr así la adaptación.

Dentro de estos recursos se encuentran los procesos de control, mediante los cuales cada persona confronta los efectos de los estímulos que los impulsan a la adaptación. Estos están conformados por: los mecanismos de afrontamiento y el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control (Raile y Marriner, 2011).

Los mecanismos de afrontamiento impulsan una respuesta ante los cambios, que puede ser innata o adquirida. Los mecanismos innatos de afrontamiento se

activan de forma natural o automática ante un suceso, puesto que su manera de actuar es guiada por una programación genética propia e intrínseca desde el nacimiento (Raile y Marriner, 2011). Por lo contrario, los mecanismos de afrontamiento adquiridos son métodos que se aprenden a lo largo de la vida y se interiorizan fruto de experiencias previas (Raile y Marriner, 2011).

En cuanto al subsistema de procesos primarios, este se relaciona directamente con los mecanismos anteriormente descritos, pues los subsistemas se activan ante estímulos y producen respuestas con el propósito de controlar las situaciones a las que se enfrenta el individuo (Zavala et al, 2019). Por lo cual los subsistemas que conforman este gran subsistema primario son el regulador y el relacionador, los cuales según indica Roy constituyen mecanismos de afrontamiento en sí mismos (Raile y Marriner, 2011).

En ambos subsistemas intervienen procesos complejos que contribuyen a distinguir un subsistema de otro, en el caso del regulador este se caracteriza por responder de manera instintiva ante los diversos estímulos, debido a que su respuesta está condicionada por las reacciones del sistema neuronal, químico y endocrino (Raile y Marriner, 2011).

En contraste, el subsistema relacionador recluta procesos cognitivos y emocionales, donde además se incluye la percepción, la experiencia y la educación de la persona como factores determinantes en la interpretación y reacción del individuo ante una situación particular (Zavala et al, 2019).

Para concluir con los conceptos asociados a los procesos de control, es preciso destacar también el concepto de percepción establecido por Roy, el cual indica que esta consiste en “la interpretación de un estímulo sensorial y la apreciación consciente de él” (Roy y Andrews, 1999, citado por Perrett, 2007, p.351). El papel de la percepción en el proceso de adaptación es fundamental, pues permite vincular los subsistemas regulador y relacionador para evaluar una situación desencadenada por

un estímulo y generar una respuesta (Raile y Marriner, 2011, Díaz de Flores et al, 2009).

#### **2.2.4. Efectores de modelo de adaptación**

Las reacciones intervenidas por los procesos de control son ejecutadas por los efectores, los cuales corresponden a los modos de adaptación, englobados por el subsistema secundario o de efectos (Raile y Marriner, 2011). De acuerdo con Roy (2000), estos comprenden los medios de manifestación de los procesos adaptativos individuales, es decir, por medio de cada modo se evidencian las actividades de los subsistemas y las reacciones de los individuos a los estímulos ambientales (Raile y Marriner, 2011).

Los modos representan la adaptación de las personas en un área concreta (fisiológica, autoconcepto, rol e interdependencia). De igual forma, cada uno de estos posee una necesidad básica que debe ser cubierta para poder alcanzar la adaptación, dicho requisito varía dependiendo de, si los modos de vida se analizan de manera personal o grupal.

No obstante, tomando en consideración la metodología establecida para la investigación, únicamente se observarán desde una perspectiva individual. Por tanto, en la teoría de Callista Roy se establecen cuatro modos de adaptación, los cuales se explican de la siguiente manera:

En primer lugar, el modo fisiológico se relaciona con “la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas” (Masters, 2015, p.130) que se producen en el organismo al entrar en contacto con los estímulos ambientales. En específico, se recurre al modo fisiológico para hacer referencia a la adaptación de un único individuo (Masters, 2015), donde la necesidad básica subyacente es la integridad fisiológica, la cual comprende el funcionamiento del cuerpo como un todo para así lograr satisfacer las cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección (Raile y Marriner, 2011).

Con respecto al modo de autoconcepto, este toma como prioridad la dimensión psicológica y espiritual del sistema humano, particularmente la percepción interna, sentimientos y creencias que una persona tenga sobre sí misma en un momento concreto, en otras palabras su autoconcepto (Raile y Marriner, 2011). Entonces se puede determinar que este término hace alusión a un reflejo de cómo se ve la persona a sí misma, lo cual puede ser influido por la interacción social y las reacciones que presentan los demás frente al individuo (Gutiérrez, 2007, citado por Zavala et al., 2019).

A su vez, el autoconcepto se compone de dos elementos, el yo físico que consiste en las percepciones del propio cuerpo y el yo de la persona, el cual contempla sus expectativas, valores, ética y espiritualidad del ser (Raile y Marriner, 2011).

Todos estos elementos intervienen en la gran abstracción que es el autoconcepto, la cual adquiere relevancia ya que constituye una necesidad básica para cada ser humano, pues es a través de este que cada persona puede conocer quién es y a la vez reconocerse como un ser con una existencia significativa en el universo (Raile y Marriner, 2011), lo cual es el primer paso para no solo “existir bajo un sentido de unidad” (Roy, 2000, p. 142) sino también para saber cómo actuar en la sociedad.

En lo que respecta al modo de función de rol, este se fundamenta en la asunción del rol del individuo en la sociedad. Por lo tanto, es necesario aludir al significado de la palabra rol, este puede ser comprendido como un papel que debe ser interpretado por el individuo, el cual es dictado y construido socialmente, a partir de cómo se espera que actúe una persona con respecto a las demás (Raile y Marriner, 2011). De ahí que la necesidad básica individual de este modo sea la integridad social, pues para la persona es necesario conocer quién es en relación a otras personas, con el fin de guiar adecuadamente sus acciones hacia los otros (Zavala et al., 2019).

Es importante destacar que generalmente las personas no asumen un único rol, sino que representan papeles primarios, secundarios y terciarios en su estructura social, los cuales pueden variar con el paso del tiempo (Zavala et al., 2019).

Los diferentes tipos de roles se establecen de acuerdo a una jerarquía, los roles primarios son los principales ya que determinan la mayor parte del comportamiento y ejercen su influencia sobre los roles subsecuentes, este papel primario se delimita acorde al sexo, edad y estado evolutivo de la persona (Raile y Marriner, 2011), por tanto este tipo podría ser representado por una mujer de treinta años (Roy, 2000). Mientras que los papeles secundarios son asumidos por el individuo con el fin de cumplir con las tareas que surgen como consecuencia del primario, por tanto siguiendo la línea anterior de ideas, un rol secundario podría ser constituido por el papel de madre, esposa o enfermera (Roy, 2000).

En referencia a los roles terciarios, estos corresponden a papeles accesorios que son elegidos por la persona, pueden incluir la participación en actividades sociales o aficiones personales (Raile y Marriner, 2011). Por consiguiente, la finalidad de estos es contribuir a que el individuo cumpla con sus obligaciones centrales, por lo que una mujer de treinta años, madre, esposa y enfermera podría asumir un rol terciario al ser pintora en su tiempo libre y aficionada al boxeo (Roy, 2000).

El último modo de adaptación es el de la interdependencia, este se basa en las relaciones interpersonales en donde el individuo ofrece y recibe amor, respeto y valores (Raile y Marriner, 2011). Sin embargo, para este modo resultan primordiales las relaciones de carácter afectivo, las cuales se establecen con personas significativas, además de las relaciones de índole social como los sistemas de apoyo. Consecuentemente, la necesidad básica de este modo corresponde a la integridad de estas relaciones (Raile y Marriner, 2011).

#### ***2.2.5. Elementos que intervienen en la salida del sistema adaptativo***

Los elementos que salen del sistema adaptativo se denominan respuestas o reacciones, las cuales se vinculan de forma directa con los cuatro modos de

adaptación, ya que es a través de estos que las respuestas se revelan (Zavala et al., 2019). Existen dos tipos de reacciones que pueden ser diferenciadas por su desigual aporte en el logro de los objetivos de adaptación.

En primera instancia se encuentran las respuestas de adaptación, que pueden ser entendidas como el conjunto de reacciones capaces de aproximar aún más al individuo a conseguir su adaptación y todo lo que ella supone, dígase la supervivencia, los logros de cada etapa evolutiva, la preservación del control ante un ambiente cambiante y transformaciones que sufre la persona y el entorno (Raile y Marriner, 2011)

Por el contrario, las reacciones conocidas como no eficaces, separan al individuo del logro de su objetivo como sistema humano, debido a que se oponen a la integración de la persona con el entorno, generando como resultado un problema de adaptación (Raile y Marriner, 2011).

#### ***2.2.6. Afirmaciones teóricas***

Según la filosofía de Roy, el concepto de adaptación es el origen y la finalidad del modelo, dado que a partir de este emergen los demás constructos y relaciones que dan fundamento a la teoría. Por lo cual es necesario entender no sólo qué significa cada concepto, sino cómo se encuentran vinculados unos con otros en un sistema humano, tal como se muestra en la figura 1.

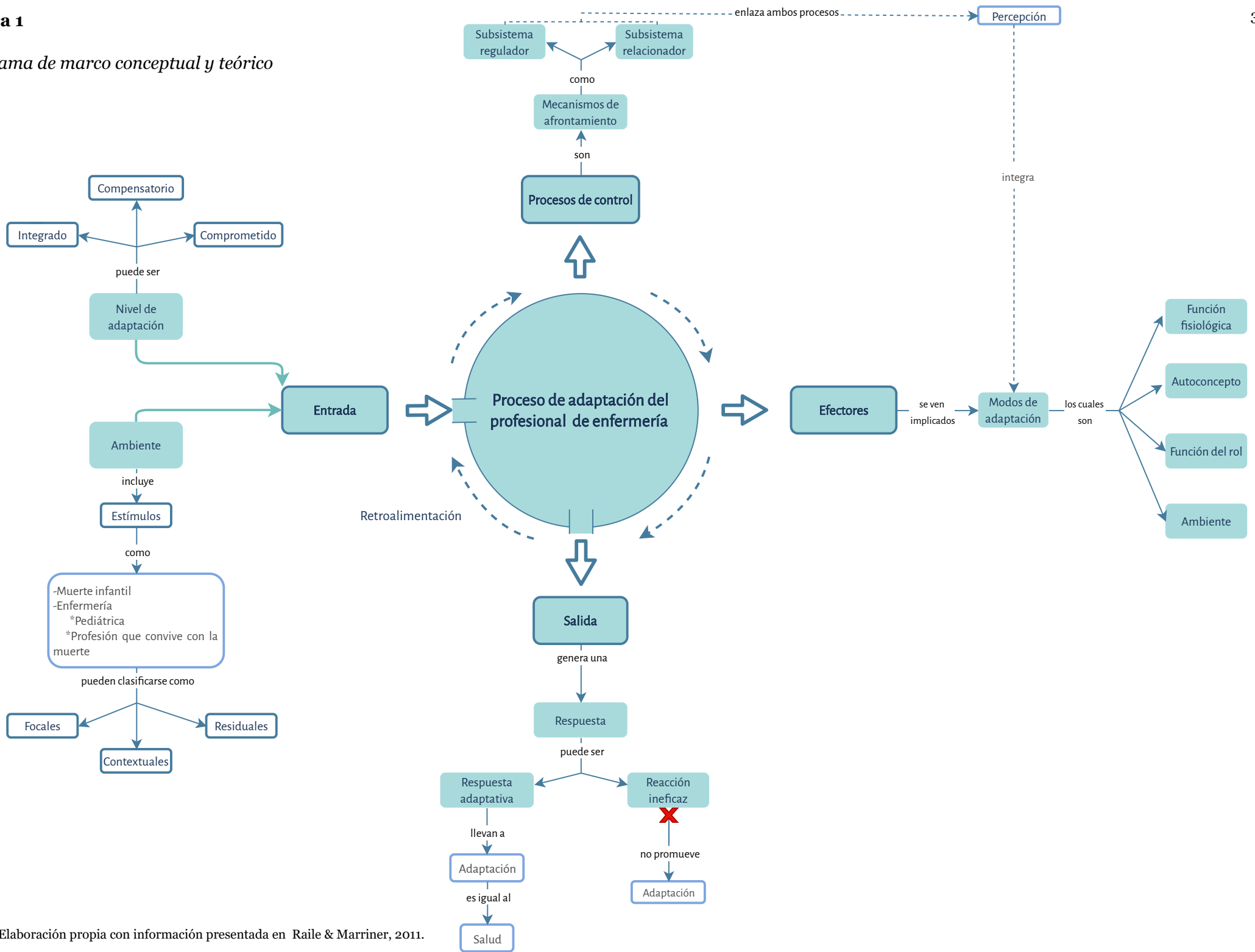
Parte de los cimientos del modelo de Roy, plantean a las personas como seres que no son inmunes ante los cambios que ocurren continuamente en el entorno. En otras palabras, ningún ser humano puede desligarse de su entorno, ambos guardan una estrecha relación entre sí, de manera que uno fuerza al otro a tomar una única dirección, la adaptación (Raile y Marriner, 2011). En resumidas cuentas, el dinamismo del entorno determina que, como sistemas humanos, el objetivo primordial sea constantemente encontrar el equilibrio ante los cambios del ambiente.

Lo anterior sucede debido a que cada persona es un sistema de adaptación complejo y abierto, al que ingresa información en forma de estímulos provenientes

tanto del ambiente como de la persona misma (Raile y Marriner, 2011). Una vez que estos estímulos interactúan con el sistema humano, se da la activación de procesos internos denominados subsistemas regulador y relacionador, quienes permiten interpretar y enfrentar la gran cantidad de estímulos que vienen del ambiente.



Diagrama de marco conceptual y teórico

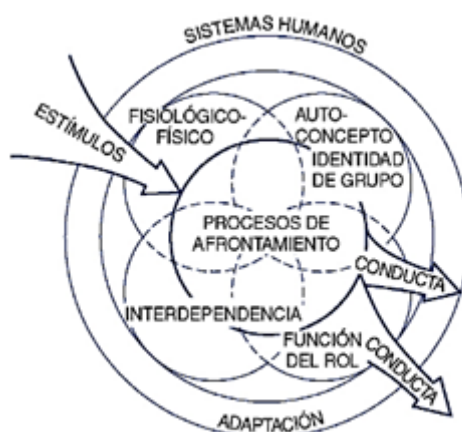


Ambos subsistemas cumplen dichas funciones, no sin ayuda de elementos como la percepción, la cual enlaza ambos subsistemas y media tanto en la clasificación como asimilación de los estímulos (Raile y Marriner, 2011). Por esto la percepción es determinante, ya que solo esta podrá definir cuáles estímulos se entienden como amenazantes, urgentes o secundarios en una situación particular.

Bajo esta misma línea, cuando se procesa la información entrante a través de los subsistemas de afrontamiento regulador y relacionador, se originan una serie de reacciones manifestadas como conductas en los cuatro modos de adaptación, estas respuestas son desencadenadas con la finalidad de afrontar la situación. Las relaciones que se suscitan entre los elementos del sistema humano pueden visualizarse en la figura 2, donde se presenta el diagrama original propuesto por Roy y Andrews (1999), en el cual se exhibe el proceso de adaptación humano.

## Figura 2

*Diagrama del proceso de adaptación humano*



Fuente: Roy y Andrews, 1999, citado por Raile y Marriner, 2011

Ahora bien, en el proceso de adaptación de los sistemas humanos pueden influir diversos factores que guíen a la persona en una de dos direcciones, la primera es continuar hacia el objetivo logrando así la adaptación, la integración con el ambiente y una buena salud, mientras que la otra implica una desviación que

conduce a una interrupción de la integración y un deterioro del bienestar de la persona (Raile y Marriner, 2011).

Considerando lo expuesto anteriormente, se puede concluir que en el presente estudio los enfermeros y enfermeras representan sistemas humanos, los cuales se ven influenciados por los estímulos del ambiente. Un estímulo que resulta particularmente importante y, al que poseen una exposición continua dada su profesión, es la muerte.

La cual no pasa desapercibida, puesto que, a pesar de su habitualidad, cuando se presenta la muerte de un usuario esta es interpretada en su mayoría como una pérdida, más aún en un contexto de atención pediátrica donde la relación entre enfermería y sus usuarios tiende a ser más cercana por factores como la vinculación afectiva. Lo anterior, favorece que el enfermero o enfermera sufra una importante conmoción tras el fallecimiento, que desencadena como resultado un proceso adaptativo.

### **2.3. Marco empírico**

En el siguiente apartado se plasman los hallazgos principales de investigaciones previas sobre el fenómeno, a partir de estos se realiza una síntesis, análisis y correlación con el estudio en cuestión.

#### ***2.3.1. Antecedentes internacionales***

A nivel internacional, la investigación producida sobre la adaptación de enfermería ante la muerte de un paciente se ha caracterizado por ser vasta y focalizada en algunos servicios pediátricos, donde el fenómeno tiene lugar. Asimismo, los hallazgos de estos estudios permiten esclarecer aspectos como la necesidad de profundizar en la temática, considerando la trascendencia del fenómeno en el cuidado de enfermería.

Otros descubrimientos plasmados en estos antecedentes develan una resistencia social a aceptar la muerte de los niños y niñas, que se evidencia a través del silencio y desconcierto ante esta inminente realidad. No obstante, queda claro que a pesar de la evitación que rodea el tema, cotidianamente la muerte de infantes es presenciada por enfermeras y enfermeros, quienes se encuentran a cargo de su cuidado y en el transcurso, se ven invadidos por sentimientos hacia el usuario y su familia.

Lo anterior, ha sido documentado en diversas investigaciones, varias de las cuales se detallan a continuación, exponiendo primeramente un panorama general del fenómeno para luego describir sus manifestaciones en algunas unidades pediátricas donde la muerte es más prevalente. Todo esto, a través de investigación que aporta, en su gran mayoría, una visión del fenómeno desde la enfermería.

En general, ejercer la enfermería en unidades de pediatría y neonatología supone un proceso arduo debido a los factores que confluyen en su práctica. Uno de estos es la integración de los procesos de muerte como parte de la rutina, lo cual contrario a lo que se creería no facilita la asimilación de las pérdidas, pues de acuerdo con las evidencias del estudio realizado en Brasil por Fagundes y Prazeres (2019), la cotidianidad con la muerte vuelve este evento más esperable, pero no menos doloroso ni impactante. De manera que la familiaridad con el suceso, no necesariamente conducen a una inmunidad ante el sufrimiento generado por el fallecimiento de un niño o niña, pues otros elementos propios de la enfermería aplicada en pediatría convierten este proceso de adaptación en una vivencia compleja.

Según los hallazgos de estos mismos autores, el cuidado de niños y niñas se desarrolla de la mano con la creación de vínculos afectivos, los cuales además de ser inevitables son dependientes de la edad, es decir, cuanto más pequeños sean los infantes surgen vínculos más significativos. Ahora bien, este lazo se consolida tanto con el niño como con su familia, por lo que ante la defunción, el enfermero o enfermera experimenta un dolor mediado no solo por la pérdida de un usuario

apreciado, sino también por el sufrimiento que le transfiere su familia (Fagundes y Prazeres, 2019).

No obstante, los resultados de la investigación efectuada en Colombia por Lopera (2015), evidencian que pese al malestar experimentado, enfermería debe permanecer cuidando al otro, pues es a quienes les corresponde, aún después de la muerte, continuar atendiendo las necesidades, ahora de la familia, postergando entonces su dolor propio con tal de contener y no incrementar el ajeno. Por tanto, el sufrimiento vivido por las familias, se atiende a expensas de enmascarar los sentimientos genuinos del profesional, los cuales ciertamente no desaparecen, ni son intervenidos (Lopera, 2015).

Años después esta misma autora realiza una investigación en un hospital terciario en Colombia, mediante la cual aclara los sentimientos prevalecientes en enfermeros y enfermeras que se enfrentan a la muerte, dentro de estos destacan: la angustia, rabia, sufrimiento, tristeza y culpa. Sin embargo, en algunos casos, el fallecimiento de un usuario da lugar a emociones como la tranquilidad, la cual resulta de la satisfacción obtenida por medio del cuidado que se le proporcionó en vida (Lopera, 2017).

Adicionalmente, esta autora revela cómo en la práctica de enfermería se ven implicados dos ámbitos, uno es el profesional, caracterizado por ser objetivo e indiferente, y por otro lado está el humano donde es permitido sentir emociones. Conociendo esto, el enfermero o enfermera, adhiriéndose a la concepción de cultura profesional, reprime su ámbito humano, creyendo que de esta manera se convierte en un mejor profesional, presunción que es desestimada en las conclusiones de este estudio, pues contrariamente se destaca la necesidad de una conciliación entre ambos ámbitos para ejercer la profesión de forma adecuada (Lopera, 2017).

Otros de los hallazgos importantes para establecer un contexto sobre lo que implica la enfermería en un ámbito pediátrico son los obtenidos por Kleis y Kellogg (2020) mediante su investigación realizada en Estados Unidos, donde por medio del

discurso de sus participantes distinguen este tipo de enfermería de las demás, no solo por su complejidad sino también por los efectos, poco discutidos, que tiene esta sobre la salud mental de quienes la practican.

Los efectos psicológicos de su labor se fundamentan en el tipo de usuario receptor de la atención y bajo qué circunstancias se encuentra, en relación a lo último se debe resaltar que los y las enfermeras se enfrentan a casos de traumas accidentales y no accidentales, ahogamientos, casos de abuso y enfermedades degenerativas, donde a pesar de lo complejo del panorama, a este se le suma que quienes se perfilan como las víctimas son niños y niñas, volviendo así la situación aún más injusta y nefasta (Kleis y Kellogg, 2020).

Estas situaciones vivenciadas por el profesional de enfermería en su diario vivir, pueden llegar a ser tan traumáticas que incluso le impidan al profesional separar su vida laboral de la personal, ya que resulta común que enfermeros y enfermeras asocien estas experiencias con sus familias, condicionando sus decisiones como la de tener hijos o no, o hasta presentando problemas al relacionar a sus hijos con sus pacientes (Kleis y Kellogg, 2020).

Al mismo tiempo, Curcio (2014) emprende un estudio en Estados Unidos a través del cual descubre que producto del enlace entre la vida personal y laboral, algunos profesionales de enfermería pueden llegar a asumir a sus usuarios como hijos propios. Este hecho se ejemplifica en la investigación con algunas prácticas realizadas por los enfermeros y enfermeras participantes, como lo son dar obsequios a los usuarios así como preocuparse constantemente por la condición o muerte de su usuario, tanto dentro como fuera de la jornada laboral (Curcio, 2014).

Tal como se ha mencionado anteriormente, atender a un usuario pediátrico que atraviesa el proceso de muerte, suscita una serie de emociones en el personal de enfermería a cargo de su cuidado. En relación a esto, Cunha (2012) concluye mediante su pesquisa realizada en España, que estos profesionales se ven obligados a

activar ciertos mecanismos de defensa a fin de contrarrestar el malestar y preservar la funcionalidad en su labor (Cunha, 2012).

Los mecanismos referidos constituyen estrategias de afrontamiento implementadas por los profesionales ante las pérdidas de sus usuarios, en el caso de Barría y Fontealba (2014) estos por medio de su estudio contextualizado en Chile, identifican tres tipos de estrategias implementadas por sus participantes ante estos sucesos, las cognitivas, conductuales y afectivas.

Dentro de las estrategias de tipo cognitivas, resalta la aceptación del fallecimiento como una parte inherente de la vida, la cual se acompaña de sentimientos de tranquilidad manifestados por el personal. En mayor medida los y las profesionales recurren al afrontamiento afectivo representado por la catarsis con el equipo de trabajo, actitud optimista y buen humor. Por último, el conductual se muestra ya sea al permanecer con los padres durante el proceso, o al contrario, eludiendo en su totalidad la interacción con usuarios críticos o el momento de muerte per se (Barría y Fontealba, 2014).

Por su parte, la investigación desarrollada en Estados Unidos por Kellogg et al. (2014), se enfoca en la descripción de la experiencia de enfermeras pediátricas con la muerte de sus usuarios en una unidad de quemados, por medio de esta se puntualizan los mecanismos más comúnmente utilizados por los enfermeros para el afrontamiento del fallecimiento son la compartimentación de los sentimientos y el desapego o distanciamiento emocional.

Desde la percepción de los profesionales las prácticas anteriormente mencionadas constituyen mecanismos de protección ante un evento desestabilizador, no obstante en el cuidado se ven involucradas dos partes, y es por medio del análisis obtenido en la investigación chilena de Muñoz (2011) que es posible conocer cómo perciben los padres una atención donde median estas estrategias de afrontamiento.

Como tal, el distanciamiento de los profesionales es descrito en el estudio como una posible causa de que los padres conciban al equipo de salud como un ente

agresor y no protector, esto guarda relación con las actitudes de desinterés, alejamiento y falta de compromiso asumidas algunas veces por los enfermeros, las cuales originan un detrimento de la confianza depositada por los padres en este personal para el cuidado de su hijo o hija (Muñoz, 2011).

En contraposición con lo planteado, una investigación situada en Brasil y desarrollada por Camponogara et al. (2020), da a conocer la espiritualidad como una de las estrategias más empleadas por los enfermeros participantes, la cual sobresale en relación a los demás mecanismos empleados dado que apoyo y fortaleza a los profesionales, a la vez que facilita una asimilación más adecuada del proceso.

A su vez deben considerarse los resultados obtenidos por Buckley et al. (2020) en su estudio canadiense, donde se especifican las estrategias de afrontamiento como mediadoras en la afectación sufrida por el individuo debido a la pérdida, es decir, algunas de estas estrategias propician en el profesional un afrontamiento óptimo, al contrario otras contienen el impacto emocional generado por el fallecimiento y otorgan una sensación de control irreal sobre la situación. En otras palabras, el afrontamiento ineficaz ante la muerte de un usuario pediátrico, conduce a un agotamiento clínico y desapego, que inminentemente llega a comprometer la calidad del cuidado que se ofrece (Buckley et al., 2020).

Diversas investigaciones se refieren a las dificultades enfrentadas por enfermería como posibles consecuencias de un vacío en la formación académica, este vacío según la revisión integrativa de literatura realizada por Siqueira et al. (2018), es producto de la fragmentación de la enseñanza, la cual antepone lo corporal a lo humano y enfoca su atención en la capacitación de futuros profesionales que luchan contra un suceso innombrable durante su formación, la muerte. Razón por la cual muchos enfermeros crean una fantasía donde la muerte puede y debe ser evitada, cuando la verdad es que la enfermería se encuentra inmersa en un contexto donde el fallecimiento, en algunas circunstancias, es inevitable (Siqueira et al., 2018).



Ante el desconocimiento que esto genera, los enfermeros y enfermeras se encuentran sin las herramientas para proporcionar el cuidado necesario ni para hacer frente al desequilibrio ocasionado por la muerte, tanto en los demás como en ellos mismos. Por tanto, resulta esperable que los profesionales de enfermería presenten dificultades para adaptarse ante la muerte, dada la carencia arrastrada a nivel universitario en torno a este tema, la cual se intensifica a nivel laboral, donde tampoco se cuenta con apoyo psicológico, capacitación para brindar cuidado al final de la vida o ayuda para afrontar el sinnúmero de pérdidas que se sufren cotidianamente (Siquiera et al., 2018).

En definitiva, la enfermería ejercida en los servicios de pediatría difiere de las demás, no por la presencia de muerte, sino por las condiciones bajo las que esta se instaura, pues supone un entorno laboral hostil para gran cantidad de enfermeros y enfermeras, quienes no poseen los medios para asimilar las pérdidas de tantos niños y niñas. Lo anterior, ha conducido a notables repercusiones en el bienestar de los profesionales, comprometiéndolos como cuidadores y colocando en tela de duda la seguridad de los receptores de dicho cuidado.

No obstante, a pesar de que se ha recabado vasta información aún quedan aspectos del proceso de adaptación de los profesionales de enfermería por develar, por lo cual se plantea la necesidad de profundizar en los diversos contextos donde coexisten enfermeros y enfermeras ejerciendo alrededor de una considerable mortalidad infantil. Por consiguiente, resulta trascendente, primero conocer los hallazgos más relevantes reportados en la literatura en torno al afrontamiento de estos trabajadores los cuales usualmente se enfocan en unidades pediátricas concretas. Posterior a esto, se confronta la información con los datos obtenidos mediante este estudio.

### **Oncología.**

En primera instancia, vale la pena hacer referencia a las repercusiones de la muerte en los profesionales que se desempeñan en unidades oncológicas pediátricas,

dicho fenómeno ha sido ampliamente documentado en la literatura, por lo cual se procurará centrar la atención en detallar cómo es la enfermería desde este ámbito y el afrontamiento de los profesionales inmersos en este contexto.

Un estudio brasileño realizado por Rodrigues de Alencar et al. (2015), hace alusión a la enfermería oncológica como una especialidad enfocada en contrarrestar el efecto destructivo generado por el cáncer, tanto en el niño o niña como en su familia. No obstante, este efecto se extiende también al profesional, dado que al brindar cuidado a un usuario con esta patología se establece un contacto más cercano, continuo, así como una complicidad cada vez más significativa entre ambas partes (Rodrigues de Alencar et al., 2015).

Ahora, es debido a esta implicación resultante de la interacción enfermería-usuario-familia que el profesional de enfermería puede establecer una relación terapéutica y garantizar la calidad del cuidado proporcionado, sin embargo, esto ineludiblemente resulta en un mayor impacto para el enfermero o enfermera cuando acontece la pérdida (Rodrigues de Alencar et al., 2015).

Lo anterior es respaldado por Vega et al, (2013), quienes a partir de los resultados de su investigación realizada en Colombia, concluyen que el cuidado brindado desde la enfermería oncológica tiene un sello particular, pues es aún más amoroso, dedicado, protector, otorga mayor importancia al juego y la alegría de los niños y niñas. Por tanto, se distingue de la atención brindada desde otros servicios, lo cual facilita además que estos infantes lleguen a evocar cariño, confianza y admiración en los enfermeros y enfermeras, dejando huella no solo a nivel profesional, sino también personal (Vega et al., 2013).

Pese a lo mencionado previamente, su código de comportamiento profesional le impide a los enfermeros y enfermeras expresar su sentir en relación tanto a ese lazo afectivo, como a la ruptura del mismo una vez que acontece el fallecimiento. Dado este momento, el profesional se ve obligado a representar una figura de soporte para la familia, la cual requiere su apoyo emocional y acompañamiento (Vega et al, 2013).

Punto que también es destacado en el estudio de Rosado-Pérez y Varas-Díaz (2019) desarrollado en Puerto Rico, donde sus participantes indican que al encarar este difícil suceso, los profesionales de enfermería se ven forzados a asumir una imagen de temple y fortaleza.

Otro aspecto relevante en el estudio de Rosado-Pérez y Varas-Díaz (2019), es que debido a la duración de los procesos de tratamiento oncológicos, durante su transcurso se establece una relación con el usuario, donde su bienestar emocional se antepone al propio, llegando a establecer en algunos casos una afinidad tal que la muerte del usuario se siente como la de un familiar cercano. Lo cual es justificado por Macedo et al. (2019) mediante su revisión integrativa de literatura, en esta atribuye la situación al contexto, pues el cáncer pediátrico trae consigo prolongadas hospitalizaciones, frecuentes reingresos y recurrencia de la patología.

Numerosos estudios se refieren a la muerte como un suceso que no puede pasar desapercibido en la unidad de oncología pediátrica, pues sin importar lo habituados que estén los profesionales de enfermería a la situación, no les resulta fácil lidiar con el estrés generado por las pérdidas (Macedo et al., 2019). En este caso los participantes del estudio confrontan su estrés empleando dos tipos de estrategias, las centradas en la emoción, representadas por la religión, distracciones, apoyo psicológico y social, y las centradas en el problema, por medio de prácticas capaces de mejorar la formación y el conocimiento respecto a la muerte, además de verbalizar las dificultades personales con el equipo de trabajo (Macedo et al., 2019).

En relación a lo anterior, la investigación logró determinar que no existe una estrategia más eficaz que otra, por el contrario, a pesar de que eliminar el problema se considera generalmente la opción más adaptativa, en estas circunstancias puede suponer un mayor desgaste para el profesional dadas las limitaciones terapéuticas presentes al tratar el cáncer, a su vez un enfoque en las emociones puede conducir a una minimización de la respuesta emocional generada por la situación (Macedo et al., 2019). Ante esto, Macedo et al. (2019) apuesta a la posibilidad de utilizar ambas

estrategias de manera concomitante, dados los resultados positivos obtenidos en otros estudios para el alivio del conflicto y la reducción de la tensión emocional.

Pero ¿cómo se reflejan las estrategias empleadas por los y las enfermeras oncológicas en su afrontamiento? La investigación española realizada por Lledó-Morera y Bosch-Alcaraz (2020) busca analizar el afrontamiento de este personal ante la muerte de un paciente pediátrico en distintas unidades hospitalarias, dentro de estas oncología, identificando así el afrontamiento de estos profesionales como uno de los mejores en relación a los demás servicios. No obstante, los resultados de otros estudios evidencian una discrepancia en cómo el personal de enfermería maneja el proceso de adaptación a la muerte del paciente.

Como en el caso de la pesquisa realizada en Hungría por Kovács et al. (2010) donde se identifica en este mismo servicio un afrontamiento caracterizado por una disonancia emocional, debido a que al atender pacientes con cáncer se generan abundantes sentimientos negativos, los cuales tienden a ser reprimidos. En efecto, esta barrera emocional construida por las enfermeras y enfermeros oncológicos tiene su razón de ser en el constructo social, el cual determina que el personal en esta área debe someterse a altos niveles de estrés sin sufrir consecuencia alguna (Davis et al., 2013).

Sin embargo, contrario a este pensar Davis et al. (2013) exponen cómo en realidad las enfermeras se ven afectadas por los niveles de estrés de su entorno laboral, siendo trascendente destacar la influencia de los años laborados y el afrontamiento, ya que contrario a lo planteado por otros estudios, sin importar la cantidad de experiencia laboral el estrés se mantiene prevalente. Tal es el caso de las enfermeras primerizas, quienes son más propensas a renunciar a su trabajo o adoptar estrategias de afrontamiento menos efectivas, mientras que por su parte el personal más longevo en el servicio tiende a experimentar un mayor agotamiento y estrés (Davis et al., 2013).

Bajo esta misma línea, se debe hacer mención de lo descubierto por Jarrad y Hammad (2020), quienes indican en su estudio desarrollado en Jordania, que sin distinción de experiencia, los enfermeros y enfermeras de oncología son más vulnerables a presentar fatiga por compasión, burnout, abuso de alcohol y drogas relacionado al trabajo, depresión y suicidio.

Conforme a lo presentado, se reconocen factores propios de estas unidades que confluyen generando un entorno con abundantes estresores, a los cuales se ven expuestos de manera diaria los profesionales de enfermería, lo cual posiciona a esta especialidad como un ámbito que exige un constante afrontamiento y adaptación ante las pérdidas generadas por cuidar niños y niñas con cáncer.

### **Cuidados intensivos.**

Desde otra perspectiva, la investigación emprendida en Colombia por Acosta et al. (2016) describe los cuidados intensivos como un servicio donde se brinda un tipo de atención singular, dadas las particularidades de los usuarios que ingresan a la unidad, pues cada uno requiere un cuidado altamente técnico y especializado, debido a la gravedad de su pronóstico y su vulnerabilidad ante complicaciones que comprometan su estado vital (Acosta et al., 2016).

Aunado a esto, un estudio realizado en Pakistán permite dilucidar que la dificultad de desempeñarse en este ámbito se intensifica cuando los receptores del cuidado son niños o niñas, pues el nivel de vigilancia de la condición de salud, así como de la rigurosidad de la atención brindada aumenta en comparación con otras unidades de cuidados intensivos (UCI) (Zulfiqar y Rafiq, 2020).

Por su parte, un estudio desarrollado en Colombia por Quiñonez et al. (2020), señalan el objetivo que orienta la atención de los enfermeros de una UCI pediátrica, salvar la vida de cada niño o niña, depositando de esta manera un gran peso sobre los profesionales quienes deben encaminar sus esfuerzos en eludir un desenlace fatal en cada caso, sin embargo, esto es una expectativa inalcanzable en la práctica.

Cuando el cese de la vida se presenta en este servicio, la afectación es determinada por el contexto bajo el cual se dio la muerte, siendo las circunstancias determinantes de que la situación sea más o menos dolorosa para el personal presente. Los casos donde la calidad de vida futura del infante se encuentra comprometida debido a daños neurológicos o enfermedades crónicas, pueden conllevar una percepción de la muerte más benevolente, mientras que ante traumas o enfermedades agudas el fallecimiento se manifiesta como un hecho inesperado, generando una mayor conmoción (Quiñonez et al., 2020).

No obstante, sin importar el tipo o causa de la muerte, ingresar a una UCI es el inicio de un recorrido que puede tomar diversas direcciones. En este, se parte de un sentido de esperanza en la curación, sin embargo, eventualmente la finalidad de los cuidados se dirige a la recuperación o, en cierto punto, el único camino a seguir puede ser la paliación y confort al final de la vida (Quiñonez et al., 2020).

Dado lo anterior, Schirmann et al. (2020) mediante su investigación situada en Brasil, logran confirmar la muerte como parte del diario vivir en una UCI y, por tanto, un acontecimiento previsible para el equipo de enfermería, lo cual podría ser consecuencia de que alrededor de un 82% de los niños y niñas fallecen en una unidad de cuidados intensivos (McConell, 2015).

Tener que trabajar en un entorno laboral donde se producen tantos fallecimientos, la mayoría de estos repentinos, y por tanto catalogados como los más difíciles de afrontar, incide en que casi la totalidad de enfermeros y enfermeras de UCI participantes de investigaciones como la de Lledó-Morera y Bosch-Alcaraz (2020) presenten el afrontamiento más ineficiente, en relación a los profesionales de otras unidades pediátricas.

Acorde a la investigación situada en Brasil y realizada por Costa y Lima (2005), con la finalidad de describir cómo los profesionales de enfermería viven las muertes de niños y adolescentes hospitalizados, se identifican varios factores que

intervienen en el afrontamiento de la muerte dentro de una UCI, uno de estos es el vínculo emocional y su asociación con el sufrimiento suscitado por la pérdida.

La vinculación se intensifica con base en la duración de la estancia hospitalaria, la cual en este servicio suele ser variable, generando que internamientos rápidos lleven a menor implicación del personal (Costa y Lima, 2005). Mas otro factor a considerar es la interacción social, puesto que en algunos casos se desarrolla una relación enfermera-usuario de carácter maternal, lo cual deriva en un apego mutuo importante (Costa y Lima, 2005).

La muerte trae consecuencias, dentro de estas la ruptura del vínculo afectivo creado entre enfermería, el niño o niña y su familia. Ante esto es natural la vivencia del dolor por lo perdido, no obstante, los enfermeros y enfermeras intensivistas experimentan el duelo de una manera característica, ya que debido a su profesión les es exigido continuar con su labor aunque esto implique abandonar o silenciar su proceso de duelo, afectando consiguientemente su adaptación (Costa y Lima, 2005).

Eso es también constatado por Batista (2015), quien en su investigación desarrollada en Brasil, menciona la marginación social del duelo en el ámbito laboral, dicha evitación produce en la persona una sensación ficticia de control sobre el desequilibrio ocasionado por la pérdida. Sin embargo, según indican Perales et al. (2019) en su estudio en España, lo anterior coloca a los profesionales en una posición compleja ya que laboran en un entorno con altos índices de mortalidad, lo cual inevitablemente desencadena multitud de sentimientos, los cuales en su mayoría, no son canalizados de forma adecuada, viendo entonces sobrepasadas sus capacidades y comprometida su funcionalidad.

Por tanto, tal como se ha mencionado, las investigaciones han determinado el duelo de los enfermeros y enfermeras intensivistas como silenciado y no afrontado, aunque en el estudio de McConell (2015), se evidencia que también experimentan un duelo acumulativo. La frecuencia con la que se presentan las muertes en este servicio y la criticidad de los niños atendidos, no dan espacio para la asimilación de las

pérdidas diarias, pues existe la posibilidad de que sin haber transitado todo el proceso de duelo, generado por el fallecimiento de un usuario, prontamente se instaure otro (McConell, 2015).

Ante tal situación, el estudio de Rodríguez-Rey et al, (2018) llevado a cabo en España con médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, establece con base en las estrategias de afrontamiento referidas por sus participantes, que existe una tendencia a adoptar un enfoque centrado en las emociones, a pesar de que este no favorece la resolución del problema, sino su cronicidad. En caso contrario, las centradas en el problema se plantean como las más indicadas para lograr la solución de la situación (Rodríguez-Rey et al, 2018).

A modo de resumen, los resultados de las investigaciones presentadas permiten esclarecer cómo desde un servicio como una UCI pediátrica, la forma de trabajo llega a intervenir de manera directa en cómo se gestiona el afrontamiento y el duelo. Las características de esta unidad corresponden a un ritmo de trabajo activo, meticuloso, donde reciben niños y niñas en un gran estado de vulnerabilidad que los coloca entre la vida y la muerte, razón por la cual a los enfermeros y enfermeras intensivistas les es exigido adaptarse rápidamente a las múltiples muertes experimentadas.

### **Neonatología.**

De modo similar, Dias et al. (2017) mediante su revisión integradora de literatura describen la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como un servicio de cuidado agudo, complejo y especializado, que se encuentra conformado por profesionales y equipo de alta tecnología, empleado con la finalidad de mantener con vida a recién nacidos en estado crítico. Como consecuencia, este es un entorno que sobresale por la aplicación de avances científicos en busca de garantizar la sobrevivencia de niños y niñas cada vez más pequeños (Dias et al., 2017).



Sin embargo, aun cuando se proporciona una atención especializada que no puede obtenerse desde otra área hospitalaria, raramente se cuenta con un pronóstico claro, pues gran cantidad de recién nacidos, a pesar de la atención recibida, mueren. La suma del futuro incierto de cada niño o niña atendido, dar la noticia de la muerte a los padres, implementar medidas terapéuticas sin éxito, experimentar el dolor ajeno y propio, encarar sus limitaciones y los sentimientos de impotencia suscitados, a la larga generan en el profesional de enfermería respuestas forzadas de indiferencia, llevándolos a priorizar la atención de aspectos técnicos y descuidar los de carácter humano (Dias et al., 2017). Consecuentemente, el estudio de Dias et al. (2017), concluye que la mayoría de profesionales de enfermería en esta área presentan dificultades para lidiar con el final de la vida.

Por su parte Iomdina (2008) en su estudio canadiense, hace alusión a cómo el cuidado brindado desde este entorno hospitalario incide en la relación con el usuario y el eventual afrontamiento de su fallecimiento. En una UCIN la forma de trabajo también es particular, pues cada enfermero o enfermera se encuentra a cargo de un número menor de usuarios, lo que le facilita permanecer mayor cantidad de tiempo junto a la cama del niño o niña atendiendo sus necesidades, lo cual crea una cercanía que le permite al enfermero conocer y familiarizarse con los neonatos de la unidad, forjando una relación cada vez más íntima con cada uno (Iomdina, 2008).

Ser enfermero o enfermera de neonatología además implica representar el papel de guardián temporal de cada niño, debido a que a los padres no les es posible estar siempre presentes o no se encuentran en condiciones para proteger adecuadamente al neonato, ante esta necesidad enfermería asume la responsabilidad de velar por los intereses de ese neonato, en virtud de ser su primer padre (Iomdina, 2008).

La naturaleza de la relación establecida entre el enfermero o enfermera y el neonato puede variar, debido a que esta depende no solo de un cuidado prolongado en el tiempo, como determinan algunos estudios, sino que Vasquez et al. (2010)

mediante su investigación realizada en Brasil, reconocen además, la calidad del tiempo invertido con el niño como una de las principales variables a intervenir en el apego, y por ende en la afectación ante el surgimiento de la muerte.

Adicionalmente, Marrero y García (2018) emprenden una revisión bibliográfica con la finalidad de describir las vivencias de enfermeras encargadas de cuidar a una persona al final de la vida, mediante la misma se concibe la existencia de una cruda confrontación entre la vida y la muerte, la cual surge mayormente en el contexto de neonatología, pues el final de la vida se precipita antes de que se dé un verdadero comienzo, generando sentimientos caóticos en el profesional quien mira expectante todas las potenciales vivencias que ese niño o niña y su familia han perdido.

Desde luego en estas circunstancias quienes reciben un mayor impacto con la muerte de los neonatos son los padres, así lo resaltan Renata et al. (2015) en su revisión bibliográfica, señalando a su vez como los y las enfermeras se convierten en figuras de apoyo y sostén para superar ese difícil momento. No obstante, se suele pasar por alto el hecho de que en el proceso, estos profesionales también deben adaptarse constantemente a un evento como la muerte, que no resulta para nada aislado en la unidad de neonatología (Renata et al., 2015).

La adaptación es necesaria ante cualquier pérdida, sin embargo, esta se plantea como un desafío cuando del fallecimiento de un recién nacido se trata. De acuerdo con la investigación de Cobacho y Yang (2011) ejecutada en Brasil, la dificultad presentada por los profesionales de enfermería para afrontar esta dura realidad guarda relación con su noción de lo que implica cuidar, pues permanece una negación de la muerte en el imaginario de estos trabajadores, quienes aún no asimilan que como parte del cuidado, algunas veces es necesario dejar al niño o niña partir.

Con base en el orden de ideas, neonatología corresponde al entorno donde se atienden infantes de menor edad, en una condición significativa de vulnerabilidad

que sumado a una mayor ausencia de los padres, en gran medida conduce a enfermería a asumir un rol protector, el cual condiciona un proceso de afrontamiento dificultoso.

### **Urgencias.**

Tal como se ha conversado, Kolhs et al. (2017) describen en su investigación efectuada en Brasil, a las unidades de urgencias como servicios de atención aguda, lo que determina en gran medida sus características y el tipo de cuidado brindado desde esta área hospitalaria. En dichas unidades todo transcurre más rápido, la toma de decisiones, la atención brindada, el aumento de demanda, entre otros, dando como resultado un entorno tenso y extenuante, donde hay mucho en juego, pues la sobrevivencia de los niños y niñas depende de los cuidados y la eficacia con la que los profesionales los ejecuten (Kolhs et al., 2017).

Contrario a lo que supondría, este mismo estudio identifica a gran parte de enfermeros y enfermeras participantes de su estudio como satisfechos con la dinamicidad ofrecida por las unidades de urgencias, donde se eluden las rutinas y, en la mayoría de los casos, se logra con éxito afrontar situaciones de urgencia complejas, obteniendo como resultado salvar las vidas de usuarios pediátricos (Kolhs et al., 2017)

Los servicios de emergencias pediátricas poseen una alta afluencia, correlacionado con las particularidades de la etapa de la infancia, en la cual la curiosidad y las barreras para medir los peligros generan que este grupo en particular sea un visitante frecuente de dichas unidades (Kolhs et al., 2017). En adición, sus peculiaridades biológicas y psicológicas desencadenan en los niños y niñas una mayor predisposición a ciertos sucesos que pueden ser causas de ingreso al servicio de urgencias. Según el estudio brasileño producido por Condorimay y Silva (2004) algunas de estas causas son accidentes, traumas, enfermedades respiratorias, estados convulsivos, intoxicaciones, procesos infecciosos y parasitarios.

Por su parte, Vásquez-García et al. (2019), realizaron una revisión sistemática de literatura con el objetivo de analizar la percepción y las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud en la atención al final de la vida en los departamentos de emergencias. Como se ha mencionado en otros servicios, el fallecimiento de los usuarios en urgencias también es un hecho esperable, dada la naturaleza de los casos que ahí se atienden. Sin embargo, la muerte en este ámbito puede diferenciarse según su origen, pues la muerte se presenta en pacientes víctimas de sucesos eventuales como alguna patología aguda o secuelas traumatológicas, mientras que por otro lado, es posible encontrar el fallecimiento de un usuario a causa del empeoramiento de la sintomatología de una patología terminal previamente advertida (Vásquez-García et al., 2019).

En definitiva, no se puede predecir el momento en que acontecerá un fallecimiento, si esto fuera posible un ambiente como el de emergencias no sería el ideal para proporcionar los cuidados al final de vida. Vásquez-García et al., (2019), hacen esto evidente al describir urgencias como un entorno caótico, estresante, ruidoso, con una alta demanda y poco tiempo para brindar atención de calidad, sin mencionar que el personal de esta unidad se encuentra capacitado para salvar vidas y no para asistir a su usuario durante su proceso de muerte.

Según Gonçalves (2008) al laborar en un servicio de cuidados críticos como emergencias solo se obtiene una recompensa con la curación y supervivencia de los usuarios, pero cuando esto no es posible, las pérdidas obligan a los profesionales a percatarse de la realidad de que los niños sí mueren, pues a pesar de su corta edad no cuentan con inmunidad ante esta realidad universal e inevitable, por lo cual no queda otra opción para los profesionales más que afrontar las muertes vividas a diario.

En el estudio de Gonçalves (2008), concretado en Brasil, sus participantes señalan dos estrategias de afrontamiento ante la muerte de sus usuarios pediátricos, en primer lugar se menciona percibir el fallecimiento como un medio para lograr un fin mayor a través de la sustracción de órganos que permitirán salvar más vidas, a su

vez se recurre a la racionalización con tal de no identificarse con la condición mortal del niño o niña y que esto genere sufrimiento.

Al mismo tiempo, en la investigación ejecutada por Monteiro et al. (2018) en Portugal, se hace alusión a otras estrategias de afrontamiento utilizadas por los enfermeros al tratar con pacientes que tienen un frágil equilibrio entre la vida y la muerte. Sobresalen dos grupos, el primero integrado por estrategias como la reflexión y análisis del suceso, y otro centrado en el manejo emocional del fenómeno a través de actividades como los pasatiempos, la búsqueda de apoyo en compañeros que han vivido la misma experiencia, la práctica de rituales de duelo, llanto limitado y el establecimiento de límites. Mas aún con todas las estrategias implementadas, sus intentos no han logrado alcanzar su cometido, ya que prevalece una necesidad de desahogo de emociones y una proyección de las experiencias profesionales en la vida personal (Monteiro et al., 2018).

Todavía cabe señalar en torno al afrontamiento, los resultados obtenidos por Morales et al. (2021) en su investigación desarrollada en México, donde se exploran las actitudes mostradas por el personal de enfermería de áreas críticas ante la muerte, siendo la indiferencia la actitud reportada por un mayor número de participantes (67.6 %), lo cual se origina debido a la cantidad de muertes presenciadas y la resistencia al involucramiento manifestada por estos profesionales.

Conforme al estudio de Costa (2011) contextualizado en Brasil, la ausencia de implicación de los enfermeros y enfermeras abarca también a la familia de los usuarios fallecidos, alejando a los parientes del contacto humano y acogedor que requieren ante una circunstancia tan difícil. Cabe destacar que la muerte del usuario tampoco resulta ser un evento fácil de sobrellevar para los profesionales, quienes debido a su condición humana manifiestan una necesidad de cuidados necesarios para lidiar con el dolor, la finitud de la vida, y de esta manera lograr apoyar a otros (Costa, 2011).

Con base en lo conversado, Quiñones y López (2017) llevan a cabo un estudio en España, por medio del cual se especifica la concepción de los servicios de urgencias como las puertas de entrada para pacientes críticos y terminales, pero a pesar de que los profesionales inmersos en este contexto se exponen a la muerte continuamente, el cómo afrontarla o asistirle no forma parte de su expertiz profesional, generando resultados desfavorables en relación a su adaptación ante la muerte de los usuarios. Lo anterior, se correlaciona con los niveles identificados por Quiñones y López (2017) de resiliencia e inteligencia emocional de los participantes del estudio, y la relación que estos guardan con la capacidad de adaptación.

Resumiendo lo planteado, emergencias constituye un servicio que guarda similitudes con otros entornos hospitalarios, mas este se diferencia por ser la puerta de entrada de muchos pacientes, no todos en la misma condición y con distintas necesidades de cuidado. Por tanto, los profesionales de emergencias son los primeros en brindar atención a los usuarios y sus familias, quienes transitan por una situación compleja de urgencia que puede dar como desenlace un fallecimiento.

### **Cuidados paliativos.**

Los cuidados paliativos ofrecen otra perspectiva, muy distinta a la de los servicios expuestos con antelación, ya que según la investigación brasileña de Soares et al. (2009), el enfoque del cuidado en esta área no se relaciona con la curación, más bien se enfoca en la mejora la comodidad a través del alivio del dolor, control de los síntomas y la satisfacción de algunas necesidades. De modo similar, lo indica Da Costa (2015) en su pesquisa cualitativa desarrollada en el mismo país, al referir que el cuidado en este servicio se centra en atender pacientes sin posibilidades de cura, procurando brindarles una atención de calidad y facilitar una muerte digna.

Además, como lo menciona Da Costa (2015) en esta especialidad en particular los profesionales renuncian al modelo biomédico, el cual prioriza las necesidades físicas sobre las demás dimensiones del ser humano, dando en este caso mayor importancia al cuidado integral del infante y su familia. Por esta razón, un apropiado

cuidado paliativo implica la presencia y compromiso del enfermero o enfermera con el paciente (Da Costa, 2015).

La relación enfermera-usuario establecida durante el cuidado proporcionado desde esta unidad facilita que en el momento del fallecimiento se anteponga una sensación intensa de alivio sobre la tristeza, pues en estas circunstancias para el profesional la muerte llega a poner fin a procesos de enfermedad, los cuales han sido acompañados de sufrimiento y dolor para los niños y sus seres queridos (Da Costa, 2015). Esta visión favorece la adaptación de los enfermeros y enfermeras al suceso, brindándoles también la posibilidad de replantearse el valor de la vida y en el proceso obtener gratificación con su labor (Da Costa, 2015).

Ahora, el por qué la adaptación de estos profesionales adquiere relevancia, es que la misma interfiere en que puedan desempeñar de manera adecuada su valioso papel. Tal como lo menciona Herranz (2007) en su estudio concretado en España, los enfermeros y enfermeras ejercen un rol fundamental, al encargarse del cuidado del niño o niña durante su vida, enfermedad y aún después de su proceso de muerte. De la misma manera sucede con la familia del usuario, porque una vez concretado el fallecimiento, enfermería es quien orienta, acompaña y facilita la adaptación ante el suceso (Herranz, 2007).

Sin embargo, los profesionales no siempre tienen éxito al adaptarse ante la muerte de un niño o niña, el estudio desarrollado en Brasil por Verri et al. (2019) lo demuestra por medio del discurso de una enfermera paliativista participante, quien indica que el personal de enfermería hace todo lo posible para ser únicamente profesionales, pero su condición de humanos, les guste o no, impide en gran medida que logren su objetivo.

A pesar de lo anterior, reflejan sus intentos por afrontar la pérdida por medio de estrategias de afrontamiento como prácticas de ocio, recurrir a la espiritualidad como un recurso favorable ante la adversidad, y otras no tan positivas como lo son evitar el contacto verbal con pacientes terminales, ignorar sentimientos que afloran al

enfrentarse a la terminalidad del otro y concebir la propia, además del establecimiento de barreras que buscan un desapego emocional en la relación con el paciente y su familia (Verri et al., 2019).

Al mismo tiempo, los participantes de este estudio esclarecen una estrategia de afrontamiento particular no mencionada en estudios anteriores, la cual consiste en realizar cambios de turno entre compañeros de enfermería, con tal de no permanecer demasiado tiempo con solo un niño y generar apego hacia el mismo (Verri et al., 2019).

Sin embargo, como lo aclara Del Rincón et al. (2008) en su revisión bibliográfica, la cercanía durante el cuidado es necesaria para aliviar la carga emocional que sufre el niño como resultado de su enfermedad o pronto fallecimiento. Ante la muerte de un niño o niña, se encuentran involucradas varias personas, por un lado está el niño como tal, la familia y en última instancia el profesional de enfermería. Todos ellos afrontan esta vivencia de manera distinta, no obstante, en la investigación de Del Rincón et al. (2008), se hace énfasis en cómo el afrontamiento del enfermero o enfermera puede repercutir en la adaptación de las otras partes implicadas, generando que su tránsito por este proceso sea más llevadero o, por el contrario, más traumático.

Ante esto, Ferreira et al. (2015) ejecutaron un estudio cuyo objetivo era conocer las percepciones, prácticas y saberes de un equipo multidisciplinario brasileño en la atención paliativa de usuarios pediátricos, a partir de este se concluye que los profesionales de enfermería deben replantearse cómo entienden el cuidado, pues ante el panorama de un niño o niña próximo a la muerte, el conocimiento científico y procedimientos de índole técnica no bastan, bajo estas circunstancias se vuelve necesario incluir el cariño y humanidad para proporcionar el cuidado integral requerido.

Si bien es cierto el servicio de cuidados paliativos brinda un cuidado centrado en la terminalidad proporcionado por profesionales que cuentan con una formación



sobre temas de muerte, y el afrontamiento de la misma, sigue planteándose como un reto la adaptación ante el fallecimiento de un usuario, más aún cuando de un infante se trata.

### **2.3.2. Antecedentes nacionales**

En contraste, a nivel nacional las investigaciones producidas generan aportes significativos, los cuales en algunos casos coinciden con estudios internacionales. Sin embargo, este hecho y la prevalencia del fenómeno en el territorio no han sido suficientes para incrementar los estudios en el tema, ya que continúa existiendo un vacío en la literatura regional.

No obstante, uno de los aportes nacionales generados en esta materia es realizado por Arce (2006), quien desde la visión de la psicología identifica la existencia de dos tipos de duelo en los profesionales de salud, incluyendo enfermería, siendo uno de carácter profesional y otro personal. Lo anterior, se fundamenta en la experiencia simultánea de la pérdida de la persona, con el dolor, tristeza y sufrimiento resultantes de la misma, muerte que también arrasa con la idea de salvar vidas que, según estos profesionales, es lo que le otorga valor a su quehacer.

El afrontamiento de estas pérdidas suele basarse en la racionalización y negación de la muerte, aludiendo este hecho a un simple gaje del oficio, siendo esto resultado directo del rechazo que existe a nivel social de que un profesional de salud se muestre vulnerable ante la pérdida, y no inquebrantable en medio de una crisis. En ese sentido, las manifestaciones a causa del fallecimiento son representadas por apatía, angustia, pesimismo, confusión, represión de recuerdos, desmotivación, depresión, contener el llanto y pérdida del control (Arce, 2006)

Por otro lado, también se presentan elementos que favorecen la adaptación de los profesionales de la salud, como lo son el apoyo social y la espiritualidad, esta última resulta ser un factor protector muy arraigado a la población costarricense, que se ve permeada por la visión católica predominante en el territorio nacional (Arce, 2006).

Ahora bien, a pesar de que es evidente la negativa del personal de salud a verse afectado por el duelo, existe una tendencia entre las profesiones de salud incluidas en el estudio a adoptar ciertas reacciones particulares, lo cual se asocia a la cercanía en la interacción del profesional con el usuario. Bajo esta línea, Arce (2006) concluye que la medicina tiende a adoptar una visión más distante, mientras que enfermería y psicología establecen una relación más afín con el paciente.

Más todos estos profesionales por igual, son sometidos a un sistema de salud caracterizado por un ritmo de trabajo que deja poco espacio para la interacción, con jornadas extenuantes, poco personal, sobredemanda de servicios, ausencia de mecanismos de apoyo para el profesional y de formación en autocuidado, generando de esta forma una disminución en la calidad de atención que reciben los usuarios y su familia, así como un potencial detrimento de la salud emocional y física del personal que los atiende. (Arce, 2006).

Haciendo alusión a este sistema de salud, Moya et al. (2015) desarrollan una investigación con profesionales de enfermería de los servicios de Medicinas, Cirugías, Cuidados Intensivos y Emergencias del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Saenz Herrera, cuya finalidad fue establecer una guía para el acompañamiento a la familia en caso de la muerte inesperada de un niño o niña, no obstante, identifican algunos aspectos relevantes de la vivencia de los y las enfermeras al afrontar la pérdida de un usuario pediátrico.

En primera instancia, se destaca el surgimiento de una relación enfermera-usuario que es característica de los servicios pediátricos, donde con el pasar del tiempo se crea un vínculo afectivo tanto con el infante como con su familia, conllevando una implicación significativa con su cuidado que no termina con el fallecimiento del niño o niña, y condiciona que la pérdida se viva como propia (Moya et al., 2015).

Haber enfrentado un suceso de esta índole lleva a los profesionales de enfermería a recurrir al uso de barreras emocionales, que limiten la interacción entre

enfermeros o enfermeras y los familiares, con tal de evitar una afectación personal, considerando además que no cuentan con un apoyo psicológico institucional para lidiar con la carga emocional (Moya et al., 2015).

La exposición reiterada a la muerte de niños o niñas bajo su cuidado, llevan al profesional a un inminente agotamiento emocional que en altos niveles incide en una menor calidad de atención, de esta manera lo establecen Cubero y Wray (2020) en su investigación donde describen la correlación entre el riesgo del síndrome de burnout y la satisfacción laboral del personal de enfermería del Departamento de Hemato-Oncología del Hospital Nacional de Niños. En dicho estudio se evidencia que la mayoría de participantes presentan un nivel de alto riesgo de agotamiento emocional, y si bien no es así en despersonalización, el impacto afectivo de su labor ha incidido en que casi la totalidad de los participantes refieran haber tratado en alguna ocasión a los pacientes como objetos impersonales.

Por otra parte, estudios como el desarrollado por Garro y Fernández (2020) confirman la afectación ocasionada por la muerte de los usuarios, la cual necesariamente conduce a los profesionales de enfermería a un proceso de adaptación que resulta más arduo al involucrar a niños y adolescentes. Particularmente este estudio se enfocó en profesionales de enfermería con experiencia laboral en servicios de oncología, y basó su análisis en el modelo de adaptación de Callista Roy, mediante el cual fue posible concluir que el apoyo social adquiere gran relevancia para la adaptación ante la muerte de una persona usuaria, en este caso el apoyo se encuentra representado por familiares, amigos, guías espirituales, compañeros y compañeras de trabajo del personal de enfermería.

Lo relatado conforma los avances científicos producidos en relación al fenómeno, los cuales llegan a una conclusión común, un prevalente vacío en la formación y escasa relevancia atribuida a la muerte y el afrontamiento de la misma en los planes de estudio de enfermería, de manera que se plantea como una necesidad y una posible causa de los procesos desadaptativos.

Los estudios realizados a nivel nacional, permiten visualizar la problemática e identificar sus efectos no solo para los profesionales de enfermería, sino también para los receptores del cuidado. Además, se puede corroborar la escasa investigación sobre la adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de usuarios pediátricos, por ende se determina que este estudio contribuiría con el conocimiento y comprensión del fenómeno a nivel nacional, beneficiando de forma directa el cuidado brindado a los infantes y sus familias.

## CAPÍTULO III

### Marco metodológico

#### 3.1. Modalidad

La investigación se desarrolló bajo la modalidad de tesis de graduación dado que la misma propone una temática y un abordaje novedoso, a partir de los cuales se busca generar un aporte de conocimiento promotor de beneficios para los implicados.

Dicha modalidad, se entiende como una investigación de carácter científico orientada a producir conocimiento novedoso sobre un tema en un área específica (Universidad de Costa Rica, 2020). En este caso, la investigación en cuestión busca no solo generar una contribución teórica en la temática, sino que esta pueda trascender para impactar de manera positiva a los profesionales de enfermería.

Los resultados permitirán a los enfermeros y enfermeras conocer los procesos de adaptación ante el fenómeno planteado, y de manera simultánea develar la necesidad de fortalecer o mejorar las estrategias utilizadas por estos profesionales para responder ante la muerte de un usuario pediátrico. Asimismo, los aportes generados serán benéficos en términos de calidad de cuidado proporcionada por enfermería.

#### 3.2. Enfoque y método

Con tal de alcanzar la finalidad de la investigación, la cual constituye develar el proceso de adaptación del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente pediátrico, resulta esencial una aproximación al fenómeno a partir de las experiencias de enfermeros y enfermeras que lo hayan vivenciado. Por lo cual, el enfoque cualitativo resulta el más adecuado para abordar la investigación, considerando el punto de vista del otro como un elemento fundamental, pues es a partir de la narración de sus diversas experiencias que es posible conocer y entender el significado del fenómeno, lo cual a su vez corresponde a un objetivo de la investigación cualitativa (Do Prado et al., 2013).

Bajo esta misma línea, el método más acorde al objetivo de estudio es el fenomenológico descriptivo, pues este comprende al fenómeno como un mundo por descubrir, por tanto se busca “llegar al fenómeno, develar el sentido de lo que se muestra, llegar a lo que es la cosa” (Marques de Oliveira et al., 2008, p. 255). Para esto resultan claves tanto la experiencia vivida (Palacios y Corral, 2010), como su descripción (Marques de Oliviera et al, 2008), permitiendo por medio de estas dar sentido al significado esencial planteado por los participantes (Do Prado et al., 2013), quienes son los que han experimentado el fenómeno de primera mano.

### **3.3. Población participante y muestra**

La población del estudio corresponde al conjunto de personas, que cumplen con una serie de especificaciones (Landeros et al., 2017) y sobre quienes se busca conocer algún aspecto por medio de la investigación. En este caso, la población está representada por los y las profesionales de enfermería de todo el país que se desempeñen en el área de cuidado directo pediátrico.

#### **3.3.1. Muestra**

La muestra corresponde a un subgrupo de personas seleccionadas de la población, a partir de las cuales se realiza la recolección de los datos (Landeros et al., 2017). El tipo de muestra del estudio es no probabilística, dado que el proceso de selección de los participantes se rige bajo las características de la investigación y de los criterios de elegibilidad establecidos, por lo cual la probabilidad de que cada individuo de la población sea seleccionado, es desconocida (Landeros et al., 2017).

Tomando en consideración que la investigación se rige bajo un enfoque cualitativo, la muestra se determina con el objetivo de descubrir significados, no de generalizar resultados (Polit y Beck, 2011), es decir, la selección de los participantes se encuentra orientada a que los elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible, la cual permita dar respuesta a la pregunta de investigación (Martínez-Salgado, 2012).

Cabe señalar, además, que en estudios como este no es necesaria la mención de un número concreto de participantes desde el inicio, pues en el enfoque cualitativo este se determina específicamente conforme van surgiendo los datos (Martínez-Salgado, 2012). Más aún, en este caso donde el tamaño de la muestra se determina también por la saturación de la información, lo cual alude al momento cuando las investigadoras recopilan la suficiente cantidad de datos para “construir una teoría completa y convincente” (Morse, 1995, p.148).

En cuanto al tipo de muestreo cualitativo, se empleó en primera instancia el muestreo intencionado, ya que este inicia “eligiendo de manera deliberada los casos o tipos de casos que contribuyan mejor al estudio” (Polit y Beck, 2011, p.200). Sin embargo, el anterior se complementó con la inclusión de nuevos participantes mediante el muestreo de avalancha, cadena o bola de nieve el cual consiste en “identificar informantes a través de solicitar a personas conocedoras que recomienden a otros posibles participantes” (Pineda y De Alvarado, 2008, p. 139).

### **3.3.2. Criterios de elegibilidad**

Los participantes incluidos en el estudio cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en la investigación, los cuales son los siguientes:

- Ser un enfermero o enfermera que se desempeñe como profesional de enfermería.
- Laborar en una unidad pediátrica, ya sea de oncohematología, cuidados paliativos, emergencias, cuidados intensivos o cuidados neonatales.
- Poseer una experiencia laboral de mínimo 5 años y máximo 20 años, en una de las unidades pediátricas anteriormente mencionadas, de manera de que exista una mayor probabilidad de haber experimentado el fenómeno.
- Haber vivenciado la muerte de un usuario pediátrico bajo su cuidado.

### **3.3.3. Criterios de exclusión**

Por otro lado, algunos miembros de la población no son seleccionados para participar, debido a que cumplen con el siguiente criterio de exclusión:

- Haber sufrido una pérdida emocional significativa por la muerte de una persona cercana, en un periodo menor o igual a 6 meses, ya que esta muerte puede dar lugar a un duelo complicado, el cual puede no haberse superado en este periodo de tiempo. Por tanto, en caso de participar en el estudio es posible que el enfermero o enfermera reviva emociones y sentimientos no deseados. Más aún considerando que el duelo representa una alteración del equilibrio homeostático o una desviación del estado de salud, por lo que la persona requerirá un periodo de tiempo para volver a su estado de equilibrio (Carmona y Bracho de López, 2008).

### **3.3.4. Estrategia para la inclusión de los participantes**

La inclusión de los participantes se realizó por medio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, considerando tanto a los enfermeros y enfermeras egresados del Posgrado de enfermería pediátrica, como al profesorado del Módulo de Niñez Mórbida. De ambos, se incluyeron participantes, ya sea aplicando el muestreo intencionado, o se obtuvo el contacto de posibles informantes clave por medio del muestreo en bola de nieve.

Las estrategias para la inclusión de los participantes fueron desarrolladas por las investigadoras responsables del estudio y se gestionaron mediante herramientas y plataformas virtuales. Se estableció contacto con los enfermeros y enfermeras durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre, vía correo electrónico o por medios telefónicos.

## **3.4. Contexto donde se desenvuelve la investigación**

El contexto espacial de este estudio corresponde a todo el país, ya que los profesionales de enfermería que forman parte de la población pertenecen a diversas



partes del territorio nacional. Por su parte, el contexto temporal hace referencia a los años 2021 y 2022, durante los cuales se desarrolló la investigación.

### **3.5. Unidades de análisis**

En este estudio se realizó una definición de categorías y subcategorías a priori, “es decir, construidas antes del proceso recopilatorio de la información” (Cisterna, 2005, p.64). Estas fueron establecidas a partir de los objetivos de la investigación y el modelo de Sor Callista Roy. Es importante mencionar, que tal como se muestra en la *Tabla 1* las categorías y subcategorías guiaron además el proceso de recopilación de datos de la investigación, pues cada una presenta su correspondiente forma para recolectar la información, que en este caso son las preguntas que guiaron las entrevistas.

**Tabla 1.***Construcción de categorías y subcategorías apriorísticas*

Pregunta de investigación	Objetivo general	Objetivos específicos	Categoría	Subcategorías	Preguntas de la entrevista
¿Cuál es el proceso de adaptación de las enfermeras y los enfermeros al experimentar la muerte de un niño o una niña?	Develar el proceso de adaptación de las enfermeras y los enfermeros al experimentar la muerte de un usuario pediátrico.	Conocer la adaptación fisiológica de enfermeras y enfermeros ante la pérdida de un usuario pediátrico.	Adaptación	Adaptación en función del rol	-Con base en su experiencia podría comentarnos ¿cómo considera usted que afecta a los enfermeros y enfermeras la muerte de un niño o niña usuario que se encuentra bajo su cuidado? -Una experiencia así genera un impacto que puede afectar de manera diferente a las personas que lo han vivido. Por lo que nos interesa conocer su historia, de manera concreta después de haber vivido la muerte del niño o niña, ¿cómo se sentía usted al desempeñarse como enfermera o enfermero? -Y tras pasar por esa experiencia ¿cómo fue su comportamiento a nivel laboral, familiar, entre otros ámbitos? -Además podría contarnos de manera personal, ¿cómo hizo para continuar con sus labores diarias, después de que se muriera el niño o niña en su servicio?
		Identificar la adaptación del autoconcepto del grupo de enfermeras y enfermeros ante la muerte de un niño o niña.		Adaptación fisiológica-física	Ahora conversando un poco sobre aspectos específicos de cómo fue para usted vivir esta experiencia, nos gustaría preguntar, durante el periodo en que el niño o niña falleció ¿cómo se sentía usted físicamente? -¿Considera que la muerte de este usuario o usuaria afectó su alimentación, sueño o actividad durante el día? - ¿Podría comentarnos si considera usted que se presentaron algunos otros cambios a nivel físico tras haber sufrido la muerte del niño o niña bajo su cuidado? -Y sobre los cambios que usted menciona, ¿cuáles de estos se han mantenido a lo largo del tiempo y no han vuelto a la normalidad?

		Explorar el modo de adaptación en función del rol de las enfermeras y los enfermeros al experimentar la muerte de un usuario pediátrico.		Adaptación en la interdependencia	<p>-También, nos gustaría poder conocer la influencia de este tipo de experiencia en la manera en que nos relacionamos, por esto podría comentarnos tras haber vivido esta muerte, ¿cómo fueron sus relaciones cercanas? Dígame relaciones familiares, con amigos, compañeros de trabajo u otras personas significativas</p> <p>- Y entonces ¿qué aspectos en específico considera usted que contribuyeron a que las relaciones se dieran de esa manera?</p> <p>-En relación con estas experiencias, ¿considera usted que recibió el apoyo que necesitaba?</p> <p>-¿Qué le hubiese gustado encontrar en sus relaciones cercanas cuando vivió estas experiencias?</p>
		Determinar el modo de adaptación en la interdependencia de los enfermeros y las enfermeras ante la muerte de un niño o niña		Adaptación de autoconcepto	<p>-También nos encantaría conocer si como resultado de esta experiencia con la muerte de un niño o niña, ¿usted tuvo algún aprendizaje que supusiera un cambio en su ámbito laboral o personal?</p> <p>-¿Cree que experimentar esta muerte le afectó su manera de percibirse a sí misma o mismo como persona?</p> <p>-De ser así ¿podría comentarnos más a profundidad estos cambios y las causas de estos?</p> <p>- Y a raíz de haber experimentado esta situación y todo el proceso que esta conlleva, ¿se presentó algún cambio en la manera en cómo usted se percibía como enfermera o enfermero?</p> <p>-De ser así ¿podría comentarnos más a profundidad estos cambios y las causas de estos?</p>

Fuente: Elaboración propia.

### **3.6. Recolección de los datos**

La recolección de los datos se realizó por medio de una de las técnicas más utilizadas en investigación cualitativa, la entrevista (Do Prado et al., 2013). Específicamente, se empleó una única entrevista semiestructurada de mediana duración, por medio de la cual se busca develar la experiencia vivida de los participantes. Esto fue posible debido a que este tipo de entrevista constituye no solo una herramienta útil para establecer un diálogo entre ambas partes, sino que también es flexible al adaptarse a las respuestas de los participantes, dando cabida tanto a preguntas abiertas previamente planeadas como a otras surgidas en el momento del encuentro (Do Prado et al., 2013 y Troncoso y Amaya, 2017).

A su vez, se recurrió al uso de las notas de campo como una técnica alternativa que permite describir de forma más completa y precisa el fenómeno (Streubert y Carpenter, 2011). El uso de esta técnica permitió llevar un registro de forma escrita tanto de las observaciones del investigador del entorno (Jara y Valenzuela, 2009) como de los acontecimientos experimentados durante el discurso de los participantes, contribuyendo de esta forma a cumplir con el objetivo de la investigación.

### **3.7. Procedimientos y manejo de los datos**

En primer lugar, se explicó a cada participante el objetivo y la forma en que se llevó a cabo la investigación, posteriormente se procedió a hacer lectura del consentimiento informado donde se detalla el propósito, voluntariedad, confidencialidad, riesgos, beneficios e información relevante del estudio, y una vez que la persona aclaró de forma verbal que acepta formar parte de la investigación, se realizó la recolección de datos por medio de la entrevista.

Con el fin de proteger la privacidad de los participantes y confidencialidad de los datos, se almacenó la información en dispositivos de memoria USB y discos duros personales, externos a la computadora. Asimismo, se incorporó un control de los medios de almacenamiento, ya que la información fue respaldada en una nube segura

con acceso limitado por contraseñas, por lo que solamente las investigadoras principales pudieron acceder a la información y custodiar los datos. Cabe agregar que para tratar los datos se evitó el uso de nombres propios, recurriendo a la utilización de claves o nombres ficticios para cada uno de los y las participantes.

### **3.8. Análisis de los datos**

Los datos fueron organizados por medio del programa Atlas ti 22 para ser posteriormente analizados. La finalidad del análisis de los datos desde el enfoque fenomenológico consiste en preservar la singularidad de la experiencia vivida, a la vez que se logra comprender el fenómeno investigado (Streubert y Carpenter, 2011).

Cabe aclarar que debido a los criterios de inclusión establecidos, se da la posibilidad de presentar alta divergencia en la obtención de los resultados, debido a la participación de profesionales con distintos años de experiencia laboral en el campo. Considerando lo anterior, y con miras de no excluir en la recolección de datos las vivencias de profesionales muy experimentados o, a su vez, las de enfermeros y enfermeras que se han expuesto en menor medida al fenómeno, se realizó el análisis de los resultados obtenidos considerando la diversidad de experiencias de acuerdo a la cantidad de años laborados de cada persona participante.

Por lo tanto, se agruparon de acuerdo al tiempo laborado para posteriormente analizar cada grupo por separado, es decir, dependiendo de los participantes y sus años laborados, un primer grupo está integrado por quienes tienen una experiencia laboral de cinco a menos de diez años, un segundo grupo por los que presentan una experiencia mayor a los diez años pero menor de los quince años y así sucesivamente.

De esta manera, fue posible recolectar diversidad de experiencias, sin suponer inconvenientes en el análisis, al contrario, abriendo la posibilidad de confrontar los resultados de acuerdo a los años de experiencia laboral, y así develar cual es el proceso de adaptación de los enfermeros y enfermeras que han experimentado estas situaciones.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, se realizaron dos procesos de

análisis, el primero permitió describir con profundidad la experiencia narrada por los enfermeros y enfermeras que han vivenciado el fenómeno, mientras que el segundo permitió enlazar dichas narraciones con la teoría establecida por Sor Callista Roy, el modelo de adaptación.

El primer proceso de análisis fue guiado por el método descriptivo fenomenológico de Husserl, el cual establece una serie de etapas a seguir para su análisis. Martínez (2004) menciona los pasos de este método:

**a. Etapa previa**

Hace referencia al proceso denominado por Husserl como la *epoché*, el cual reconoce la existencia de presupuestos básicos propios en relación al tema que pueden llegar a influenciar el rumbo de la investigación, por lo que establece la necesidad de colocar estos entre paréntesis (Martínez, 2004). Consiste en una limpieza de mente, a partir de la cual se reducen al mínimo las ideas preconcebidas para poder conocer al fenómeno tal como es y se presenta (Moustakas, 2011). Para lo anterior, ambas investigadoras desarrollaron un diario reflexivo, el cual permitió mantener en suspenso las suposiciones previas, permitiendo continuar con el proceso de reducción fenomenológica.

**b. Etapa descriptiva**

La segunda etapa tiene como objetivo lograr una descripción del fenómeno de manera completa, libre de prejuicios y fiel a la realidad vivida por cada sujeto, que represente su mundo y situación de forma auténtica (Martínez, 2004). Esta etapa está compuesta por tres pasos, inicialmente se realizó la elección de una técnica o procedimiento apropiado, en este caso la entrevista, la cual fue ejecutada como segundo paso, para proceder al último, la elaboración de una descripción protocolar.

Los primeros pasos requirieron la estructuración previa de los elementos esenciales de la entrevista (Martínez, 2004), grabaciones de la entrevista y transcripciones textuales para aumentar la precisión y contenido de los datos recolectados (Streubert y Carpenter, 2011). Para finalmente, llevar a cabo el tercer

paso en el cual se desarrolló una descripción base que permitió capturar la naturaleza y complejidad del fenómeno descrito, para esto dicha descripción debió cumplir con una serie de criterios determinados por Martínez (2004):

- Que refleje el fenómeno o la realidad justo como se presenta
- Que sea lo más completa posible y no omita detalles considerados insignificantes en su momento, puesto que aunque no lo parezca después esos detalles pueden ser clave para comprender toda la estructura.
- Que no contenga elementos proyectados o influenciados por el investigador
- Que recoja el fenómeno o hipótesis "plausibles",
- Que recoja el fenómeno descrito en su contexto natural, en su situación peculiar y en el mundo propio en que se presenta.
- Que la descripción aparezca realizada con una verdadera "ingenuidad disciplinada"

### **c. Etapa estructural**

Para el desarrollo de esta etapa, se utilizó el método propuesto por Colaizzi en 1948, el cual es habitualmente utilizado en la fenomenología descriptiva, pues la organización, manejo y análisis de datos que este método propone, permiten generar una descripción completa del fenómeno en cuestión (Morrow, Rodríguez y King, 2015). Dicho método consta de 7 pasos (Morrow, Rodríguez y King, 2015; Wojnar y Swanson, 2007), los cuales se describen a continuación.

El primer paso se denomina familiarización, este consiste en realizar una lectura general de la descripción de cada protocolo, por medio de este paso el investigador se sumerge en la realidad narrada por el participante, le permite revivir la realidad y reflexionar acerca de la situación. De acuerdo con Wojnar y Swanson (2007), el propósito de dicho paso es que las investigadoras adquieran un sentimiento de la experiencia y logren dar sentido al discurso de los participantes. No obstante, para lograr obtener una idea general del fenómeno a partir de los relatos, es necesario ahuyentar cualquier elemento que no esté incluido en estos y en cada

relectura procurar una “mente en blanco” antes de comenzar (Martínez, 2004).

El segundo paso corresponde a la extracción de enunciados significativos hallados en las descripciones de los participantes, lo cual permite generar información directamente relacionada con el fenómeno estudiado (Wojnar y Swanson, 2007).

El tercer paso se desarrolla a partir de los enunciados anteriormente mencionados, ya que por medio de estos se formulan significados que permiten descubrir aspectos relevantes del fenómeno (Wojnar y Swanson, 2007).

De esta manera, se continuó con el cuarto paso que consiste en la agrupación de temas, donde las investigadoras reúnen los significados formulados en grupos específicos, que a su vez sean experiencias reiteradas en los relatos de todos los y las participantes (Wojnar y Swanson, 2007). Posterior a la identificación de los grupos de temas o unidades temáticas naturales, se determina el tema central que domina cada unidad temática (Martínez, 2004).

Cabe destacar que en la presente investigación, estos grupos, temas centrales o categorías fueron establecidas a priori, es decir, se determinaron previamente con base en un marco conceptual (De Andrés Pizarro, 2000), el mismo hace referencia a la teoría de enfermería bajo la cual se analizaron los resultados.

A partir de la entrevista se extraen fragmentos de texto u observaciones que constituyen unidades de significado, las cuales posteriormente se clasificaron en grupos temáticos como las subcategorías, quienes al agruparse con otras de su misma clase permitieron establecer categorías (ver tabla 1).

Posteriormente, se continuó con el quinto paso, en el cual se genera un prototipo de modelo teórico que consiste en el desarrollo de una descripción completa del fenómeno, la cual incluye todas las categorías o temas centrales mencionados anteriormente (Morrow, Rodríguez y King, 2015), es decir, consiste en superponer todas las fisonomías individuales con el fin de identificar y describir una estructura general o compartida del fenómeno, que es su esencia. Este paso debe



concretarse al integrar una sola descripción, esta formulación consiste en “una descripción sintética, pero completa, del fenómeno investigado, enunciado en términos que identifiquen de la mejor forma posible, sin equívocos, su estructura fundamental” (Martínez, 2004, p.151).

El sexto y séptimo paso del método de análisis de Colaizzi consisten en someter los hallazgos, de los pasos anteriores, a la validación de los participantes e incorporarlos en el modelo teórico presentado (Wojnar y Swanson, 2007). Sin embargo, ninguno de los anteriores pasos se llevó a cabo en la presente investigación debido a la dificultad de algunos participantes para contribuir en el proceso de validación, por lo tanto únicamente se convoca a los mismos a una reunión donde se divulgarán los resultados finales del estudio, una vez realizada la defensa pública del trabajo final de graduación (TFG).

La sucesión por las etapas previas permitió llegar al último proceso de análisis mencionado al inicio del apartado, la discusión de los resultados, donde se relacionaron los resultados obtenidos con los descubrimientos de otros autores expuestos en la literatura con la finalidad de entender mejor las diferencias, integrar y enriquecer el cuerpo de conocimientos (Ojeda et al., 2019).

En esta discusión, se incluyó la triangulación de tipo teórica, donde se integraron como se mencionó anteriormente, los resultados obtenidos a partir del análisis de las experiencias narradas en las entrevistas, la datos reportados en la literatura, pero además se incluyó el análisis a partir de la referente teórica de enfermería, Callista Roy.

El modelo propuesto por esta teorizante se centra en el concepto de adaptación, el cual es entendido como el equivalente al de salud (Díaz de Flores et al, 2002). Bajo esta línea, Roy propone que cada persona interactúa constantemente con el entorno, obteniendo estímulos de este, los cuales originan reacciones en cada individuo (Raile y Marriner, 2011) evidenciadas por medio de los cuatro modos de adaptación (Zavala-Pérez et al, 2019).

Dichas reacciones pueden ser eficaces, cuando se obtiene una respuesta de adaptación que fomenta “supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno” (Raile y Marriner, 2011, p.343) , o por el contrario, si las reacciones distan de favorecer estos logros, se alejan de los objetivos de adaptación y se denominan ineficaces.

Se espera que a través del uso de múltiples referentes, entre estos el modelo de adaptación, se puedan conocer las experiencias surgidas durante el proceso de adaptación de los enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico, describir una imagen más completa del fenómeno y establecer conclusiones que constituyan la verdad sobre este (Polit y Beck, 2011).

### **3.9. Consideraciones éticas**

La investigación en cuestión resguarda el cumplimiento de aspectos éticos, debido a que se consideran para su desarrollo los principios fundamentales de bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Además, cumple con los requisitos establecidos en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica: de valor social y científico, validez científica, selección no discriminatoria y equitativa de las poblaciones participantes, razón riesgo-beneficio favorable, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto por los participantes (Ley 9234, 2014, art.4).

En primer lugar, con respecto al principio de autonomía, el cual se basa en el respeto por los derechos de cada persona para tomar sus propias decisiones (Arguedas, 2010), se concreta en este estudio con la obtención de un consentimiento informado, donde se incluye el propósito de la investigación, los riesgos y beneficios de participar en ella, así como información relevante del estudio, haciendo énfasis en la voluntariedad al mencionar la libertad de negarse a participar o retirarse en cualquier momento del mismo.

De igual forma se garantizan los principios de beneficencia y no maleficencia, los cuales de acuerdo con Arguedas (2010), consisten en la obligación de no hacer

daño a los participantes de la investigación, buscando siempre que los beneficios sean mayores que los riesgos.

En la investigación en cuestión se contemplaron algunas medidas con el fin de minimizar los riesgos, en primera instancia se encuentra considerar como criterio de exclusión a los enfermeros y enfermeras que han sufrido una pérdida emocional significativa por la muerte de una persona cercana en un periodo menor o igual a 6 meses, de manera que se minimice el riesgo de revivir emociones y sentimientos fuertes que aún no han sido superados, asimismo, las preguntas de la entrevista fueron revisadas y validadas por expertos en salud mental.

Además, otra de las medidas contempladas en la investigación es que las investigadoras se encuentran capacitadas para realizar una intervención en crisis, como un punto a favor en caso de que la entrevista remueva sentimientos no deseados en los participantes, y se presenta la posibilidad de brindar el contacto de especialistas en salud mental en caso de que el enfermero o enfermera requiera asistencia en el momento de la entrevista, o después de la misma.

Por último, se encuentra el principio de justicia, este se fundamenta en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación entre todos los grupos y clases sociales (Arguedas, 2010). Para el cual, se plantea que una vez finalizada la investigación se realice una devolución de los resultados a todos los participantes, mediante una actividad colectiva desarrollada por medios virtuales, para lo cual los participantes recibirán una invitación personal enviada por las investigadoras, quienes serán las únicas que conozcan el contacto de cada participante.

A su vez, se consideran los lineamientos internacionales para investigaciones con seres humanos: Declaración de Helsinki, Informe de Belmont y el Código de Núremberg. Asimismo se busca cumplir con las recomendaciones establecidas por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica.

Es importante mencionar además que los participantes de este estudio tienen

derecho a que se guarde la confidencialidad sobre su identidad e información personal, para lo cual se mantiene el anonimato en el momento de recolección, almacenamiento y divulgación de datos, por lo que se recurre al uso de nombres clave o ficticios para cada uno de los participantes.

## CAPÍTULO IV

### Presentación y análisis de los resultados

En el siguiente apartado se presentan y analizan los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas a las y los participantes del estudio, para esto se contemplan dos partes, en la primera se hace referencia a datos generales de la muestra, mientras que la segunda parte, consiste en exponer y discutir a la luz del modelo de enfermería establecido por Sor Callista Roy y otra literatura vigente, las declaraciones significativas extraídas de las entrevistas, con el fin de develar el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante experiencias de muerte.

El número total de participantes fue de 17 enfermeros y enfermeras profesionales que laboran en unidades pediátricas, de los cuales 13 son mujeres y 4 hombres, con un rango de edad entre los 32 y 56 años. De los mismos, 9 pertenecen a la provincia de San José, 3 a Cartago, 3 a Heredia, 1 a Guanacaste y 1 a Limón.

Dichos profesionales de enfermería se desempeñan en unidades pediátricas, específicamente, 6 en unidades de cuidados neonatales, 5 en unidades de cuidados intensivos, 2 en emergencias, 2 en unidades de oncohematología y 2 en cuidados paliativos.

Finalmente, resulta relevante hacer mención de los años de experiencia laboral de las y los participantes en su respectiva unidad, donde 7 profesionales de enfermería poseen entre 5 y menos de 10 años laborados, 9 cuentan con más de 10 pero menos de 15 años de experiencia, y 1 participante tiene más de 15 pero menos de 20 años de laborar en su unidad pediátrica. De manera que se presentan discursos de profesionales de enfermería que cuentan con una experiencia mínima de 5 a máximo 17,5 años de brindar cuidado directo a población pediátrica.

Ahora bien, de acuerdo con lo dispuesto por Roy, cada enfermero y enfermera como individuo debe ser reconocido como un sistema expuesto e influenciado por estímulos presentes en el ambiente, los mismos desencadenan respuestas en la persona, quien busca lograr la adaptación e integración con el ambiente. En este caso,

los profesionales de enfermería son expuestos constantemente a un estímulo externo que les demanda una respuesta inmediata, este estímulo focal constituye el fallecimiento del usuario pediátrico. La reacción de los participantes ante esta muerte es descrita como un hecho que inevitablemente suscita cambios.

“Uno siempre arrastra un poco, yo pienso que los profesionales no vuelven a ser los mismos cuando ven fallecer a cualquier ser humano, pero un niño es como agh, los niños no están hechos para morirse” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Dicho extracto coincide con los resultados obtenidos en otros estudios, pues se han esclarecido estos procesos de muerte como causantes de una afectación significativa en la vida de los y las enfermeras, aún cuando constituyen un acontecimiento rutinario en su profesión (Fagundes y Prazeres, 2019, Souza y Conceição, 2018).

Sin embargo, se debe considerar que a pesar de que la respuesta de adaptación es desencadenada por el fallecimiento del usuario pediátrico, otros estímulos contextuales o residuales presentes en el ambiente pueden interferir en dicha respuesta de adaptación, tales como el ambiente laboral y los sistemas de apoyo, elementos referidos por las personas entrevistadas.

No obstante, en la literatura se reportan otros factores influyentes en el afrontamiento de la pérdida de los profesionales de enfermería, donde Valle-Figueroa et al. (2019) identifican algunos estímulos contextuales como la edad del usuario, la relación enfermera-usuario y el tiempo de convivencia entre ambos. Mientras que Fagundes y Prazeres (2019) señalan otros factores como los sentimientos experimentados, la insatisfacción, los vínculos personales e interpersonales y la necesidad de apoyo.

Ahora bien, ante la influencia que genera un estímulo en el sistema humano, se activan recursos intrínsecos de este sistema denominados procesos de control, dentro de estos se encuentran los subsistemas de control descritos por Roy, los cuales

median una respuesta más instintiva (subsistema regulador) o más cognitiva (subsistema relacionador) ante el estímulo, buscando controlar la situación a la que se enfrenta el individuo (Raile y Marriner, 2011).

Sin embargo, también resulta trascendental considerar el papel de la percepción en este proceso, ya que la respuesta mediada por los subsistemas es en gran medida dependiente de cómo sea interpretado el estímulo, en este caso la muerte, por el individuo (Díaz de Flores et al, 2009, Raile y Marriner, 2011). Por tanto, se deben considerar diversos factores que influyen en la percepción de la pérdida, a través del discurso de los participantes se esclarecen tres: el significado otorgado a la muerte, la edad del usuario, además del proceso de muerte y tipo de pérdida.

En cuanto al significado otorgado a la muerte, destacan las diversas visiones referidas por los y las participantes, las cuales difieren entre sí dada la personalidad, valores individuales, contextos familiares, creencias religiosas y modelos socioculturales de cada uno de ellos, así como las circunstancias alrededor de los procesos de muerte de sus usuarios (Chaves et al, 2013, Clavijo et al, 2020).

En particular, los entrevistados otorgan significados antagónicos, al interpretar la muerte como un sinónimo de fracaso, pero a la vez, ver la misma como un regalo.

“Pero la muerte para la UCI es fracaso, así es, es un fracaso desde el punto de vista para cuidado intensivo. Cuesta mucho verlo como decir que ya descansó o que ya por dicha ya, porque no” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Creo que es una de las mayores escuelas de vida para los seres humanos, porque... está ahí porque le tememos, porque es inevitable, porque duele, pero al mismo tiempo es un regalo [...] creo que la muerte es un regalo, es una experiencia más para los que estamos acá, es una gran escuela” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Por otro lado, los y las entrevistadas también conciben la muerte como una etapa o un proceso natural que inevitablemente todos debemos atravesar, un paso a otra vida, una pérdida, otros la perciben como el fin de la existencia o encuentran un significado a través de sus creencias religiosas o espirituales. También es vista como una experiencia que genera temor, contribuyendo a una visión de la muerte como tabú. Lo anterior es respaldado por la literatura, donde profesionales de la salud o de enfermería en concreto, definen la muerte desde una idea de finitud, renacimiento, temor, universalidad y, a la vez, indican que su significado se construye alrededor de una cultura de silencio y ocultación (Arce, 2006, Cara, 2020, Lima et al, 2009).

Al mismo tiempo, cuando de la muerte de un niño se trata, los y las participantes poseen ciertas creencias asociadas, distinguiendo la misma de la muerte de un adulto, tal como se evidencia en los siguientes extractos:

“Cuando fallece un adulto uno dice bueno ya vivió, a pesar de que uno no quiere tampoco que fallezcan, pero en los chiquitos que uno dice ese chiquito apenas empezando a vivir con esta edad, con todo lo que tenía por delante, con todo lo que esta familia podía darle” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Muy triste porque, por lo general, el proceso de la vida es que los hijos, por decirlo así, entierren a los padres, no que los padres entierren a los hijos, entonces es algo muy doloroso” (*Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021*)

“Uno siempre tiene como la esperanza, de que aún sabiendo la parte científica y todo... o sea porque es como que se desliga una parte de la otra en ese momento, como la esperanza de que existiera una buena noticia y no fueran a fallecer” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

De manera que los profesionales de enfermería perciben esta muerte como un hecho precoz, antinatural, doloroso y de difícil aceptación, donde el fallecimiento del niño conlleva también la pérdida de las expectativas en lo que sería su futuro.



En concordancia con lo anterior, Palacio y Bernal (2019) indican que la muerte de un niño discrepa del ciclo de vida natural, pues no se debería adolecer la pérdida de un hijo, sino la de un padre. La muerte de un niño no es esperable, se considera precoz e inapropiada, por las etapas sin vivir y los sueños sin cumplir (Fagundes y Prazeres, 2019, Guedes y De Oliviera, 2013). Por tanto, la muerte se vuelve más concebible entre más etapas de la vida hayan sido recorridas por la persona que fallece, el niño o aún más un neonato, se encuentra al inicio de la vida, situación que suscita una mayor dificultad en la comprensión y aceptación de esta muerte, por parte de los enfermeros y enfermeras (Fagundes y Prazeres, 2019).

A su vez, elementos como el proceso de muerte y tipo de pérdida condicionan el impacto sufrido ante el fallecimiento. Los profesionales de enfermería entrevistados indican una mayor afectación ante las muertes que se presentan de forma inesperada, incluyendo en este grupo las visualmente impactantes o traumáticas.

“Si es más duro cuando es una cosa aguda, una cosa de repente, así como un fallecimiento de un niño sano accidentalmente” (*Participante 5, Emergencias y Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Entonces cuando hay menos tiempo de preparación, tanto para el familiar como para nosotros, es cuando es más traumático” (*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Y si es muy traumática la muerte, traumática de que hay sangrados excesivos, o disnea excesiva, o dolor excesivo, a uno le pega más” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

Entonces, se podría pensar que la muerte esperada genera un menor impacto por el proceso de muerte duradero y la posible preparación que conlleva, sin embargo, a pesar de que las y los participantes conocen cuál va a ser el desenlace, igualmente experimentan dolor ante este tipo de pérdidas.

“Uno sabe que iba a suceder, pero eso no quita que duela, o sea eso no quita que pese” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

No obstante, al mismo tiempo estos profesionales destacan el sufrimiento implicado en el proceso de muerte como un determinante de su reacción ante el fallecimiento.

“Ya cuando el niño ha muerto uno siente a veces como un alivio porque hay niños que sufren mucho, la agonía de ellos pasan hasta meses, días, entonces ese niño está sufriendo mucho, el pariente sufre mucho, entonces ya uno siente ese alivio, ya se descarga uno y uno dice gracias a Dios ya descansó [...] ya no tiene que sufrir más” (*Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021*)

De hecho, así se alude a estos tipos de pérdidas en otras investigaciones, pues es el tiempo de preparación con el cual se cuenta para asimilar la llegada de la muerte, el que distingue los sentimientos originados cuando se presenta una u otra. Es por esto que la sorpresa con la cual detona una muerte inesperada se acompaña de frustración, búsqueda de explicaciones y culpa, al ver partir a un niño quien inicialmente contaba con un buen pronóstico de vida (Palacio y Bernal, 2019, Quiñonez et al, 2020, Souza y Conceição, 2018).

Lo contrario ocurre ante un aviso previo de muerte, donde prevalece aún más la “necesidad de dejar ir”, pues la muerte se concibe como la única alternativa viable para detener el sufrimiento de la familia, el niño, e inclusive del profesional de enfermería que los cuida (Guedes y De Oliviera, 2013, Quiñonez et al, 2020, Souza y Conceição, 2018), esto es respaldado también por los hallazgos anteriormente mencionados de Da Costa (2015), quien indica que la muerte en unidades como cuidados paliativos llega a generar un alivio en los y las enfermeras, pues pone fin a procesos dolorosos de enfermedad.

Los factores anteriormente mencionados intervienen en cómo el individuo interpreta el estímulo de la muerte, mas la respuesta final al mismo, es manifestada por los efectores. Es decir, para conocer si el individuo se encuentra integralmente

adaptado a su entorno o no, se deben analizar las respuestas manifestadas en cada modo de adaptación. Solo de esta manera lograremos conocer cuál es el proceso de adaptación de estos profesionales a dicha experiencia, de acuerdo a las distintas áreas propuestas por Roy.

#### **4.1. Modo de adaptación fisiológico**

Tal como se mencionó, la pérdida de un usuario pediátrico genera una repercusión evidente en los profesionales de enfermería que abarca también su ámbito físico. Lo anterior se puede determinar, pues aún cuando los participantes son capaces de satisfacer sus cinco necesidades básicas ante el fallecimiento de un niño o niña, los mismos refieren cambios importantes en algunas de estas necesidades, posterior al suceso.

“A veces no dan ganas de comer, por lo menos un día o dos días” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Cuando hay un fallecimiento en un paciente y más cuando uno se apega, hay mucha empatía, a uno hasta las ganas de comer se le quitan [...] uno no come. Ese sabor amargo no le baja a uno” (*Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Pero es muy difícil porque de verdad uno se premia mucho o se compensa mucho comiendo, [...] un premiecito, o sea hoy que día terrible, vamos por un helado” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Sí, sí afecta claro, de pronto pueden haber hasta cosas como dolor de estómago, no sé como cosas que uno empieza a experimentar y puede ser algo de exteriorizar” (*Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

De modo que la carga emocional ocasionada por el fallecimiento del usuario llega a incidir tanto en el apetito o preferencia de ciertos alimentos, como en la percepción de malestar estomacal. De la misma forma, se señalan cambios en la actividad y reposo de estos profesionales.

“Yo creo que me afectó en mi actividad durante el día, no sé si hasta que grado uno dice bueno es que estaba deprimido, porque la depresión habría que ver ya varios factores, pero por lo menos triste” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

“Se siente uno abatido, se siente que ya uno quiere terminar el turno, que ya hasta aquí llegué y ya no puedo más, no y es en serio, siente que ya uno no puede más, ya lo demás lo hace por inercia” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Es un cansancio tal vez, como un cansancio emocional, pero que al final afecta físico” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Ver como mi cuerpo se tensa o como yo me siento así drenada completamente por la experiencia” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Tal vez te cueste un poco conciliar el sueño, tal vez no insomnio, pero sí te cuesta un poquito conciliar porque estás ahí dándole vuelta” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“A veces han habido hasta pesadillas, porque uno a veces no puede dormir pensando que pude haber hecho esto, que tal vez yo pude haber modificado lo otro” (*Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021*)

Dicho de otra forma, se presentan alteraciones en la actividad diaria, así como cansancio, tensión corporal y problemas de sueño, que nuevamente son manifestaciones físicas consecuentes a un componente emocional desencadenado por la pérdida. Lo contrario sucede en las necesidades básicas de respiración, eliminación y protección, donde los participantes no reconocen cambios o afectaciones posterior a la muerte del niño.

Por otra parte, Roy hace referencia a otros procesos complejos implicados en la adaptación fisiológica, como los procesos sensoriales, donde se menciona el dolor como resultado del fallecimiento.

“Físicamente, bueno yo soy migrañosa de base entonces a mi siempre se me desata por ahí cuando tengo una preocupación o algo [...]. Entonces sí, ese día

me dió demasiada migraña, ni pude comer, hasta me dolían, me ardían los ojos de la migraña que tenía, porque queda uno con un sin sabor verdad, es como, no quiere uno nada, [...] pero si me pasó con esos dos pacientes en específico” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Estudios como el de Pinheiro et al. (2015) concuerdan que problemas adaptativos ocasionados por la muerte, pueden manifestarse mediante la alteración de ciertos patrones como la actividad y descanso, al presentar problemas de sueño, de la misma manera, la alimentación se puede modificar por medio de una ingesta superior o inferior a las demandas orgánicas, así como con alteraciones gastrointestinales (Houck, 2014). Además, en lo referente a los malestares físicos presentes tras la muerte de un usuario, en la literatura se hace alusión a algunos, ya sea experimentados en el momento de la pérdida o bien días posteriores, tales como cefalea, alteraciones gastrointestinales, dolor corporal, insomnio, cansancio, e inclusive sensación de robo de energía (García et al, 2014, Houck, 2014).

Por su parte, otras manifestaciones reportadas ante este suceso como la intolerancia a la actividad, debilidad, taquicardia, disnea, mareo, dificultad para la concentración o aumento de peso no son evidenciadas por los participantes en este estudio (García et al, 2014, Houck, 2014, Pinheiro et al, 2015).

Aún cuando enfermería se relaciona directamente con el fenómeno de la muerte, las fuertes alteraciones psicológicas que ocasiona en estos profesionales trascienden cualquier gaje del oficio, razón por la cual gran cantidad de las manifestaciones físicas descritas tienen lugar. Por lo cual, no se deben menospreciar las repercusiones emocionales y físicas en los profesionales, las cuales se derivan de la cantidad de muertes de usuarios pediátricos que experimentan de primera mano, la herida emocional por el duelo subsiguiente a estas pérdidas y el inadecuado afrontamiento del suceso (Alonso et al, 2019, Vázquez et al, 2021).

De tal forma que muchas de las respuestas de índole física, señaladas por los participantes de este estudio, responden a expresiones del duelo que atraviesan, las

cuales por definición son peculiares a la persona que vive ese proceso. Es decir, no son generalizables, pues son condicionadas por las características y experiencias propias de la persona doliente, pero sí corresponden a respuestas naturales ante la experiencia vivida, sin embargo, la persistencia de las mismas puede llegar a significar un proceso patológico (Alonso et al, 2019, García et al, 2014).

Cabe mencionar además, que algunas de las respuestas mencionadas anteriormente, han sido reportadas como parte de la sintomatología asociada al desgaste o agotamiento físico y emocional característicos de la fatiga por compasión (Houck, 2014) o el Síndrome de Burnout (Viloria y González, 2019).

En síntesis, indudablemente se han identificado manifestaciones físicas en los profesionales de enfermería que son atribuidas al impacto generado por el fallecimiento, permitiendo entrever sus efectos en el bienestar emocional y funcionamiento físico de los enfermeros y enfermeras (Alonso et al, 2019).

#### **4.2. Modo de adaptación del autoconcepto**

La pérdida de un usuario pediátrico puede producir cambios en la manera en que el profesional de enfermería se concibe a sí mismo. Para hacer referencia a la adaptación del autoconcepto ante este suceso, es necesario recalcar que a pesar de que el mismo se compone de dos elementos, los participantes únicamente mencionan en su discurso, elementos de su yo como persona, dejando por fuera sus percepciones sobre su imagen corporal.

Bajo esta perspectiva, los participantes se reconocen como personas espirituales, dado que recurren a su espiritualidad o religiosidad como medio para comprender y afrontar sus encuentros con la muerte.

“En mi caso personal, lo que más me ayuda y lo que más me consuela y que puedo afrontar es esa fe y esa creencia en Dios, porque es lo que le da a uno la fortaleza y lo que uno le indica que sí, falleció ese niño, hicistes todo lo que tenías a tu alcance, diste lo mejor, pero entendés que obviamente pues la decisión fue de él” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Por tanto, la espiritualidad y fe suponen, para los enfermeros y enfermeras, un recurso para obtener contención en medio del dolor, las interrogantes y la impotencia que deja tras de sí la muerte de un niño o niña.

En concordancia con lo anterior, la espiritualidad ha sido descrita como una necesidad básica y característica inherente a la condición humana, pues es a través de esta, que la persona establece una relación con el universo y encuentra sentido a su existencia (Roy, 2018). Al mismo tiempo, esta se ha identificado como un componente estructural de la personalidad y un factor influyente en la adaptación, ya sea como estímulo o como mecanismo de afrontamiento (Restrepo y Quintero, 1997, Roy, 2018).

De hecho, en situaciones donde seres humanos y la muerte convergen, la dimensión espiritual adquiere mayor trascendencia, pues es ante este tipo de dificultades que algunos obtienen en ella consuelo, logran aminorar el malestar y obtener la fuerza necesaria para continuar con la vida, una vez que se experimenta la pérdida (Ballesteros et al, 2020, Camara y Bassani, 2019, Vasquez, 2010)

Dado que el ejercer la enfermería significa también convivir con la muerte y el sufrimiento de otros, muchos enfermeros y enfermeras hallan en su espiritualidad o religión los medios para trascender, dar sentido y significado a situaciones comunes a su contexto, a fin de mantener un equilibrio a pesar de la muerte y continuar sus labores (Ballesteros et al, 2020).

En efecto, la espiritualidad y religión son destacadas por los participantes de este estudio como mecanismos de afrontamiento, lo cual ha sido comprobado por otras investigaciones donde estos mecanismos de defensa son reconocidos como efectivos y los más utilizados por enfermeros y enfermeras que se enfrentan a la muerte de sus usuarios (Rosado-Pérez y Varas-Díaz, 2019, Vasquez, 2010). Así como es conveniente señalar el importante arraigo de estos factores protectores a la población costarricense (Arce, 2006).

Pero además del componente espiritual que forma parte de su autoconcepto, mediante el discurso de los participantes, se vislumbra la percepción de ellos mismos como buenos profesionales.

“Si usted da todo lo mejor usted llega a un punto a una satisfacción de poder decir, dí todo lo de mí y estoy tranquilo de que sé que di todo lo mejor que podía dar de parte de mi profesión, a pesar del deceso” (*Participante 12, Emergencias, 2021*)

“Hemos logrado que muchos chiquitos salgan adelante y eso es muy comfortable también porque uno dice bueno hice mi mayor esfuerzo y aquí está el fruto” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

En general, los participantes poseen una autovaloración positiva e indican sentirse satisfechos cuando hacen lo posible en el cuidado prestado a sus usuarios, puesto que existe una gratificación de por medio en cumplir con su deber, pero además se presenta una concordancia entre su realidad y su ideal de profesional, favoreciendo así su autoestima, al reconocerse competentes y capaces de manejar las situaciones que se presenten (Dos Santos et al, 2016, Restrepo y Quintero, 1997). Sin embargo, lo mencionado se pone en tela de duda cuando de una situación de muerte se trata.

Los enfermeros y enfermeras se conciben como los principales cuidadores y responsables de los usuarios, de manera que el fallecimiento de uno de estos repercute en su identidad personal y profesional, originándose en respuesta a esto muchos sentimientos (Chocarro et al, 2012, Lopes, 2010)

“Uno hace todo, lo que sea, uno corre, trata de dar lo mejor de uno a nivel profesional y ver que igual el bebé fallece, a veces es un sentimiento de frustración lo que se le genera a uno” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Entonces durante esa emergencia uno siempre trata de darlo todo, y trata de salvarle la vida al niño porque para eso nos preparan. En el momento que eso



no se da, el equipo siempre sufre, siempre tiene alguna repercusión porque lo que uno piensa es ¿qué se me pasó?, o ¿qué no vi? o ¿qué pude haber hecho mejor?” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“El sentimiento de culpa es difícil de manejar, es rara, es una culpa personal, y es una culpa como profesional también” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Tal como mencionan Vargas-Daza et al. (2008), los sentimientos manifiestan los significados que las personas vinculan con los eventos ocurridos en su entorno, por lo cual pueden hacer alusión a la presencia de respuestas adaptativas eficaces o no.

Bajo esta misma línea, la literatura reporta diversos sentimientos ante estos sucesos como impotencia, frustración, angustia, negación, enojo y ansiedad (Freitas et al, 2016, García et al, 2014). No obstante, para términos del autoconcepto compete hacer hincapié a los sentimientos generados por el fallecimiento, que responden a enfrentamientos de los profesionales de enfermería consigo mismos.

De esta manera, conviene destacar los sentimientos referidos por los participantes de este estudio, donde el más sobresaliente, dado que todos los profesionales lo sacaron a relucir, fue la culpa, la cual de acuerdo a otras investigaciones, es un sentimiento habitualmente ligado al duelo vivido por enfermeros y enfermeras debido al fallecimiento de sus usuarios (Freitas et al, 2016). La culpabilidad que se experimenta, a su vez, es resultado de un fallo en el sentido de responsabilidad sobre la vida del usuario, pues el enfermero fracasa en lo que se presume es el único indicador del adecuado cumplimiento de la labor de enfermería, dominar la muerte y salvar esa vida (Freitas et al, 2016).

Cuando el enfermero o enfermera no logra cumplir con esta utópica labor, se ve frustrado ante los límites de sus capacidades como profesional, generando auto reprobación, baja autoestima, inconformidad e insatisfacción que inciden en el autoconcepto de estos profesionales (Freitas et al, 2016, Restrepo y Quintero, 1997).

Por lo tanto, estos profesionales no solo no están preparados para lidiar con los sentimientos que el fallecimiento les evoca, sino que es el percibirse como no capacitados para afrontar esta situación lo que en gran medida colabora en establecer un ciclo, donde el profesional se plantea expectativas inalcanzables para su labor, y al fallar en el intento, experimenta sentimientos que flagelan su autoconcepto.

La percepción de incapacidad para afrontar el fallecimiento y lo que este implica, se vuelve evidente con lo mencionado por los participantes, donde los mismos reconocen carecer de las competencias necesarias tanto para brindar el cuidado requerido por el niño y su familia, como para salvaguardar su integridad y poder ejercer la enfermería simultáneamente (Lopera, 2015).

“No hay algo más feo que ver a un papá ahí llorando, o algunos inclusive gritando de dolor de ver que su hijo se murió, de que falleció y a veces uno tampoco cuenta con el tiempo ni con las herramientas para dar aunque sea una palabra de apoyo a esos papás” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

“Nadie quiere que se le muera en su turno ningún paciente a pesar de que estamos ahí, no estamos preparados para dar ese tipo de contención a las familias, no estamos preparados para ver al niño morir, no estamos preparados para enfrentar al resto de las familias, ni al resto de los niños que ya empiezan con miedo porque el paciente de a la par se murió y puede ser que yo sea el siguiente” (*Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021*)

De acuerdo con los resultados de otras investigaciones, los profesionales de enfermería ejecutan con mayor competencia y seguridad aspectos clínicos de su quehacer, mientras que al brindar cuidado al final de la vida, asumen una posición distinta en donde la negación del inminente fallecimiento vuelve el brindar acompañamiento, contención y un adecuado cuidado a la familia y el niño, tareas muy arduas para un profesional que no se siente lo suficientemente capaz de intervenir estas situaciones y, además, carece de herramientas para lograrlo (Dos Santos et al, 2016, Lopera, 2015, Marrero y García, 2019, Siqueira et al, 2018).

“Vieras que nosotros no tenemos cómo enfrentar todo esto, cómo ayudarnos entre nosotros, sino que cada quien tiene que ver cómo sale, cómo surge, cómo uno se ayuda para que el fallecimiento de ese pacientito no nos afecte tanto a nivel personal” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Supongo que con cada uno uno va adquiriendo una herramienta ahí aunque sea inconsciente, te va ayudando para que el próximo no te afecte tanto, y para crear esa defensa que tiene uno” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

Es decir, ante la necesidad, los enfermeros y enfermeras se han visto obligados a la construcción de sus propias herramientas psicológicas para afrontar los fallecimientos de los y las usuarias a su cargo, siendo estas fruto de las experiencias y la utilidad percibida por ellos mismos (Ballesteros et al, 2020). Sin embargo, Souza et al. (2013) señalan que los profesionales de enfermería pueden desarrollar mecanismos positivos o negativos para afrontar las pérdidas, cuya agrupación se da en términos de la influencia que generan sobre sí mismos y su relación con los otros.

Tal como se ha detallado, algunos elementos asociados a experimentar la muerte de un usuario pueden conllevar modificaciones en el autoconcepto de los enfermeros y enfermeras que viven este fallecimiento, sin embargo, la muerte de un usuario pediátrico no solo repercute de manera negativa en la autovaloración de estos profesionales, sino que es posible obtener un crecimiento personal como fruto de esta dolorosa experiencia.

“En el momento es doloroso, pero sí, en ese sentido uno siempre crece” (*Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Pero a nivel de crecimiento, lo que se aprende ahí en ese lugar, yo creo que no ha existido una escuela de vida como esa y por eso, yo más bien diría que todo es muy positivo, o sea a nivel espiritual tuve un gran despertar espiritual, no religioso, espiritual estando en ese lugar” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Aún en la muerte, algunos participantes son capaces de dilucidar una oportunidad de aprendizaje y crecimiento, por lo cual puede atribuirse a los mismos una actitud resiliente (Rosado-Pérez y Varas-Díaz, 2019), siendo esta última asociada a las capacidades de adaptación por estudios mencionados como el de Quiñones y López (2017).

Es en este punto donde se confluye con los resultados obtenidos por Vásquez et al. (2021), puesto que mediante su estudio se devela cómo enfermeros y enfermeras logran resignificar una experiencia traumática asociada a la muerte, a fin de que esta conduzca a un desarrollo espiritual, personal, y profesional.

Algunos participantes hacen alusión a obtener un crecimiento espiritual como consecuencia de confrontar la muerte de sus usuarios, concordando con lo mencionado por Rodríguez et al. (2011), quienes señalan la espiritualidad como un elemento transformador utilizado en momentos donde entran en conflicto la vida y la muerte, ya que le permite a los profesionales salir fortalecidos de situaciones que acarrear mucho dolor.

De la misma forma, estas vivencias con la muerte resultan en un crecimiento profesional para los enfermeros y enfermeras, quienes obtienen gratificación al poder acompañar al niño y su familia durante el proceso de muerte.

“Eso lo aprendí con estos niños y con adultos en fase terminal o cercanos a la muerte, es que si usted le tocó atender a ese niño y falleció o a ese adulto que falleció es porque Dios y esa persona quería que usted estuviera ahí, y usted fue ese facilitador en ese momento, y tal vez ni siquiera estaba la familia, pero eras tú el que tenías que estar ahí, eras tú que tenías que acompañarlo”  
(Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021).

“Tener la oportunidad de poder marcar la diferencia, así como cuando las obstetras están y se puede marcar la diferencia en un nacimiento, para mí tener la oportunidad como ser humano de haber marcado la diferencia en

procesos de muerte de una familia, es algo que me hace sentir muy agradecida” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*).

Hallazgos como los obtenidos por Maté et al. (2008), revelan que algunas personas pueden obtener una sensación de auténtico privilegio al acompañar a alguien que se aprecia mientras atraviesa la última parte de su ciclo vital, situación que ha sido constatada por los y las enfermeras participantes de este estudio. Sin embargo, el crecimiento profesional alcanzado por los enfermeros y enfermeras, no se limita a la satisfacción consecuente a brindar un cuidado apropiado durante un proceso de muerte, sino que también engloba cómo estas experiencias los impulsan a ser mejores profesionales.

“Y tener la vida de una persona en sus manos y que esa persona fallezca, si cambia, si cambia en uno como profesional, si cambia definitivamente” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Todos los pacientes tienen algo que lo deja a uno con alguna experiencia, todos y yo creo que la experiencia es recordarlos y entender que uno tiene que seguir adelante y ahí vendrán otros pacientes, que de igual forma uno tratar de ser mejor cada día y darles lo mejor en esos momentos nada más” (*Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021*)

Como se menciona, los enfermeros y enfermeras al convivir con circunstancias que involucran la muerte de niños y la percepción del sufrimiento de las familias, pueden adquirir aprendizajes positivos para su construcción como profesionales, procurando un mayor compromiso con la calidad y humanidad de la asistencia que proporcionan (Marrero y García, 2019).

Por otra parte, en cuanto al crecimiento personal es importante mencionar cómo la intensidad emotiva con la que se vive el proceso de muerte de otra persona, causa tal impacto que, según menciona Chocarro (2010), le infunde mayor valor y sentido a su vida.

“Verse expuesto a este gran dolor le hacen a uno valorar muchísimas cosas que uno sí tiene” (*Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Analizando el día a día la muerte, le da más valor a la vida, a los seres queridos, a los que te rodean. Entonces el significado de la vida para mí ahora cambió, yo vivo la vida día a día, momento a momento, amo a mi familia, amo a mi mamá que es la que está viva, amo a mis hijas, a mis nietos y a todo lo que esta, los amo en una forma diferente, porque veo que en un abrir y cerrar de ojos se te van” (*Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021*)

Cuando los enfermeros y enfermeras caen en cuenta sobre la inminencia de la muerte, reconocen su propia finitud y la de quienes aman, asumiendo ante esto una actitud distinta con respecto a la vida, en la cual se valora más lo que se posee y a quienes se aprecia (Morales et al, 2021). Por ende, es posible determinar que a partir de las experiencias profesionales con niños y niñas que fallecen y sus familias, surgen aprendizajes para la vida personal de estos enfermeros y enfermeras, los cuales les permiten incorporar otra forma de ver la vida (Vásquez et al, 2021).

A manera de resumen, la muerte marca un antes y un después en algunos profesionales de enfermería, ya que en busca de la adaptación se desencadenan cambios que repercuten positiva o negativamente en su autoconcepto, modificando su visión de sí mismos como profesionales y personas.

#### **4.3. Modo de adaptación de la función del rol**

El modo de función del rol contempla la relación existente entre los y las participantes y el papel que estos desempeñan socialmente, haciendo mención de cómo dicho rol interviene en el afrontamiento del fallecimiento de un usuario pediátrico.

En este caso, los y las participantes asumen un rol primario representado por su edad, sexo y etapa de desarrollo, de manera que representan roles como hombres y mujeres con edades comprendidas entre los 32 y 56 años. De acuerdo con Mendes y

Almeida (2009), las personas pueden representar diversos roles secundarios y terciarios, sin embargo, para este estudio se vuelve fundamental el rol secundario desempeñado por estos individuos, al ser profesionales de enfermería.

Puntualizado lo anterior, se desarrolla el análisis de este modo contemplando aspectos del papel de enfermería ante la muerte, tanto las expectativas de su rol como la relación que establecen ellos mismos con este, de la misma forma se hará referencia a la repercusión que sufren al representar el papel que la sociedad les atribuye y, a la vez, cómo esta influencia su desempeño de otros roles.

El ejercer la enfermería significa interactuar con el ser humano a lo largo de todas las etapas del ciclo vital, incluso enfermeros y enfermeras han sido descritos como los entes vinculantes entre la vida y la muerte, pues son las personas encargadas de cuidar antes, durante y aún después de que la muerte se manifiesta (Fagundes y Prazeres, 2019, Pérez y Cinabal, 2015).

En consecuencia, es enfermería la profesión cuya intervención se vuelve primordial, diferenciándose de otras profesiones de la salud, ya que son los enfermeros y enfermeras quienes se hallan más presentes para los usuarios y sus familias ante circunstancias difíciles, como al atravesar las fases de la enfermedad o cuando se presenta el final de la vida (Lopera, 2015, Guedes y De Oliveira, 2013, Rosado-Pérez y Varas-Díaz, 2019). Siendo, en este último caso, quienes ayudan al bien morir y, por tanto, de quienes se espera comprensión y afabilidad, al igual que se desea obtener apoyo psicológico y acompañamiento de estos profesionales, tanto durante el proceso de muerte como en el duelo (Lopera, 2015, Lopera, 2017).

Dichas tareas son concebidas como deberes de los enfermeros y enfermeras para con los usuarios, pero también con sus familias.

“A nivel pediátrico nunca vamos a poder ver al niño como un elemento aislado, porque siempre está la familia, siempre va a estar la familia, entonces no podemos abordar un proceso de esos sin abordar a la familia” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Muchas personas se ven implicadas ante la muerte, dado que es un fenómeno experimentado desde diferentes perspectivas, por una parte es el usuario quien lo vive en carne propia, pero por otra, su familia y quienes presencian el proceso de muerte son las personas que sufren las implicaciones de esa pérdida. Razón por la cual el abordaje de la familia resulta esencial, más aún en pediatría donde el niño y su familia, en conjunto, se vuelven el centro de los cuidados de enfermería (McConell, 2015).

En tales circunstancias, no solo se espera cierto tipo de intervención por parte de enfermería, sino que el cuidado que proporcionen a la vez debe ser de carácter humano, tal como se lee en el siguiente fragmento.

“Esa parte de calidez humana la da siempre el profesional de enfermería, esa es la realidad” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Coincidiendo con lo referido en los antecedentes por Ferreira et al. (2015), quienes plantean como en un proceso de muerte en un niño o niña, proporcionar cuidado con cariño y humanidad es tan importante como llevar a cabo procedimientos técnicos.

No obstante, para brindar un cuidado de este tipo, las y los enfermeros deben acortar distancias entre roles e identificarse como semejantes a quienes atienden, en su condición humana (Lopera, 2016, Lopera, 2015).

Asimismo, los profesionales de enfermería al desempeñar el rol de cuidadores que les es atribuido, asumen la responsabilidad de garantizar a toda costa el bienestar de sus usuarios, llegando inclusive a apoyar en la vulnerabilidad, aún cuando el experimentar la muerte del niño o niña los coloca, a ellos también, en una posición vulnerable (Lopera, 2015, Marrero y García, 2019, Rosado-Pérez y Varas-Díaz, 2019,)

“Le damos consejos y preparamos a los cuidadores de los niños en sus casas [...] y nosotros como cuidadores no nos cuidamos” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

Anteponer el cuidado del usuario y su familia al propio, es un



comportamiento constatado en la literatura, donde además se evidencia que priorizar el cuidado y sentimientos del otro sobre los propios puede conducir a dificultades psicológicas y técnicas para el profesional de enfermería (Da Costa, 2015). Desde luego esto se presenta también en la atención pediátrica, donde enfermeros y enfermeras adoptan un grado de responsabilidad excesivo, dejando de lado su sentir y admitiendo presiones que afectan su propio bienestar (Perales et al, 2019).

Socialmente a enfermería se le asignan pautas sobre su comportamiento ante el fenómeno de la muerte, sin embargo, las mismas facilitan que sean estos profesionales, después de la familia del niño o niña, quienes se ven más expuestos a este acontecimiento.

“Es el personal de enfermería el que está ahí al pie del cañón, por decirlo así, no todos los días, está el personal médico u otras profesiones, terapia física, psicología. Entonces enfermería siempre está ahí, enfermería es la que se expone constantemente a nivel emocional, a nivel espiritual a lo que es ver fallecer pacientes” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Por ende, los profesionales de enfermería a diferencia de otras disciplinas, se ven involucrados no solo en cada una de las fases de la enfermedad, sino también en la muerte misma, sufriendo de esta manera su impacto (Pérez y Cinabal, 2015). Ahora bien, el cómo se ven perjudicados por este suceso responde a lo que se ha definido socialmente como el único fin del actuar del profesional de enfermería, el evitar la muerte, una obligación que ha sido asimilada por las personas participantes del estudio.

“La muerte no es lo que tiene que darse en una UCI, aunque se da todo el tiempo, es lo que uno no quiere, es lo que uno trata de evitar, en cada masaje cardíaco, cuando uno utiliza el resucitador manual, cuando utiliza el desfibrilador, uno trata de vencer a la muerte, uno trata de ganarle a la muerte” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Uno no quisiera que esa persona fallezca en el turno de uno, por el miedo más que todo de cómo afrontar esa situación, de cómo afrontar esa familia, entonces literalmente se puede decir que es como la papa caliente, entonces todas las personas hacen el mayor esfuerzo para que en el turno, por ejemplo, de 6 a 2 esa persona no fallezca y entonces le tiran todo el, se puede decir, el churuco al siguiente turno” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Muy estadística, no debemos tener tantas muertes porque entonces estamos trabajando mal, pero si tiene que morir, entonces ¿qué fue lo que se hizo mal?” (*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

En tal sentido, los profesionales adoptan el papel de adversarios de la muerte, procurando salvar vidas a cualquier costo aún cuando la recuperación no es una opción, han asociado de tal manera el conservar la salud y la vida, que se han adherido fielmente a un modelo curativo que dista de la verdadera función de la enfermería, cuidar en la vida y en la muerte (McConnell, 2015, Siqueira et al, 2018). En palabras de Vargas-Daza et al (2008), para enfermería muchas veces considerar la muerte está fuera de contexto, demostrando la connotación negativa y evitativa asociada a la misma (Chocarro et al, 2012).

En efecto, el rol que asumen estos profesionales de rechazo hacia la muerte influye en que se dé un fenómeno de ocultación, principalmente arraigado a los sentimientos experimentados tras la pérdida.

“Porque dice la gente «es que ustedes se hacen muy duros», no es eso, es que uno tiene que asimilar y aprender que uno tiene que ser el apoyo del padre, entonces tiene que a veces tragarse esa frustración, ese miedo, esa inseguridad, eso que te genera en ese momento, y usted lo asimila o lo representa posterior, ya cuando usted sale de su entorno y llega a su casa, y si quiere llorar, llore, si quiere desahogarse, desahoguese” (*Participante 12, Emergencias, 2021*)

“Porque yo decía cómo voy a estar llorando, porque yo misma me culpaba, cómo voy a estar llorando yo aquí delante de la mamá, yo como que me regañaba por dentro también, cómo voy a estar yo llorando si yo soy la que debería estar apoyando más bien. Me ve la mamá llorando y va a llorar el triple ella también, no está recibiendo ningún apoyo” (*Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Una de las supervisoras un día me dijo «ustedes no pueden llorar, ustedes no tienen que llorar o sea [...] todo mundo puede llorar aquí y usted no puede llorar»” y entonces yo me le quedé viendo así como y ¿ahora qué hago con este montón de lágrimas que tengo aquí, que van a salir? Diay no, entonces me fuí, seguro me fuí al baño, yo no me acuerdo y seguro terminé llorando” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

En relación con lo mencionado, Lopera (2015) señala que la ocultación de los sentimientos responde a una creencia cultural sobre mantener un comportamiento solidario hacia las personas que sufren. De igual forma, los profesionales de enfermería comprenden el brindar apoyo como una tarea en la que deben abstenerse a revelar su sentir, en aras de no aumentar la aflicción ni transmitir inseguridad a los familiares en medio de su duelo (Lopera, 2015, Souza y Conceição, 2018).

Pero a la vez, el no exteriorizar los sentimientos generados por el fallecimiento atiende a normas implícitas arraigadas a lo que es y no es un comportamiento profesional (Da Costa, 2015). El constructo social de un buen enfermero o enfermera contempla no involucrarse a nivel personal con los usuarios, mantener una postura firme e indiferente frente a la muerte y proporcionar un cuidado humanizado a pesar de las dificultades, impidiendo que su factor psicológico intervenga en su conducta profesional (Da Costa, 2015, Freitas et al, 2016, Lopera, 2015).

De manera que los sentimientos experimentados por estos profesionales ante la pérdida se vuelven inconfesables, por el temor de que al ser revelados generen repercusiones sociales y lleguen a ser denigrados como profesionales (Lopera, 2015).

Hallazgo reiterado también por Verri et al. (2019), pues como se mencionó, señalan como enfermeros ignoran sus sentimientos manifestados en relación a experimentar de manera cercana la finitud de la vida.

Es decir, enfermeros y enfermeras se enfrentan a una confrontación entre su ámbito humano y profesional cuando el fenómeno de la muerte se presenta, ya que inevitablemente emergen gran cantidad de sentimientos, sin embargo, al mismo tiempo, dado su rol como profesionales, se les demanda suprimir su ámbito humano (Lopera, 2017). El conflicto se origina cuando, a la vez, se les exige recurrir a esta parte humana para brindar atención de calidad, especialmente ante la muerte, donde los cuidados se vuelven aún más personales, al identificarse el profesional y el usuario en su condición de finitud como seres humanos (Lopera, 2015, Lopera, 2017).

“Si usted no siente tristeza usted no sirve para estar ahí porque definitivamente uno no puede perder la empatía, uno no se puede acostumbrar al dolor humano, evidentemente cada vez que fallece un neonato eso representa un dolor para una familia” (*Participante 7, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“En el momento que usted no sienta dolor porque una persona falleció yo pienso que ya lo que usted está haciendo no funciona” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

De modo similar, los participantes refieren cómo sentir algo se vuelve primordial al proporcionar cuidado, pues son los sentimientos que nacen al relacionarse con otros seres humanos, los que les permiten cuidar desde una posición empática.

Por lo cual en definitiva, las expectativas depositadas en el rol de ser profesional de enfermería, se vuelven imposibles de satisfacer por el solo hecho de ser personas, lo cual en palabras de Roy se traducen en seres holísticos cuyas partes funcionan como un todo y por tanto son indivisibles (Raile y Marriner, 2011). Es decir, los enfermeros y enfermeras son seres complejos quienes inevitablemente ven

implicados sus propios sentimientos al brindar cuidado, pues son individuos que sienten y presentan limitaciones al afrontar acontecimientos que generan sufrimiento, como la muerte en la infancia (Macedo et al, 2019, Marrero y García, 2019).

En concordancia con Vargas-Daza et al. (2008), es inevitable que ante un estímulo perturbador, como el fallecimiento del niño o niña, se desencadenen procesos psicológicos manifestados mediante emociones, muchas veces de carácter negativo. Por ende, dichos sentimientos se vuelven comunes a los profesionales de enfermería, pues surgen como resultado de ejercer su práctica profesional:

“Porque no todo el mundo llega de su trabajo con tanta sobrecarga de cosas y todos los trabajos tienen sus cosas, pero es que estos trabajos son complicados, es ver dolor todos los días” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Cuando uno está tratando de expresar una situación de esas, porque como que todo el mundo asume que es algo que uno hace y que es su trabajo, y que está preparado para eso, pero si cala, uno no puede ser la misma persona por más que quiera” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

A través del discurso de los participantes se revela, lo mencionado también por Rosado-Pérez y Varas-Díaz (2019), ya que sin importar la cotidianidad con la que el fenómeno se presente, este produce un efecto en el estado emocional de los profesionales de enfermería, influenciando su salud mental (Kleis y Kellogg, 2020).

Otro de los factores que contribuyen a incrementar el malestar emocional en estos enfermeros y enfermeras, es representado por percibir el cuidado proporcionado al niño o niña y su familia como inadecuado o inconcluso, debido a la carga laboral a la que se enfrentan diariamente.

“Y a veces uno quisiera tal vez darle un poquito más de atención a los papás, pero el recargo de trabajo... eso le da a uno mucha impotencia, porque a veces los papás llegan al puesto a hablarte cosas de los pacientes, o a hablarte un

ratito, o quieren que uno cuando pasa se quede un rato con ellos y no por lo largo, o por el montón de trabajo que tiene a veces uno no les puede dedicar el tiempo, entonces uno se va para la casa con ese sinsabor de que no pudo quedarse con este papá, darle un apoyo” (*Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021*)

“Poderle dar una intervención en crisis a esa familia o una relación interpersonal de ayuda como debe ser, darle ese fin terapéutico, pero no solo es en relación al niño, sino a ellos, porque detrás de un niño viene una familia que está dolida, que uno tenga ese chance de decirles yo me voy a encargar de ir llamando, que venga la familia [...] darles ese apoyo emocional. Uno agradecería esa parte y que no quede algo inconcluso, porque a veces esas partes inconclusas es lo que afecta, desgastan” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Tales relatos coinciden con los hallazgos de Arce (2006), quien reafirma cómo en el territorio nacional, características propias de nuestro sistema de salud favorecen que el tiempo con el que cuentan los profesionales de salud para atender a las personas usuarias y su familia sea limitado, por lo que satisfacer todas las necesidades, incluyendo las espirituales y emocionales, se convierte en una misión imposible y desgastante para estos profesionales.

Sin embargo, dicha repercusión emocional experimentada por los profesionales de enfermería, no siempre es reconocida por ellos mismos, y así lo refieren las y los participantes en los siguientes fragmentos.

“O sea no la gente no suele ir a trabajar ese tipo de cosas, la mayoría se va haciendo como una bola de nieve de la cual la gente no es consciente, o sea ahí está, ahí siento algo. Como yo les decía, hay algo en mí que yo no sabía que yo tenía cuando salí, y yo tenía 6 años, qué pasa cuando alguien tiene 20, o sea es ese sentimiento que muchas veces uno lo trabaja, muchas veces no, muchas

veces no lo hacemos consciente y seguimos” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Puede ser que sí, que uno a veces se aguanta las cosas para hacerse la fuerte y que yo no lloro y todo eso ves, entonces a veces digo que puede ser que uno sí está un poquito afectado aunque no lo quiera reconocer” (*Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021*)

Se admite lo anterior como un hecho, pues se concluye que ante circunstancias de muerte, no siempre los profesionales de salud manifiestan abiertamente el impacto de la pérdida, permitiendo que el mismo pase desapercibido en algunos casos (Arce, 2006).

La repercusión emocional, sufrida por los y las enfermeras, tras la muerte de un usuario pediátrico guarda una íntima relación en cómo estos profesionales reaccionan ante el fallecimiento. Con cada muerte, necesariamente se instaura un duelo, especialmente cuando se habla de la pérdida de una vida sobre la que el profesional de enfermería se hallaba responsable, lo cual según estudios mencionados, da lugar a experimentar dos duelos, uno personal y otro profesional (Arce, 2006).

Por lo cual, a diferencia de lo que se cree, los profesionales de enfermería sí experimentan un duelo con la pérdida de sus usuarios, pero este responde a características particulares, las cuales son descritas por los participantes.

“Como que cuesta volver a arrancar pero dentro de la unidad, ahí es muy difícil uno tomarse un tiempo para respirar. A veces fallece uno e inmediatamente uno tiene que correr y estar al lado de otro porque lo necesita o porque también está en el mismo proceso de agonía” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“A uno le queda como ese nudo ahí en la garganta, ese sentimiento guardado, pero no hay tiempo para nada, como le digo en cuidado intensivo se moría uno y ya la cama la estaban pidiendo para otro chiquito por el espacio [...]”

Entonces a veces no hay ese espacio para ponerse a decir bueno me siento mal, ¿qué hago para no sentirme mal?, porque las mismas circunstancias no lo permiten, se acaba de morir este niño, quiero llorar, pero aquí hay 5 más que ocupan que yo los atienda” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

“Pero a veces en unas semanas se van 3, 4 y uno dice pero ¿qué es esto? Entonces no le dió tiempo de hacer el duelo a aquel, ni de este, ni del otro” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Es que hay muchas otras cosas que usted también tiene que asumir, entonces si usted vive en ese duelo en ese momento con la mamá, ¿el resto de los pacientes?, ¿el resto de la unidad?, ¿la parte que usted tiene que seguir?, la unidad tiene que seguir, hay pacientes muy graves que ocupan que usted tenga la cabeza fría” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Por consiguiente, es posible afirmar que los profesionales de enfermería debido a su carga laboral aplazan el sentimiento de pérdida de forma indefinida, viviendo duelos distinguidos por ser simultáneos e inconclusos. Esto guarda concordancia con la literatura, donde se esclarecen factores que determinan cómo estos profesionales afrontan las circunstancias de muerte, haciendo alusión específicamente al ritmo de trabajo y el comportamiento que se espera de los mismos (McConnell, 2015). Ambos elementos descritos determinan que el duelo de estos profesionales se experimente bajo condiciones carentes de tiempo y oportunidad de expresión (McConnell, 2015).

Dado que cuentan con un tiempo limitado para transitar por su proceso duelo, así es reafirmado por otros estudios, pues a los profesionales de enfermería con regularidad les es exigido continuar el cuidado y atender cada vez más usuarios, sin brindarles el espacio ni la oportunidad para hacer frente a pérdidas anteriores, pues es común que inmediatamente fallece un usuario, el cubículo que deja tras de sí, rápidamente es ocupado por otro niño o niña con posibilidades de fallecer (Kleis y



Kellogg, 2020), situación que se presenta con mayor frecuencia en servicios de cuidado crítico (McConell, 2015).

Lo anterior, contribuye a que se presente un duelo acumulativo no manifestado, pues prevalece la duda sobre si poseen derecho a llorar y expresar la aflicción por su pérdida (McConell, 2015). Siendo importante destacar además, que al verse obligados a abandonar su proceso de duelo sin atravesar cada una de las etapas que lo componen, el profesional se coloca en una posición de vulnerabilidad ante la pérdida, pues difícilmente logrará aceptar la muerte del usuario y adaptarse a su ausencia (Costa y Lima, 2005).

Pero en realidad, la falta de oportunidad para progresar en el duelo y la carencia de espacios para expresarlo libremente, reside en la poca importancia que se le atribuye a la muerte en la formación profesional de enfermería, pues es en gran medida el cómo fueron formados lo que determina su actuar cuando tiene lugar un fallecimiento.

“Pero ante la muerte yo creo que nadie está preparado para después seguir como si nada” (*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Nos enseñan a curar, nos enseñan a sanar, pero no nos enseñan a que no siempre se va a poder curar y sanar, no siempre, no siempre mi proceso va a ser porque logré sacar la úlcera adelante o porque logré que los antibióticos y el paciente salió adelante, no siempre, en muchos casos no salen adelante, en muchos casos fallecen y eso ¿cuándo se nos enseña?” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

De hecho, tal como plantean los participantes, la formación de enfermería históricamente se ha basado en el cuidado centrado en la cura, y por tanto, la misma ha resultado insuficiente en materia de muerte (Freitas et al, 2016). Pues en efecto, cuando el tema es abordado, este se enfoca en intervenciones técnicas y prácticas que responden solo a una parte de un gran espectro de necesidades manifestadas al final de la vida por el usuario y su familia (Fagundes y Prazeres, 2019).

Es así que una formación con estas características trae consigo ciertas implicaciones para los enfermeros y enfermeras, quienes se enfrentan a la muerte desprovistos de capacitación y herramientas psicológicas necesarias para brindar el cuidado holístico con la misma seguridad con la que desempeñan tareas técnicas, así como preservar su integridad en el ejercicio del rol (Da Costa, 2015, Elise y Koller, 2015).

Ahora, es necesario considerar la magnitud con la que estas implicaciones impactan a este gremio de profesionales, pues estudios cuantitativos han referido que un 60% de los profesionales de enfermería participantes consideran su formación inadecuada para brindar cuidados al final de la vida (Marchán, 2016). Pero resultan aún más alarmantes los resultados obtenidos por Díaz et al. (2017), ya que demuestran que un 87% de sus enfermeros y enfermeras participantes se consideran no capacitados para afrontar la muerte, ya sea que hayan sido formados o no en la temática.

Lamentablemente, lo anterior es respaldado por múltiples estudios que han llegado a conclusiones similares, donde la calidad con la que son educados los y las enfermeras se ha declarado insuficiente, inadecuada y una necesidad primordial por atender (Bastos et al., 2018, Clavijo et al, 2020, Costa y Lima, 2005, Da Costa, 2015, Díaz et al, 2017, Elise y Koller, 2015, Fagundes y Prazeres, 2019, Freitas et al, 2016, Marchán, 2016, Marrero y García, 2019, Siqueira et al, 2018, Vargas-Daza et al, 2008).

Por tanto, la formación profesional va a llegar a incidir tanto en la actitud ante la muerte, como en el afrontamiento que adopten (Marchán, 2016, Marrero y García, 2019). Y las dificultades presentadas en el ejercicio de su rol como en el afrontamiento de la muerte de usuarios pediátricos, podrían contribuir a que se presenten efectos directos sobre otros roles desempeñados por estos individuos en el ámbito laboral y personal (Mendes y Almeida, 2009).

“La mayoría de veces el profesional de enfermería es el que guarda la calma y trata de dar esa seguridad al familiar, al niño, pienso que siempre lo arrastramos un poco. Es mentira que uno sale de ahí y sale intacto, no, siempre siempre lo lleva un poco. Y ya cuando llega a su casa si trata, en la medida de lo posible, trata de que eso no inflencie su vida diaria, pero es complicado” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

En otras palabras, los profesionales de enfermería asumen la tarea de brindar cuidado al final de la vida como una obligación humana, más que profesional, lo cual predispone a que las repercusiones de la pérdida fácilmente trasciendan a su vida personal (Lopera, 2015, Marrero y García, 2019). Dicha influencia se ejemplifica en este estudio, dado que el ejercicio de su rol profesional ante la muerte ha intervenido en las decisiones de los participantes sobre asumir o no ciertos roles en su vida personal, como lo son la maternidad o paternidad.

“Pero en esa parte sí ha influenciado mucho también creo en mi vida personal, que ha reforzado todo esto de mejor mantenerme sin hijos” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

Dicho comportamiento es reiterado en los antecedentes por Kleis y Kellogg (2020) como una consecuencia de presenciar experiencias traumáticas en su ámbito laboral. De la misma forma, otros estudios concuerdan en que enfermeros y enfermeras procuran separar las experiencias traumáticas asociadas a su rol profesional de su vida personal, sin embargo, suelen fracasar en el intento, llegando a experimentar cambios en su vida cotidiana y en el hogar (Kleis y Kellogg, 2020, Verri et al, 2019).

No obstante, también los efectos de este conflicto entre los roles profesional-personal pueden impregnar la práctica profesional, pues tal como señalan los participantes de este estudio, proporcionar cuidado a un niño con posibilidades de muerte impulsa a enfermería a asumir distintos roles.

“Nos va a afectar porque creemos que somos las mamás o las tías o las abuelas de esos chiquitos, entonces no nos vemos como profesionales ante esta situación” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

Fenómeno que también fue encontrado por García y Rivas (2013), quienes señalan que existe una trascendencia hacia una relación personal donde el profesional puede experimentar un rol de madre o padre hacia el niño o niña, lo cual se ejemplifica por medio de posibles comportamientos espontáneos del usuario pediátrico al llamar a la enfermera “mamá”, estableciéndose así una imagen personal familiar entre ambas partes.

Sin embargo, en este estudio se han develado también hallazgos en torno a cómo el rol de padres y madres desempeñado por algunos enfermeros y enfermeras en su vida personal, influye en la empatía experimentada por el profesional ante la circunstancias que viven el niño o niña y su familia.

“No porque yo tenga un hijo voy a ponerme en los pies del papá, lo hago igual aunque no lo tuviera” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

“Yo recuerdo que yo fui muchos años enfermera de UCI sin ser mamá, y pues sí me dolía y si sentía feo pero no tenía esa experiencia, ese espejismo de que yo le hablo, de uno decir y si fuera la mía la que está ahí. Verdad no, porque no lo tenía, no era mamá” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Por lo tanto, en este estudio en particular no se llega a un resultado concluyente, ya que los participantes se contradicen en cuanto a si el rol de la maternidad o paternidad puede ser considerado un determinante de la empatía experimentada ante la muerte de un usuario pediátrico. Asimismo, este hallazgo no se evidencia en la literatura revisada, mas sí se demuestran diferencias en cómo se experimenta el suceso por aquellos que ejercen su rol de padres en su vida personal.

De acuerdo con Kleis y Kellogg (2020), no importa si los profesionales de enfermería son o no padres o madres, ya que ambos pueden experimentar el dolor generado por el suceso, sin embargo, se han determinado las experiencias personales

asociadas a la maternidad y paternidad como posibles potenciadoras del impacto emocional recibido por el enfermero o enfermera (Lima et al, 2017).

Finalmente, a pesar de que los participantes desempeñan múltiples roles en su vida diaria, el rol socialmente asignado a su profesión establece pautas específicas sobre cómo estos enfermeros y enfermeras deben afrontar la muerte de sus usuarios. Según indican Mendes y Almeida (2009), los individuos deben sentirse capaces de desarrollar los comportamientos arraigados a su rol, sin embargo, los profesionales de enfermería se hallan insuficientemente capaces para satisfacer las expectativas depositadas en su rol, las cuales resultan ser imposibles de cumplir.

Aún así, la formación de estos profesionales continúa perpetuando un rol para los y las enfermeras que muy difícilmente puede ser ocupado por una persona y lograr el éxito, ocasionando fallos en el desempeño del rol, los cuales inevitablemente conducen a un compromiso en la adaptación (Mendes y Almeida, 2009).

#### **4.4. Modo de adaptación de la interdependencia**

Este último modo se encuentra integrado por las relaciones interpersonales instauradas por los enfermeros y enfermeras, las cuales pueden ser determinantes del comportamiento y afrontamiento de estos individuos frente a la muerte, de manera que intervienen en su proceso de adaptación (Goudarzi et al, 2022). Por tanto, para conocer la adaptación en este ámbito se hará alusión a las interacciones establecidas entre los y las participantes y sus personas significativas, como familiares, amigos o compañeros de trabajo, sus sistemas de apoyo, así como las relaciones de interdependencia instauradas con los usuarios pediátricos y familiares a su cargo.

Inicialmente, se hará hincapié en las relaciones suscitadas entre el enfermero o enfermera y el binomio niño-familia. La interacción con otras personas en el ejercicio de la enfermería acarrea el desarrollo de relaciones particulares con quienes reciben los cuidados. La ocurrencia de este fenómeno se acentúa más en el ámbito de pediatría, dado que en este escenario se establece una convivencia afectiva con los

usuarios y sus familias, haciendo obligatorio hablar de apego (Fagundes y Prazeres, 2019, Ramírez y Hurtado, 2021).

Así lo mencionan los participantes, quienes también comprenden el apego como el resultado imprevisto e inevitable de cuidar a otros, aún más, cuando aquellos que requieren la atención son niños y niñas (Fagundes y Prazeres, 2019).

“Pero hay chiquitos y mamás que es inevitable, que por tres palabras que uno cruce ya usted hizo click con ese bebé, o la carita, o los ojitos, o la risa”  
(*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Decirle a un niño que no le muestre cariño a uno es muy difícil, entonces uno deja que ellos muestren el cariño y obviamente uno también genera cariño y, ya ahí es donde cuesta después” (*Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Uno constantemente se involucra demasiado y hasta las personas más ásperas, así humanamente hablando, que usted ve ahí el enfermero o enfermera más gruñón [...], en algún momento de su vida profesional se ha involucrado. Yo creo que nadie, o sea sería mentiroso en decir «no me he involucrado mucho con un caso», todos en algún momento. Y tal vez [...] es lo que motiva a veces a hacer cosas para bien” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“No siempre es posible desligarse por completo, o sea esta chica que yo les digo, yo realmente la quería y realmente me pegó como a nivel personal o sea a mí, al equipo, ella era encantadora o sea ella nos conquistó a todos. Y en la mayoría de casos traté de llevar herramientas, pero habían familias, habían mamás, habían chiquitillos, habían procesos que nos enamoraban, que me enamoraban, que nos conectaba, entonces por más que uno como profesional tenga las herramientas y las aplique, porque yo estoy segura que las he tratado de aplicar desde que he trabajado en enfermería. A veces nos mueve la parte humana” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Es así que el tipo de conexión experimentada por los participantes con los niños o niñas y sus familiares, puede explicarse como el resultado de una característica natural e intrínseca a los enfermeros y enfermeras como seres humanos, pues es inherente a nosotros el establecimiento de relaciones de carácter afectivo (Rodrigues de Alencar et al, 2015). Sin embargo, en la literatura se han detallado algunos factores asociados al desarrollo del apego al brindar cuidado a usuarios pediátricos, algunos de estos coinciden con los discursos de los participantes, por lo que se profundizará en dos, el tiempo de convivencia y la edad del niño.

Por tanto, se ha señalado el contacto extenso y rutinario entre el profesional y el usuario pediátrico como suficiente para que emerja un vínculo estrecho entre ambas partes (Souza y Conceição, 2018). De manera que un mayor o menor apego es condicionado por la calidad e intensidad de la relación establecida, pero también responde al tiempo dedicado a la misma, el cual muchas veces puede variar dependiendo de las circunstancias bajo las cuales se brinda el cuidado, esto es constatado por los participantes del estudio en los siguientes extractos.

“En emergencias es diferente, en emergencias es un servicio más dinámico, es un servicio se supone que de paso [...], se realizan todos los estudios y las cosas que ocupe y de ahí se traslada al servicio de hospitalizados, si tiene que estar hospitalizado o a la casa, y eso no pasa de 3, 4 días” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

“A veces llega un bebé y ni tiempo da de conocerlo y ya fallece en el mismo turno que usted lo recibió [...] o a veces incluso han llegado ya prácticamente muertos, entonces es un afrontamiento muy chocante” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

En concordancia con lo anterior, en la literatura se señala cómo las características de cada servicio propician o limitan cierto nivel de convivencia. Pues por una parte, servicios enfocados en la atención aguda o de usuarios pediátricos en

condiciones críticas, como lo son unidades de cuidados intensivos, urgencias o unidades de cuidados neonatales, suelen caracterizarse por un ritmo de trabajo más acelerado, así como una alta demanda laboral que puede dificultar la convivencia del profesional de enfermería con el niño y su familia (Kolhs et al, 2017).

Mientras que por otro lado, unidades donde se brinda atención a niños o niñas con patologías oncológicas o enfermedades terminales, como lo son cuidados paliativos y oncología, se caracterizan por largos periodos de estancias hospitalarias, internamientos continuos, así como buenas y malas experiencias asociadas a la patología, las cuales son vividas por el usuario y su familia, en compañía de enfermería, favoreciendo así la consolidación vínculos estrechos (Fagundes y Prazeres, 2019).

Pero además del tiempo de convivencia, otro de los factores condicionantes del surgimiento e intensidad del apego entre el profesional de enfermería y el usuario pediátrico, es la edad del niño o niña (Vasquez, 2010).

“No es igual a todo el proceso de apego que ya existe como con un adolescente o un niño que ya ha vivido y tiene bastante camino recorrido, la pérdida se siente muchísimo más fuerte en el caso del paciente pediátrico más grande verdad” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Con el neonato cuesta más involucrarse porque al menos con un niño grande el niño te habla, el niño pasa tiempo con usted, vacila, le pregunta cosas, usted le pregunta cosas, entonces usted lo llega a conocer más verdad, entonces es más fácil involucrarse. Con el neonato es más difícil por esto, porque tal vez o sea usted si llega a establecer esta relación verdad de que usted es la enfermera, usted lo cuida, usted hace todo lo posible porque el bebé esté bien, pero tal vez usted no siente tanta cercanía como con un paciente grande porque usted no desarrolla esta relación” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)



Al igual que apuntan los participantes, otras investigaciones han concluido el surgimiento de vínculos más intensos y estrechos entre profesionales de enfermería y usuarios pediátricos de mayor edad, circunstancias donde la muerte de estos niños y niñas es concebida, además, como una experiencia mucho más devastadora (Lima et al, 2017).

De la misma manera lo afirma Vasquez (2010), quien menciona que el fallecimiento de los niños mayores trae consigo un sufrimiento superior en comparación con el deceso de un recién nacido, pues los neonatos apenas empiezan a afianzar vínculos que los niños de mayor edad ya han consolidado. No obstante, dichos resultados pueden ser debatibles, debido a otros hallazgos que refieren una menor edad como un determinante de un mayor apego entre el enfermero o enfermera y el usuario pediátrico (Fagundes y Prazeres, 2019).

Sin embargo, sean cuales sean los factores implicados en el desarrollo del vínculo afectivo entre enfermería y el niño o niña, la importancia de este tema recae en que si bien el apego facilita un mayor compromiso con el bienestar del usuario y su familia, al mismo tiempo, la pérdida de una relación de este tipo cuando el niño fallece, incrementa la experiencia de dolor y tristeza para el profesional (Vásquez, 2012). Coincidiendo con los mencionados descubrimientos de Moya et al. (2015), pues una implicación afectiva significativa puede conllevar a que el enfermero o enfermera llegue inclusive a vivir esa pérdida como propia.

“Me repercutió, me repercutió mucho ese chiquito a mí, mucho, porque fue como haber perdido algo cercano” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Cuando es muy reciente la primer muerte por decirlo así, y cuando han pasado muchos años, tienen el mismo actuar de la primera, entonces los años no... es simplemente la persona que falleció como les afecta” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

“De pronto yo siempre iba y le daba vueltas cuando no me tocaba cuidarla, yo «ay ¿cómo amaneció?, ¿cómo está?, ¿cómo aquí?», etcétera, pues hizo shock séptico, la intubaron y falleció a la hora que te dije, a las 5 y 15, entonces todo ese tiempo que yo tuve hice aquella empatía con los papás y con ella misma. Me dolió mucho y tuve que ir a hablar con la supervisora porque no podía ir a trabajar al próximo día, y lo que quería era ir al cementerio y a la iglesia para ya despedir como se debe” (*Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

El vínculo existente entre el profesional y usuario pediátrico se rompe abruptamente una vez que el niño o niña fallece, esta situación genera sentimientos de dolor y un duelo proporcional a la afinidad e importancia que atribuía el enfermero o enfermera a esa relación (Da Costa, 2015, Strayer, 2013). A la vez, el apego fomenta una mayor implicación con la persona usuaria y su familia, contribuyendo así a que ciertos procesos de muerte sean vivenciados de forma distintiva por el profesional.

“Nunca vas a estar preparado, todas las muertes son distintas, todas, nunca se va a repetir ninguna. Puede ser la misma patología, que no es la misma situación, somos personitas individuales con diferentes modos de vida a nivel social, psicológico, familiar y como te digo, puede ser que sea la misma patología pero no, no es lo mismo, no es el mismo proceso” (*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Tal como refieren los participantes, los enfermeros y enfermeras experimentan todos los procesos de muerte de forma particular, llegando algunos a calar de manera más significativa que otros, lo que ocurre precisamente cuando se da la pérdida de aquellos con los se estableció una relación distintiva (Chocarro et al, 2012).

Es decir, los profesionales de enfermería se enfrentan a establecer relaciones interpersonales significativas sin pretenderlo, así como a experimentar situaciones de muerte a través de las cuales inevitablemente se ven perjudicados, pues no son ajenos

al dolor consecuente a la pérdida de la relación con el niño (Rodrigues de Alencar et al, 2015, Vargas-Daza et al, 2008).

“Realmente repercute, en el que realmente estas cosas pasan, y que la gente se siente mal y que se siente culpable, que se siente triste, y no pasarlo por alto, porque la gente lo ve como ay ese es su trabajo, le pagan por eso, sí, sí pero o sea yo soy persona también” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“O sea que no puedo decir que mi parte humana se desliga por completo porque no, es imposible, como profesional puedo hacerlo, pero como humana no” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Sin lugar a dudas, el experimentar este tipo de pérdida consiste en una vivencia impactante para el profesional de enfermería, quien no puede abstraer de sus pensamientos el suceso, aún días después de que acontece.

“Sí siento que tal vez como una o dos semanas, uno está con eso en el pensamiento de que le pasa todo como el vivir la situación, uno la vive como varios días posterior a eso porque es algo que sí cuesta un poco reponerse, así tan fácil no es” (*Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

De acuerdo con Lima et al. (2017), resulta comprensible que los profesionales de enfermería mantengan un pensamiento rumiante respecto a la muerte de algunos de sus usuarios, pues este tipo de pensar se presenta ante circunstancias que generan gran sufrimiento y angustia.

A su vez, los enfermeros y enfermeras se ven permeados por profundos sentimientos de tristeza debido al fallecimiento de una persona considerada significativa por ellos, lo cual se evidencia en el relato de los participantes.

“En el momento que llegas a la realidad de que el paciente falleció usted siente un bajonazo, usted siente un bajonazo que dice «ay pucha», y usted siente tristeza lógicamente porque es un ser vivo falleció” (*Participante 12, Emergencias, 2021*)

“Quizás de 1 a 2 días uno siempre siente aquella tristeza, aquel luto”

*(Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)*

En el estudio de Fagundes y Prazeres (2019) relacionan la manifestación de gran cantidad de sentimientos negativos asociados a la obligación de acompañar durante los procesos de muerte pediátrica. Sin embargo, son Freitas et al. (2016), quienes al igual que los participantes, concuerdan en que uno de los sentimientos que ineludiblemente surgen ante la muerte de los usuarios, es la tristeza acompañada de una sensación de vacío tras la pérdida.

Ahora, tiene sentido el surgimiento de todos estos sentimientos puesto que la pérdida de un usuario pediátrico corresponde a una experiencia muy dolorosa para estos profesionales, no equivalente, pero sí considerada semejante al dolor que experimentan los padres con la pérdida de su hijo o hija.

“O sea es que es un hijo, como un hijo y como le digo no podemos actuar como actúa la mamá pero creo que el dolor si se siente tal vez muy parecido... y sí, se da un dolor de perder ese niño” *(Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021)*

“Eso es algo que no, no se va a poder sanar nunca” *(Participante 4, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021)*

Lo anterior es fiel a lo señalado por Vásquez (2012), pues a pesar de que los enfermeros y enfermeras se ven afligidos y perturbados por la pérdida del niño, el duelo que experimentan es diferente al vivido por un padre o madre, ya que en este caso la calidad de relación y apego son particulares.

Sin embargo, al acompañar a los padres durante su proceso de duelo el profesional de enfermería empatiza con el familiar, pudiendo comprender más certeramente el dolor que estos experimentan.

“Y en los pacientes pediátricos hay un factor adicional que es su mamá o su papá, o su familiar a cargo entonces creo que ese duelo todavía es el ver al familiar sufrir, lo vemos a quemarropa, de entrada, entra el familiar ahí en el momento en que el niño fallece o el niño está falleciendo y el familiar está ahí

y yo creo que es de las situaciones más desgarradoras que uno puede vivir ahí, es escuchar a una madre llorar por su hijo, es lo que yo siento que a veces quiebra un poco al personal” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“O sea ver a una mamá decir que ahí se le fue la vida es terrible, yo me pongo en la posición de ella y es como que yo mañana me levante y no tenga a mi hija, o sea es terrible” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Pero eso es lo que más me marca cuando ellos reiteran su sentimiento de culpa y a veces lo reiteran sin tenerlo” (*Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Tal como se observa en el discurso de los participantes, el profesional de enfermería es quien experimenta de primera mano el duelo de los familiares, pues vive de cerca cómo los padres continúan aferrándose a la vida de su hijo o hija aún cuando ya ha fallecido, es decir, logran empatizar ante estas circunstancias e inevitablemente se ven permeados por las sensaciones experimentadas por los familiares, llegando inclusive a recibir parte del dolor y la culpa como propios (Clavijo et al, 2020, García y Rivas, 2013).

De hecho, se llega a experimentar tanto el dolor del otro que se establecen asociaciones entre las experiencias laborales y las personales, obteniéndose como resultado traumas, temor a la muerte y a experimentar pérdidas similares. Lo anterior se presenta, en primer lugar, ya que el vivir tan próximo el proceso de muerte del niño o niña y el duelo de la familia, conlleva a que los enfermeros y enfermeras imaginen estar en su misma posición.

“Uno se visualiza en ese momento digamos si fuera un ser querido y trata uno de tener esa empatía de cómo estaría esa familia en ese momento” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Es así que ante circunstancias de este tipo, Da Costa (2015) indica cómo los enfermeros y enfermeras al enfrentarse a la muerte del niño o niña, encaran al mismo

tiempo su propia finitud y la de su familia, por lo que muchas veces viven esta muerte como si la misma se tratara de la su propio hijo o hija. Situación que se agudiza cuando el usuario atendido por el profesional de enfermería, precisamente posee características similares a las de un ser querido.

“Y obviamente cuando usted tiene en la casa algo que le hace un espejo, es difícil. Digamos en mi caso por ejemplo, yo tengo una bebé de 8 años entonces cuando yo tengo a una chiquita de 8 años, ojala machita y de ojitos así como claritos y todo que se me hace parecida a mi hija, pucha eso cuesta, ese desligue cuesta, porque entonces yo la veo a ella como si fuera mía”  
(*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

En efecto, tal como menciona la persona participante, dicha situación se presenta con mayor intensidad cuando los profesionales de enfermería reconocen similitudes físicas o emocionales entre los usuarios y niños o niñas significativos, como familiares o hijos, haciendo que algunos casos adquieran un significado más personal para ellos (Fagundes y Prazeres, 2019, Lima et al, 2017, Siqueira et al, 2018)

Es decir, el encontrar similitudes entre los casos que atienden y sus propias vidas les permite empatizar y experimentar un sufrimiento mayor tras la pérdida de su usuario, pero también el identificarse con quienes sufren incrementa el temor a vivir las situaciones sufridas por las familias a las que se les ha brindado cuidado (Lima et al, 2017).

“Yo siento que no me dejó experimentar mi embarazo como otra persona que no estuviera expuesta a eso” (*Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Uno asociaba las cosas a la pérdida del ser querido, porque digamos a mi mamá la declararon paliativa entonces yo sabía que ella en algún momento iba a fallecer, entonces si pasaba algo así uno le daba como más pensamiento de que uy mamá se me va a morir y ¿cuándo va a ser eso? y me va a tocar sufrir esto y así, en carne propia” (*Participante 6, Emergencias, 2021*)

Justo como lo indican las y los participantes, a los profesionales de enfermería se les dificulta impedir el hecho de que situaciones vividas desde su profesión intervengan en cómo experimentan otras vivencias personales, como un embarazo o el proceso de muerte de un familiar. Lo cual es ejemplificado por Siquiera et al. (2013), quienes demuestran cómo algunos enfermeros y enfermeras han llegado a asociar los procesos de enfermedad que viven sus seres queridos con recuerdos sobre la muerte y agonía vividas por sus usuarios en el ámbito laboral.

Ahora, esta relación puede ser resultado de sus experiencias con su profesión, las cuales facilitan el desarrollo de una conciencia temerosa en el enfermero o enfermera, ante la posible presencia de la muerte en su ámbito personal, pues estos se percatan no solamente de su propia finitud y sino también de la posibilidad del fallecimiento de sus seres queridos (Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013).

“Entonces a veces en familia o a nivel personal, [...] o es como que uno anda pensando que todo el mundo se va a morir, pero si hay como un temor ahí como latente” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

“Cualquier cosita le sale a uno y ya piensa ay ¿será que está pasando algo?, más cuando ya se tiene familia o un hijo. O al hijo le pasa algo y uno dice tengo que hacer esto y esto, como que existen más traumas porque todos decimos es que como somos enfermeros pensamos que esto puede ser esto y esto [...], porque a veces hay cosas de muertes de niños que pudieron prever” (*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Tal como mencionan los participantes del estudio, es probable que surjan traumas y temores en el profesional de enfermería, al anticipar posibles pérdidas, ya que mantiene en su pensamiento la posibilidad de vivir las mismas situaciones y dolor que ha presenciado tantas veces con los usuarios y sus familias (Sevilla-Casado y Ferré-Grau, 2013, Vargas-Daza et al, 2008).

No obstante, estas no son las únicas repercusiones que trae consigo la muerte de un usuario pediátrico, pues en términos de interdependencia, un estímulo focal

como este fallecimiento también irrumpe en las relaciones laborales y personales establecidas por los profesionales de enfermería (Perrett, 2007). En primer lugar se hará alusión a los cambios presentados en las relaciones desarrolladas en el ámbito laboral, ya sean las establecidas entre el enfermero o enfermera y sus usuarios, como también con el equipo de trabajo.

En cuanto a la relaciones instauradas con los niños y sus familias, las y los participantes refieren una tendencia a asociarse a uno de dos bandos, el primero representado por aquellos que se sensibilizan más ante la pérdida, y el otro, por quienes prefieren asumir una posición fría y distante.

“Pueden influir para bien o pueden influir para mal porque como les decía ahora, hay personas que ya tienen tanto tiempo de trabajar en la unidad, que que muera un bebé más, lo mismo les da, porque se vuelven muy duros, así como puede ser que las muertes los vayan sensibilizando y los vaya haciendo mejores profesionales, están las 2 partes” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Yo siento que muchos se hacen más fríos, como que el ir viendo constantemente a los bebés morir o a los pacientes entrar en ese proceso de agonía va haciendo a los profesionales más fríos, más distantes de las familias y del recién nacido” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

Estudios como el de Souza et al. (2013), concuerdan con lo mencionado por las personas participantes, alegando que las vivencias constantes de muerte pueden significar el desarrollo de una mayor sensibilidad en los profesionales de enfermería hacia los procesos de muerte.

Sin embargo, la exposición constante a este impactante suceso igualmente conduce a que algunos profesionales implementen mecanismos de defensa ante estas experiencias dolorosas, los cuales traen consigo implicaciones para el trato con el niño y su familia, el cual se vuelve indiferente e insensible (Souza y Conceição, 2018).



Ante tal situación, investigaciones como la realizada por Sevilla-Casado y Ferré-Gru (2013) resaltan las implicaciones de optar por uno u otro bando, sin determinar cuál posición resulta ser la más óptima, pues por un lado la sensibilización e implicación emocional sin límites representa un riesgo para el profesional de enfermería, mientras que por otra parte, elegir el distanciamiento con el niño o niña y su familia para evitar el propio sufrimiento implica sacrificar la calidad de la atención brindada.

“Pero por protección personal trato de no involucrarme mucho si porque ya me ha pasado y sufro, y sufro y ya yo sé que hay un punto donde me estoy involucrando mucho como dije anteriormente y puedo sufrir, entonces uno pone esa barrera, esa barrera para salud mental de uno y para protegerse [...] pero uno trata de no involucrarse en esa parte emocional, porque uno sabe que va a sufrir, y uno lo hace exactamente para eso, para evitar el sufrimiento”  
*(Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021)*

La creación de barreras por parte de los enfermeros y enfermeras, es un fenómeno que ha sido profundizado y definido en investigaciones como resultado de mantener una actitud profesional y un mayor control de los sentimientos, pero sobre todo, ha sido atribuido a mecanismos psico-afectivos de defensa ante los duelos cotidianos que viven en el ejercicio de su profesión (Pérez y Cinabal, 2016).

Lo cual, a su vez coincide con lo señalado en los antecedentes por Moya et al. (2015), ya que los enfermeros y enfermeras recurren al uso de barreras emocionales para limitar la interacción y no verse afectados personalmente. Por lo que dichas barreras se manifiestan cuando el profesional de enfermería decide apartarse física y emocionalmente del niño o niña a su cargo (Vargas-Daza et al, 2008).

Ante circunstancias de muerte, estos límites impuestos se ven reflejados a través de la despersonalización de los cuidados durante el proceso de muerte, su ausencia en el momento del fallecimiento del niño o niña o rehuir la mirada de los padres ante el suceso (Perales et al, 2019). Si bien el asumir estas actitudes procura

salvaguardar su propia integridad, muchas veces replicar estas acciones puede suponer limitaciones al identificar las necesidades de cuidado de la persona usuaria, un compromiso las capacidades laborales y un obstáculo para el crecimiento profesional y personal (Da Costa, 2015, Fagundes y Prazeres, 2019, Perales et al, 2019, Rodrigues de Alencar et al, 2015).

Inclusive, las repercusiones del fallecimiento de un usuario pueden llegar a influir en el ambiente laboral y la dinámica de las relaciones establecidas entre los equipos de trabajo, dando lugar a roces entre los distintos profesionales.

“Es que nadie va a querer que se muera un bebé, pero si uno ve que tal vez hay acciones que se pudieron realizar y no se realizaron, ahí es cuando uno siente así como uno dice ¿por qué?” (*Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Nos desquitamos ese sufrimiento con otro, entonces si hay que también llamarlo como un poco de roce de pleito entre nosotros mismos” (*Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Los comentarios tal vez fuera de tono por parte de otro profesional, por parte de otro gremio, a veces afecta mucho porque ¿qué pasa? llegan y te dicen «oh ayer se te murió un paciente... quién sabe qué hicistes o qué no hiciste»” (*Participante 12, Emergencias, 2021*).

En ocasiones, el sufrimiento por la pérdida del niño o niña invade a los profesionales encargados de su atención, de tal forma que se presentan disputas entre los mismos en busca de responsabilizar a alguien por ese desenlace, dando lugar a discusiones y un ambiente de tensión en el servicio. De la mano con lo anterior, los profesionales reconocen la necesidad de aliviar tensiones y exponer sentimientos desencadenados por la muerte de sus usuarios (Cunha, 2012), pues muchas veces estos permean el ambiente emocional durante el turno, dificultando afrontar la pérdida para los involucrados (Batista, 2015).

Conviene destacar que si bien se presentan cambios en las relaciones establecidas a nivel laboral, la aparición de la muerte también suscita alteraciones en las dinámicas sociales del ámbito personal.

“Sí, la relación familiar y laboral cambia aunque uno no quisiera pero sí pasa”  
(*Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Y llegaba y yo decía no quiero que me hablen, no quiero que me digan nada [...] o sea yo nada más llegaba entraba directo, me acostaba y dormía porque a parte de sentirme agotada, me sentía muy afectada y no sabía en qué momento sacar o cómo sacar todo eso” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

Es necesario aclarar, tal como indican Freitas et al. (2016) y McConell (2015), que los sentimientos originados en el ejercicio de su profesión no solo afectan a los enfermeros y enfermeras en su lugar de trabajo, sino que estos son trasladados a su vida privada, influyendo de esta manera en sus interacciones con amigos, familia e hijos.

De hecho, estudios como el de Alvarado (2013) indican cómo el asumir conductas de evitación tras la muerte contribuye en que las relaciones interpersonales puedan tornarse difíciles para quien vivió la pérdida. Un comportamiento alusivo a esta evitación fue señalado en repetidas ocasiones por los participantes, quienes refieren su negativa a hablar de eventos de muerte, aún con sus personas de confianza (Lima et al, 2017).

“Yo no sé cómo harán las demás personas, pero a lo que yo entiendo la gran mayoría tratamos de no contar estas cosas en nuestra casa, entonces tenemos que asumirlo nosotros ahí, nosotros solos” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Esto corresponde a un mecanismo de afrontamiento al cual recurren los profesionales de enfermería con la finalidad de no revivir los sentimientos dolorosos implicados en esas experiencias laborales, las cuales prefieren se mantengan

resguardadas en el marco del trabajo (Siqueira et al, 2018, Cunha, 2012). Sin embargo, Sevilla-Casado y Ferré-Gru (2013) justifican la tendencia de enfermeros y enfermeras a no contar sobre los fallecimientos presentados, debido a la carencia de los recursos necesarios para expresar y gestionar las emociones que afloran ante esos recuerdos.

Como se mencionó, las experiencias con la muerte de un usuario pediátrico a su cargo impulsan cambios en las relaciones interpersonales establecidas con personas significativas, no obstante, también resulta relevante mencionar otro de los componentes que integran el modo de interdependencia, los sistemas de apoyo, los cuales se vuelven imprescindibles tomando en cuenta las cicatrices que dejan tras de sí el ver morir niños y niñas (Da Costa, 2015). Por tanto, los profesionales de enfermería deben contar con fuentes de apoyo, y algunos refieren obtenerlo por medio de su familia.

“También viene aquí a la casa y uno lo expresa con la familia, vale más que mi familia siempre me escucha todo, uno viene como a desahogarse, como a contar” (*Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Lo anterior es reafirmado por Schirmann et al. (2020), al resaltar las molestias psíquicas con las que cargan los profesionales de enfermería y la necesidad de recurrir a estrategias defensivas para alivianar el peso que trae consigo su profesión, lo cual se vuelve posible a través del apoyo de sus propias familias. Con quienes, inclusive, se facilita la elaboración del duelo para estos profesionales (Palacio y Bernal, 2019).

Sin embargo, es importante mencionar que el entorno familiar no siempre representa el apoyo requerido por estos profesionales posterior a una pérdida, pues dentro de este mismo ambiente es posible encontrar barreras que dificultan la vivencia del duelo (Peña, 2018), tal como se evidencia en el siguiente relato.

“A nivel de familia [...] esa parte sí me desgastaba bastante, obviamente no era siempre, pero habían días en los que yo quería llegar y no tener bulla, quería

descansar, quería desconectarme, quería escuchar música, pero quería ese espacio de bajar y ese entorno no me lo permitía como tal” (*Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021*)

De manera que las familias de estos enfermeros y enfermeras se vuelven importantes figuras de sostén, pero a la vez se pueden presentar conflictos cuando estos familiares no saben cómo proporcionar el apoyo requerido, o bien cuando los dolientes se perciben incomprendidos en medio de su dolor.

“Las personas que son externas a lo que nosotros hacemos no nos entienden, el personal de salud es un poco incomprendido porque aunque yo por ejemplo le cuento mis cosas a mi esposo y todo, yo no espero que él me entienda un 100%, o tenga como esa empatía porque él no está viviendo lo que yo vivo verdad” (*Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Cuando ya lo trae a la casa, que nadie entiende o nadie quiere saber o usted le empieza contar a alguien y lo que hace la persona es llorar y usted entonces dice no mejor ni cuento porque se va afectar más, entonces a veces no hay ni a quién decirle que fue lo que sucedió y uno tragarse ese dolor” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

El discurso de los participantes converge con lo mencionado en la literatura, donde otros enfermeros y enfermeras han indicado cómo a las personas ajenas a las profesiones sanitarias se les dificulta comprender la sensación diaria de finitud, ahora tan inherente para el profesional de enfermería, dada la habitual confluencia entre la muerte y su ambiente laboral (Sevilla-Casado y Ferré-Gru, 2013). Por lo tanto, se sienten incomprendidos y poco apoyados al tener que enfrentar un reto situacional como la muerte de un usuario, pues, quien siente la pérdida busca alguien que comprenda auténticamente lo vivido, lo cual se vuelve imposible de lograr en su totalidad para algunas de sus personas cercanas (Roy, 2013, Strayer, 2013).

No obstante, dadas las circunstancias descritas, los participantes suelen recurrir a otro sistema, en el cual pueden percibir un mayor entendimiento del otro

sobre su experiencia, esta forma de apoyo es representada por sus compañeros y compañeras de trabajo.

“Casi que siempre que suceden esas cosas uno se sienta a conversar con los compañeros, entonces creo que eso es una parte que da mucho apoyo para poder compensar todo lo que sucedió” (*Participante 4, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“A veces son cosas que uno sabe pero igual uno ocupa escucharlas, o sea que le digan a uno mirá no... usted probablemente hizo todo lo que pudo y el bebé venía muy grave, uno no sé porqué pero uno ocupa a veces que le digan esas cosas, como que las reafirmen” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“A veces uno necesita que alguien del mismo gremio lo respalde y que diga «no, no, vos lo hicistes bien, vos no fallaste, vos lo hicistes bien, hiciste lo que tenías que hacer» eso es lo que uno espera [...] como que te respalden y que te digan que todo lo que usted hizo estuvo bien” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

De forma que los compañeros de trabajo conforman una fuente de apoyo significativa para los profesionales de enfermería, puesto que están inmersos en un mismo contexto y, por tanto, empatizan aún más con los sentimientos derivados de este tipo de pérdidas (Strayer, 2013). Lo cual supone un alivio para los enfermeros y enfermeras quienes en sus iguales encuentran la posibilidad de dar un significado al fallecimiento, validar su experiencia, sus sentimientos y su actuar durante el proceso de muerte, obteniendo así consuelo y alivio sobre los malestares y temores (Monteiro et al, 2018, Sevilla-Casado y Ferré-Gru, 2013, Strayer, 2013 ).

A pesar de ello, enfermeros y enfermeras de otros estudios mencionan que dialogar con sus compañeros de trabajo sobre temas relacionados con el final de la vida no es una opción, ya sea porque evitan revivir la experiencia, o bien porque

temen ser juzgados como profesionales poco capacitados para lidiar con la muerte (Hernández et al, 2022, Siqueira et al, 2018).

Por otra parte, de acuerdo con Ramírez-Ochoa et al. (2008), la institución para la cual se labora puede también constituir un sistema de apoyo, no obstante, tal como señalan los mencionados antecedentes y los participantes de esta investigación, estos se han visto obligados a atravesar el duelo solos, sin un acceso a herramientas efectivas para afrontar la pérdida adecuadamente (Moya et al, 2015).

“Y en realidad ahí en el hospital es los recursos que uno tenga y ya, porque en realidad no nos dan ninguna atención a nosotros después de que algún paciente fallezca o algo así, sino los recursos que usted tenga con los que ha crecido usted para enfrentar esas cosas porque a uno no lo preparan para eso verdad, en realidad. Ni tampoco le dan a uno consejos, ni medios, tampoco he visto que den muchas charlas, que le digan a uno cuáles serían algunos medios para afrontar estas cosas” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Nadie se preocupa sobre qué piensa el personal, qué ocupa el personal, qué necesita el personal, verdad nadie” (*Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

“Si los papás no lo superan, hay que ayudarlos a pasar todo ese duelo, pero cuando es el personal o cuando es enfermería...estamos jodidos” (*Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021*)

Conforme a lo analizado, queda claro que quienes eligen la enfermería deben desenvolverse en medio de circunstancias vitales impregnadas de dolor, y aunque algunos enfermeros y enfermeras consideran como obligación cargar ese sufrimiento en soledad, por ser parte de la profesión que eligieron, deberían contar con la posibilidad de acceder a un apoyo psicológico que les permita desempeñarse como profesionales sin perjudicar su propia salud mental en el proceso (Costa y Lima, 2005, Fagundes y Prazeres, 2019, Lopera, 2015)

Sin embargo, hallazgos de múltiples estudios evidencian cómo el apoyo a los profesionales en relación a su afrontamiento de la muerte, está lejos de constituir una prioridad para las instituciones sanitarias, las cuales en su mayoría no cuentan con sistemas de este tipo, a pesar de que se ha comprobado reiteradamente el sentimiento de desamparo por parte de los enfermeros y enfermeras, así como la huella emocional con la que arrastran (Fagundes y Prazeres, 2019, Marchán, 2016, Marrero y García, 2019).

De la misma forma, se ha reconocido el beneficio que podría traer a estos profesionales el apoyo psicológico, ya que les permitiría gestionar saludablemente sus emociones y, consiguientemente, mejorar sus destrezas clínicas, no obstante, aún con la evidencia no ha sido posible efectuar cambios en torno a la falta de apoyo, mencionada también por nuestros participantes (Rosado-Pérez y Varas-Díaz, 2019).

De hecho, los profesionales de enfermería que participaron de este estudio indican cómo en ocasiones las instituciones han ofrecido ciertas alternativas para abordar el tema, las cuales han sido inefectivas e inaccesibles para quienes requieren el apoyo.

“Planean una charla y casi nadie puede ir porque todo el mundo está tan ocupado, no es que la gente no quiere, sino que no se puede” (*Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

Según Rosado-Pérez y Varas-Díaz (2019), es un hecho que profesionales de enfermería son conscientes de su necesidad de intervención y capacitación psicológica, mas la falta de tiempo es un factor determinante que obstaculiza su participación en las ayudas ofrecidas.

Asimismo, Arce (2006) relata la realidad nacional vivida por los profesionales en las instituciones sanitarias, la cual a pesar de la diferencia temporal, se aproxima mucho a lo señalado por los participantes de este estudio, donde la misma se caracteriza por una recarga de funciones con jornadas de trabajo extensas, sobredemanda de servicios, escasez de personal, carencia de formación en



autocuidado, además de charlas de salud mental, con como podría esperarse, una pobre asistencia.

Ahora, aún cuando no se obtiene el apoyo esperado de la institución para la cual laboran, esto se extiende a sus jefaturas inmediatas, ante las cuales los profesionales de enfermería se perciben poco respaldados.

“Cuando una jefatura te llama más que todo es para ver es que «dejastes algo pendiente» o «me reportaron algo que hiciste mal o que dejastes de hacer». Uno quisiera que una jefatura, en ese momento, te haga un chance para que te dijera «mirá este acabas de pasar esto, mirá lavate la cara, te voy a dar un chance, sal un momentito o comprate algo un café o una coca cola o algo» y o que le diga «uy mira qué caso más difícil ese que te tocó»” (*Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021*)

A juzgar por lo anterior, desde las instituciones sanitarias se continúa promoviendo un modelo que prioriza la consecución de resultados y la mayor atención en salud posible, sobre el bienestar de las y los trabajadores, no obstante, el predominio de tal tendencia denota la necesidad de proporcionar condiciones de trabajo humanizadas, previniendo así que estos profesionales enfermen debido a su contexto laboral (Bastos et al, 2018, Siqueira et al, 2018).

Es decir, mediante el análisis del modo de interdependencia se esclarece la necesidad de conectar con otros, también presente en los profesionales de enfermería, puesto que a través de las relaciones establecidas se puede dar y recibir amor, respeto, tiempo, entre otros (Perrett, 2007, Raile y Marriner, 2011). Pero, cuando la muerte ocasiona la pérdida de la relación con una persona significativa, como lo llega a ser un usuario y su familia, la adaptación en la interdependencia se ve afectada, volviéndose aún más importante el apoyo social, pues en este se busca consuelo y empatía (Roy, 2013).

Sin embargo, se debe considerar que no siempre se obtiene el apoyo requerido, si bien es cierto la mayoría de los profesionales de enfermería indican

sentirse apoyados por sus personas significativas, no sucede lo mismo en el ámbito laboral, donde no se sienten comprendidos ni apoyados, lo cual obstaculiza su adaptación, tomando en cuenta que estas percepciones dificultan el logro de una respuesta adaptativa positiva (Perrett, 2007, Roy, 2013).

#### **4.5. Años de experiencia laboral**

Otro punto relevante a analizar y considerado durante el estudio, corresponde a la influencia de los años de experiencia laboral, por una parte algunos de los participantes pertenecientes al grupo de experiencia intermedia (de 10 a 15 años) indican cómo independientemente de los años laborados, la muerte de un usuario pediátrico continúa siendo una vivencia sumamente dolorosa.

“En todo momento uno debe estar aceptando la muerte porque es algo natural pero sí es muy doloroso aunque pasen los años yo digo yo tengo mi experiencia y he visto muertes de muertes pero siempre uno es humano, tiene sentimientos, se encariña con esos pacientes por X o por Y, uno se encariña y va hasta el final con ellos y con el familiar” (*Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021*)

Diversos estudios concuerdan con lo referido por las y los participantes al mencionar la muerte de los usuarios pediátricos como un suceso que llega a afectar la vida de los enfermeros y enfermeras, aún cuando poseen una vasta experiencia (Da Costa, 2015, Freitas et al, 2016, Pérez y Cibanal, 2015).

En contraposición, en su mayoría quienes conforman los grupos de experiencia menor (5-10 años), intermedia (10-15 años) y mayor (15-20 años) coinciden en ver la experiencia laboral como un elemento facilitador de la adquisición de herramientas o mecanismos de afrontamiento que les permiten enfrentar tantas pérdidas.

“Es como los primeros pacientes o tal vez el primer año es cuando empiezan a fallecer, pero ya después es algo con lo que uno trabaja y es que se vuelve común, normal, esperable entonces... Entre más años tenga usted, pues uno

se va acostumbrando más a este proceso” (*Participante 7, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

“Tal vez una persona que está con menos tiempo le pegue como más por decirlo así, o se sienta más vulnerable de eso que está pasando. Tal vez no es que uno se haga más duro, pero sí sí le da un poco más de... se puede reconfortar un poco mejor uno” (*Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

En otras palabras, aunque las personas participantes poseen diferencias en cuanto a sus años laborados, coinciden también con lo mencionado en la literatura, donde se indica que a mayor experiencia laboral hay un mejor desenvolvimiento ante la muerte (Schirmann et al, 2020). Sin embargo, los mecanismos de afrontamiento aprendidos son empíricos, de forma que no necesariamente favorecen una respuesta adaptativa positiva, pues algunas de las estrategias implementadas por los profesionales de enfermería conducen a los mismos a asumir mecanismos de defensa que los insensibiliza ante la muerte y quien la sufre (Bastos et al, 2018, Perales et al, 2019).

A su vez, otro punto de confluencia entre el discurso de las y los participantes es respecto a los primeros fallecimientos de usuarios pediátricos a su cargo, tal como se evidencia en el siguiente fragmento.

“Las primeras muertes son las que más lo afectan a uno” (*Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021*)

Dicho hallazgo ha sido evidenciado también en otras investigaciones, las cuales apuntan las primeras experiencias con la muerte de usuarios como las más impactantes y memorables para los profesionales de enfermería (Marrero y García, 2019).

Por lo que finalmente es posible determinar que los años de experiencia no son trascendentes, pues no se alcanza un consenso más que cada persona vive su proceso de manera individual, mediado no solo por su experiencia laboral sino

también por la personal, así como inevitablemente es una vivencia que ocasiona sufrimiento y tristeza a su paso (Duque et al, 2020).

## CAPÍTULO V

### Consideraciones finales

#### 5.1. Conclusiones

El proceso de adaptación es constante, dinámico y diferenciado de acuerdo al individuo que lo vive, los estímulos que influyen en su experiencia particular y como estos son percibidos por la persona.

En este caso, la muerte de una persona usuaria pediátrica, es experimentada de forma única por cada profesional de enfermería, pues la subjetividad permea esta vivencia a través de los diversos significados que cada uno atribuye a la muerte, determinados por sus creencias, contexto cultural y experiencias previas personales. Pero al mismo tiempo, cada vivencia se distingue de las demás, ya que todos los fallecimientos poseen su particularidad dada por las circunstancias que lo rodean, tales como el tipo de pérdida y la relación establecida entre enfermería, el niño o niña y su familia.

Lo cual, consecuentemente, determina que los procesos de adaptación sean diferentes para cada individuo, sin embargo, al hablar de la pérdida de un usuario pediátrico, se asemejan en términos del impacto generado por dicha muerte, pues provoca respuestas que abarcan los cuatro modos de adaptación.

En cuanto a la adaptación en el modo fisiológico, se develan diversas manifestaciones físicas en la alimentación, procesos sensoriales y actividad-descanso, las cuales se hacen presentes en el momento inmediato del fallecimiento o en los días posteriores al mismo, de manera que han sido determinadas como respuestas al duelo desencadenado por la pérdida de la persona usuaria pediátrica. Siendo las mismas manifestaciones consecuentes a somatizar la oleada de sentimientos que transcurren tras el fallecimiento.

Dado que la duración de dichas manifestaciones es limitada y esperable para el duelo vivenciado, y que los profesionales de enfermería aún después del fallecimiento del niño o niña continúan siendo capaces de satisfacer sus necesidades

básicas, no se advierten problemas de adaptación en este ámbito.

En relación con la adaptación en el modo de autoconcepto, se identifican reacciones ineficaces pues ante el fallecimiento del niño o niña, los sentimientos implicados facilitan el cambio de una autovaloración positiva, como personas y profesionales, a una negativa. No obstante, se presentan también respuestas de adaptación, ya que producto de la experiencia vivida logran fortalecer su capacidad de resiliencia y, en el proceso, valorar más la vida. A su vez, dentro de este proceso destaca la espiritualidad como uno de los mecanismos de afrontamiento favorecedores de la adaptación ante la pérdida.

Con respecto a la adaptación en el modo de función del rol, para los profesionales de enfermería asumir el rol de cuidadores implica una ardua tarea, pues la sociedad deposita en ellos desmesuradas expectativas, difícilmente alcanzables en la práctica. Lo anterior, junto a la resultante flagelación de su autoconcepto con cada fallecimiento de un usuario pediátrico a su cargo, conduce a un compromiso de su adaptación, lo que los lleva a fallar en el desempeño de su rol como enfermeros y de otros roles en su vida personal.

Por su parte, la adaptación en el modo de interdependencia se asocia principalmente a las relaciones desarrolladas entre el profesional de enfermería, el niño o niña y su familia, las cuales en pediatría generalmente se caracterizan por establecer apego, facilitado por varios elementos como la edad del niño o niña que requiere el cuidado, así como el tiempo de convivencia, siendo el mismo muchas veces determinado por las características de las unidades pediátricas.

Sin embargo, la muerte de la persona usuaria pediátrica origina también la pérdida del vínculo afectivo anteriormente creado, lo que resulta en una experiencia emocional y física de profundo dolor para el profesional, quien recurre a mecanismos de afrontamiento como el distanciamiento y la evitación del suceso, dando lugar a reacciones ineficaces para la adaptación, como el establecimiento de barreras con los y las usuarias y sus familias, separación de personas cercanas y la búsqueda de

culpables que da lugar a roces entre los equipos de trabajo.

Ahora bien, en cuanto a los sistemas de apoyo se refiere, estos son representados únicamente por las personas significativas, las cuales a pesar de ser ajenas al contexto donde ocurren estas muertes son quienes dan sostén, consuelo y comprensión a los enfermeros y enfermeras. Caso contrario se presenta a nivel laboral, donde a pesar de ser el sitio en el que los profesionales se exponen constantemente a estas experiencias, ante las mismas únicamente reciben exigencias y un apoyo insuficiente por parte de la institución, entorpeciendo de esta manera que estos profesionales logren respuestas adaptativas ante la muerte.

Finalmente, resulta importante recalcar cómo la formación actual de los profesionales de enfermería ha sido reiteradamente cuestionada en torno a la muerte, este es un hecho pertinente a relucir considerando las claras repercusiones que sufren los enfermeros y enfermeras al enfrentar la muerte desprovistos de la capacitación y herramientas necesarias para que en el ejercicio de su profesión, no vean perjudicada su integridad como enfermeros y personas.

Resulta inaceptable que prejuicios sociales asociados a la muerte, dispongan la formación tanatológica que debe recibir un profesional, quien con toda probabilidad encarará la muerte al ejercer la enfermería, y la cual, tal como se ha determinado, sigue siendo una experiencia notablemente dolorosa, a pesar de los años laborados.

## **5.2. Recomendaciones**

Con el propósito de que los hallazgos de este y otros estudios incluidos, no pasen desapercibidos, sino que den pie al desarrollo de acciones, así como nuevas reflexiones e investigación sobre la temática, se presentan algunas recomendaciones concretas dirigidas principalmente hacia los entes capaces de intervenir en la formación académica y el apoyo institucional recibido por los profesionales de enfermería, dos elementos destacados e influyentes de la adaptación de enfermeros y enfermeras.

En primer lugar, a las universidades, se enfatiza la necesidad de que las escuelas de enfermería del país tomen como prioridad la inclusión de la tanatología en el plan de estudios desde el pregrado, mediante un curso cuya finalidad se centre en fortalecer las habilidades y destrezas de los y las estudiantes de enfermería para intervenir de manera holística al usuario y su familia una vez que se presenta una enfermedad terminal o un fallecimiento, contemplando no solo sus necesidades biológicas sino también psicológicas. Al mismo tiempo que, se refuercen las respuestas de afrontamiento, resiliencia y se provean herramientas que mejoren las capacidades adaptativas de los futuros profesionales de enfermería ante circunstancias de muerte.

En concreto, a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), se le incentiva a velar por la salud mental de sus trabajadores con el fin de que estos puedan desempeñarse con su máximo potencial, favoreciendo consecuentemente una mejora en los estándares de cuidado proporcionados por esta institución. Lo cual se podría llevar a cabo a través del apoyo a las propuestas que se mencionan a continuación, además de la promoción de la educación continua, aún en temas de muerte.

En última instancia, a los hospitales del país, especialmente hacia el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera, lugar donde laboran la mayor parte de las y los participantes del estudio, se les exhorta a implementar iniciativas que fortalezcan la salud mental de sus trabajadores, atendiendo primeramente las necesidades externadas por los mismos.

Se considera relevante, además, contar con un acompañamiento cercano de profesionales en salud mental centrados únicamente en la intervención del personal del hospital, los cuales pueda facilitar espacios sanos para la expresión de emociones, colaboren en la actualización continua en torno a estos temas, así como brinden una atención personalizada o grupal que permita a los y las enfermeras afrontar situaciones difíciles enfrentadas en el ámbito laboral.

De la misma manera, las recomendaciones mencionadas anteriormente



fueron apoyadas en el discurso de las y los participantes del estudio, quienes señalan como requisito contar con accesibilidad a las iniciativas propuestas por la institución, pudiendo fortalecer así su salud mental sin necesidad de desatender sus tareas laborales o recargar otro personal, procurando que de esta forma se obtengan resultados efectivos. Asimismo, se proponen implementar estrategias que fortalezcan las dinámicas entre los equipos de trabajo y brindar capacitaciones sobre el afrontamiento y la adecuada intervención ante la muerte.

### **5.3 Limitaciones**

Una de las limitaciones identificadas se relaciona con los fallecimientos de los usuarios pediátricos contemplados dentro del estudio, pues otras muertes significativas relatadas por los participantes no pudieron ser consideradas dado que acontecieron en otras unidades pediátricas no tomadas en cuenta dentro de los criterios de inclusión.

De la misma forma, a pesar de que se esclarece la importancia de las primeras muertes experimentadas por los profesionales de enfermería, muchas veces estos presenciaron las mismas en sus primeros años cuando se desempeñaban como auxiliares de enfermería, por lo que dichas experiencias no fueron consideradas dentro de la investigación.

Sin embargo, ante lo anterior y dados los hallazgos de este estudio, se abre la posibilidad de profundizar en el fenómeno estudiado desde otras unidades pediátricas donde el mismo no se presente de manera habitual, e incluyendo las perspectivas de individuos que poseen la formación de profesionales pero aún se encuentran bajo un contexto de subcontratación, pues el impacto ocasionado en estos participantes podría variar.

Por otra parte, al recabar información sobre estas experiencias con la muerte de usuarios pediátricos se presenta la limitante de los años transcurridos tras este suceso, pues algunos participantes no recordaban claramente los detalles de dichas vivencias, o cabe la posibilidad de que el impacto de la mismas haya sido aminorado

con el paso del tiempo.

Por último, la investigación se desarrolló bajo el de contexto de virtualidad, la cual representó tanto una oportunidad dada la mayor disponibilidad y participación por parte de los profesionales de enfermería, como también una limitante pues para las investigadoras no fue posible garantizar la intimidad del espacio elegido por las y los participantes para ser entrevistados, lo cual pudo dar lugar a mayores distracciones, además de una menor libertad de expresión al encontrarse con otras personas durante la entrevista. Asimismo, ante la modalidad virtual fueron inevitables los fallos de conexión al internet y la dificultad de algunos participantes en el manejo de la plataforma Zoom.

### Referencias bibliográficas

- Acevedo, M., Guillén, DM., y García, E. (2012). El Metaparadigma, una limitante para el conocimiento de la Enfermería. *Revista Cuidarte*, 1(2), 6–10.  
<http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/69052/62041>
- Acosta, A., España, C., Jiménez, K., Suarez, J., Ortiz, S., y Vanegas, Y. (2016). *Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales en Cartagena, 2016* [Tesis de grado, Universidad de Cartagena]. Repositorio Uni Cartagena.  
<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4423/TESIS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf;jsessionid=A260BD7CB5AD1CB2DCB795AB201015D2?sequence=1>
- Alonso, L., Ramos, M., Barreto, P., y Pérez, M. (2019). Modelos Psicológicos del Duelo: Una Revisión Teórica. *Calidad de vida y salud*, 12 (1), 65-75.  
<http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/176/180>
- Alvarado, R. (2013). Duelo y Alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (2).  
[https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_y\\_alexitima.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_y_alexitima.pdf)
- Arce, E. (2006). *La muerte en la cotidianidad de los profesionales en salud: La construcción de su significado a lo interno de un hospital* [Trabajo de grado, Universidad de Costa Rica]. Repositorio SIBDI-UCR.  
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/514>
- Arguedas, O. (2010). Elementos básicos de bioética en investigación. *Acta méd. Costarric*, 52 (2): 76-78.  
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v52n2/art04v52n2.pdf>
- Ballesteros, MA., Barrera, SA., y Bazante, J. (2020). *Percepción de la espiritualidad del personal asistencial de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Susana López de Valencia como recurso de afrontamiento ante la muerte de sus pacientes: una mirada desde la*

- logoterapia* [Trabajo de grado, Fundación Universitaria de Popayán]. Repositorio FUP. <http://univida.fup.edu.co/repositorio/items/show/856>
- Barría, AC., y Fontealba, PC. (2014). *La muerte en pacientes pediátricos, ¿cómo afecta al equipo de enfermería?* [Tesis de grado, Universidad Austral de Chile]. UACH. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmb275m/doc/fmb275m.pdf>
- Bastos, R., Quintana, A., y Carnevale, F. (2018). Angústias Psicológicas Vivenciadas por Enfermeiros no Trabalho com Pacientes em Processo de Morte: Estudo Clínico-Qualitativo. [Angustia de Enfermeras en Trabajo con Pacientes en Proceso de la Muerte: Estudio Clínico-Cualitativo]. *Trends in Psychology*, 26, (2), 795-805. <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/FtTbdsvLBKnp9dKqfCj6kZJ/?format=pdfylang=pt>
- Batista, M. (2015). *Enfrentamento da morte e do morrer de crianças pela equipe de enfermagem na UTI* [Tesis de pregrado, Universidad de Brasilia]. Repositorio UnB. <https://bdm.unb.br/handle/10483/12035>
- Buckley, L., Berta, W., Cleverley, K., Medeiros, C., y Widger, K. (2020). What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review [Lo que se sabe sobre el agotamiento de las enfermeras pediátricas: una revisión del alcance]. *Human Resources for Health*, 18(1), 1-23. doi:10.1186/s12960-020-0451-8
- Cabal, V.E., y Guanizo, M. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 73-81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036648>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *An. Sist. Sanit. Navar*, 30 (3), 163-176. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Camara, SL., y Bassani, MA. (2019). Estudos em psicologia sobre morte, luto, religião e espiritualidade: uma revisão da literatura brasileira. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 39(96), 129-140.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2019000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000100013)

Camponogara, S., Miorin, JD., Dias, GL., Rodrigues, IL., Vasconcelos, LS., y Pinheiro, AL. (2020). A morte da criança hospitalizada: estratégias defensivas e de enfrentamento da equipe de enfermagem [La muerte de los niños hospitalizados: estrategias defensivas y de afrontamiento del equipo de enfermería]. *Revista M*, 5 (9), 161-172.

[http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9592/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/9592/pdf_1)

Campos-Miño, S., Sasbón, JS., y von Dessauer, B. (2012). Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Med Intensiva*, 36 (1), 3-10.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912012000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000100002)

Cara, R. (2020). Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de enfermería ante la muerte. *Revista Ene De Enfermería*, 14(1),1-15.

<http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v14n1/1988-348X-ene-14-1-e1417.pdf>

Carmona, ZE., y Bracho de López, CE. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2 (2), 14-23.

[http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSPo8\\_2\\_05\\_ar\\_t2\\_carmona.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSPo8_2_05_ar_t2_carmona.pdf)

Cartiel, J., y Navarro, MT. (2017). *La experiencia vivida de las enfermeras ante la muerte de un niño* [Trabajo de grado]. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès.

<http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/442/Experiencia%20vivida%20de%20enfermeras%20ante%20la%20muerte%20de%20un%20ni%C3%B1o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Celma, AG., y Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte.

*Revista de Saúde Coletiva*, 25 (2), 485-500.

<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2015.v25n2/485-500/es>

Chaves, MF., González, AK., y Solano, DV. (2013). *Significado de la muerte y sus implicaciones en las vivencias de seis familias del cantón de Naranjo* [Trabajo de grado]. Universidad de Costa Rica, San José. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-1-sr-2013-01.pdf>

Chocarro, L. (2010). *Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso* [Trabajo de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/11998/1/T32597.pdf>

Chocarro, L., González, R., Salvadores, P., y Venturini, C. (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Med Paliat*, 19(4), 148-154. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X12000262>

Choque, A., González, K., y Sepúlveda, R. (2017). *Tipo de afrontamiento de enfermeros (as) que trabajan en el servicio de pediatría* [Trabajo de grado, Universidad de Atacama]. Academia. [https://www.academia.edu/34404065/TIPO\\_DE\\_AFRONTAMIENTO\\_DE\\_ENFERMEROS\\_AS\\_QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DE PEDIATRI](https://www.academia.edu/34404065/TIPO_DE_AFRONTAMIENTO_DE_ENFERMEROS_AS_QUE TRABAJAN EN EL SERVICIO DE PEDIATRI)

A

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14 (1): 61-71. <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>

Clavijo, LK., Pérez, S., Yustres, E., y Córdoba, DN. (2020). *Percepción de enfermería ante la experiencia de la muerte de pacientes de una unidad de cuidado intensivo pediátrico de Bogotá en el 2020* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/52107>

- Cobacho, JJ., y Yang, RM. (2011). ¿Cuáles son los sentimientos de los profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos neonatal ante la muerte del recién nacido?. *Revista de Enfermería Basada en Evidencia*, 8 (35), 123-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4654346>
- Condorimay, YR., y Silva, DM. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica [Asistencia de enfermería en el servicio de emergencias pediátricas]. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(3), 477-84. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/K7Qv5VcYbGV9SZwNCjGPHsn/?lang=pt&format=pdf>
- Costa, J., y Lima, R. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer [Luto del equipo: revelaciones de los profesionales de enfermería sobre el cuidado a niños/adolescentes en el proceso de muerte y morir]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13 (2), 151-157. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/psFXRxVWB9pWf4CzBcBHhVQ/?format=pdf&lang=pt>
- Costa, TR. (2011). *O enfrentamento da equipe de enfermagem no processo de morte e morrer do paciente* [Tesis de posgrado, Universidade do Extremo Sul Catarinense]. Repositório Institucional da Unesc. <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/841/1/T%c3%a2nia%20Regina%20Costa%20Borges.pdf>
- Cuadrado, C., Prieto, C., González, I., Gupta, S., Demburg, A., Zubieta, M., Johnson, S., Torode, J., Kutluk, T., y Luciani, S. (2017). *Cáncer infantil en Latinoamérica: un análisis comparativo de la respuesta de los sistemas de salud*. OPS/OMS. [https://www.researchgate.net/publication/335207717\\_Cancer\\_infantil\\_en\\_Latinoamerica\\_un\\_analisis\\_comparativo\\_de\\_la\\_respuesta\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud\\_Perfiles\\_de\\_paises](https://www.researchgate.net/publication/335207717_Cancer_infantil_en_Latinoamerica_un_analisis_comparativo_de_la_respuesta_de_los_sistemas_de_salud_Perfiles_de_paises)

- Cubero, O., y Wray, T. (2020). *Riesgo de Burnout y su relación con la satisfacción laboral en el personal de enfermería* [Trabajo de posgrado, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kerwa. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/81121>
- Cunha, E. (2012). *El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria* [Tesis de doctorado, Las Palmas de Gran Canaria]. Repositorio AccedaCris. <https://accedacris.ulpgc.es/handle/10553/10715>
- Curcio, D.L. (2014). *The Lived Experiences of Nurses Caring for Dying Pediatric Patients* [Tesis de grado, The City University of New York]. Academic Works. [https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.co.cr/&httpsredir=1&article=1193&context=gc\\_etds](https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.co.cr/&httpsredir=1&article=1193&context=gc_etds)
- Da Costa, C. (2015). *Atuação do enfermeiro diante da terminalidade e morte da criança e do adolescente com câncer em Cuidados Paliativos* [Tesis de posgrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositorio Unicamp. [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312103/1/Parentoni\\_CamiladaCosta\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312103/1/Parentoni_CamiladaCosta_M.pdf)
- Davis, S., Lind, BK., y Sorensen, C. (2013). A Comparison of Burnout Among Oncology Nurses Working in Adult and Pediatric Inpatient and Outpatient Settings [Una comparación del agotamiento entre las enfermeras de oncología que trabajan en entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios para adultos y pediátricos]. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), E303-E311. doi:10.1188/13.ONF.E303-E311
- De Andrés Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativo. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700784630>
- Del Rincón, C., Martino, R., Catá, E., y Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico.



*Psicooncología*, 5 (2-3), 425-437.

<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSICo808220425A/15448>

Dias, D., Do Nascimento, C., Paulo, L., Barbosa, AM., y Figueiredo, H. (2017).

Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem diante de morte em unidade de terapia intensiva neonatal [Sentimientos vividos por los profesionales de enfermería ante la muerte en una unidad de cuidados intensivos neonatales]. *Mental*, 11 (21), 546-560.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n21/v11n21a15.pdf>

Díaz de Flores, L., Durán, M., Gallego, P., Gómez, B., Gómez, E., González, Y.,

Gutiérrez, M., Hernández, A., Londoño, J., Moreno, M., Pérez, B., Rodríguez, C., Rozo, C., Umaña, C., Valbuena, S., Vargas, R., y Venegas, B. (2002).

Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2 (1), 19-23.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972002000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004)

Díaz, MC., Juarros, N., García, B., y Sáez, C. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte.

*Enfermería Global* (45), 246-255.

<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00246.pdf>

Do Prado, M., Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., y Gómez, P. (2013).

*Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>

Dos Santos, JL., Corral-Mulato, S., Bueno, SMV., y Robazzi, MLC. (2016). Feelings of nurses faced with death: Pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of dejours. [Sentimientos de las enfermeras ante la muerte: Placer y sufrimiento desde la perspectiva de la psicodinámica del dejours].

*Investigación y Educación En Enfermería*, 34(3), 511-517.

<https://www.proquest.com/docview/1870899982/fulltextPDF/19CoAB5884274A72PQ/1>

Duque, PA., Manrique, YB, Galvis, AF., Castañeda, MH., y Hernández, E. (2020).

Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22.

<https://www.semanticscholar.org/paper/Afrontamiento-de-docentes-de-enfermer%C3%ADa-ante-la-del-Duque-Manrique/c8bf1530d4486992aff2e0b36f9451b9bb14f979>

Elise, G., y Koller, M. (2015). Terminalidad de la vida infantil: percepciones y sentimientos de los enfermeros. *Rev. bioét*, 23 (3), 611-7.

[https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es\\_1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf](https://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n3/es_1983-8034-bioet-23-3-0608.pdf)

Espitia, A.K., y Moreno, C. (2017). *Qué es pérdida y tipos de pérdida* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC.

<https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/14585>

Fagundes, F., y Prazeres, F. (2019). O enfermeiro em face ao processo de morte do paciente pediátrico [La enfermera ante el proceso de muerte del paciente pediátrico]. *J Health Biol Sci*, 7(3), 277-283.

<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2235/874>

Ferreira, A., Becker, H., da Graça, M., y de Abreu, D. (2015). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional [Cuidados paliativos en oncología pediátrica: percepciones, saberes y prácticas bajo la perspectiva de un equipo multidisciplinario]. *Rev Gaúcha*

*Enferm*, 36(2), 56-62.

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/v7mLR86DTXnKrLCzJ9Cddsx/?format=pdf&lang=pt>

Figueredo, N., Ramírez, M., Nurczyk, S., y Díaz, V. (2019). Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados*

- Humanizados*, 8 (2), 33-43.  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-22.pdf>
- Flores, G., Castro, R., y Quipildor, R. (2019). Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Notas de Enfermería*, 19(34), 26-36.  
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26320>
- Freitas, T.L., Banazeski, A.C., Eisele, A., De Souza, E.N., Bitencourt, J.V., y Souza, S. (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 41, 322-334.  
<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revision2.pdf>
- Fuentes, L. (2016). Cambios en las creencias religiosas en Costa Rica. *Siwô' Revista De Estudios Sociorreligiosos*, 9(1), 51-77.  
<https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/siwo/article/view/10988/13817>
- García, B., Araujo, E., García, V., y García, M.L (2014). Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente. *Artículo Original*, 1, 47-59.  
[http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5\\_SENTIMIENTOS.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf)
- García, S., Rivas, E., Hernández, K., y Catalán, Y. (2017). Significados asociados a la muerte de un niño en enfermeras intensivistas pediátricas, en un hospital del sur de Chile: un estudio fenomenológico. *Rev. Iberoam Educ Investi Enferm*, 7(4), 8-17.  
<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/264/significados-a-sociados-a-la-muerte-de-un-nino-en-enfermeras-intensivistas-pediatricas-en-un-hospital-del-sur-de-chile-un-estudio-fenomenologico/>
- García, V., y Rivas, E. (2013). Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: Vivencias, duelo, aspectos bioéticos. *Ciencia y Enfermería*, 19 (2), 111-124.  
[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art\\_11.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_11.pdf)

- Garro, A., y Fernández, M. (2020). *Adaptación de los profesionales de enfermería con experiencia laboral en servicios de Oncología, ante la muerte de una persona usuaria, Gran Área Metropolitana* [Trabajo de posgrado, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Kerwa. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82813>
- Gonçalves, A. (2008). *Perda e luto na equipe de enfermagem do centro cirúrgico de urgência e emergência* [Tesis de posgrado, Universidade de São Paulo]. Teses USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-03092008-105509/publico/ADRIANAGONcALVESBOSCO.pdf>
- Goudarzi, F., Khadivzadeh, T., Ebadi, A., y Babazadeh, R. (2022). Women's interdependence after hysterectomy: a qualitative study based on Roy adaptation model [Interdependencia de la mujer después de la histerectomía: un estudio cualitativo basado en el modelo de adaptación de Roy]. *BMC Women's Health*, 22. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12905-022-01615-2.pdf>
- Guedes, E., y Oliviera, DD. (2013). Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 25-29. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962013000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100006)
- Henao, A.M., y Quiñonez, MA. (2019). Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enferm Intensiva*, 30 (4), 163-169. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S130239918301123>
- Hernández, M., González, E., Fuentes, A., Carranza, S., Comeán, V., y Guerrero, R. (2022). Experiencia vivida del primer contacto con muerte en prácticas clínicas de estudiantes de enfermería. *Enfermería Global* (65), 116-127.

<https://web-p-ebshost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e06e84c7-b496-4fda-8076-742f2383c016%40redis>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). Editorial McGraw Hill Education.

Herranz, N. (2007). El papel de la enfermera en los cuidados paliativos del recién nacido. *Enferm Clin*, 17(2), 96-100.

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-el-papel-en-enfermera-cuidados-paliativos-13100762>

Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention [Ayudar a las enfermeras a afrontar el duelo y la fatiga por compasión: una intervención educativa]. *Clin J Oncol Nurs*, 18(4), 454-458.

<https://cjon.ons.org/cjon/18/4/helping-nurses-cope-grief-and-compassion-fatigue-educational-intervention>

Huanca R., y Velásquez, R. (2018). *Impacto que genera la muerte de pacientes pediátricos en el rol profesional del personal de enfermería* [Trabajo de grado, Instituto Amado OLMOS-ATSA]. ATSA.

<https://atsa.org.ar/uploads/pdfs/2018-12-11-358-ATSA.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). *Mortalidad Infantil y Evolución Reciente 2021. I semestre datos preliminares*. INEC.

<https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacerv-bmi-isemestre2021.pdf>

Iomdina, B. (2008). *Neonatal Nurses' Experiences of Caring for High-Risk Infants. Involved in Research*. [Tesis de posgrado, Universidad de Manitoba]. ProQuest Dissertations Publishing.

[https://www-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/304402307/FE\\_D9312277814CFEPQ/1?accountid=28692](https://www-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/304402307/FE_D9312277814CFEPQ/1?accountid=28692)

- Jara, P., y Valenzuela, S. (2009). La utilización de herramientas de investigación cualitativa en la construcción y diseño de indicadores de la práctica de enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15 (3), 9-13.  
[https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_02.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art_02.pdf)
- Jarrad, R.A., y Hammad, S. (2020). Oncology nurses' compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction [Fatiga por compasión, agotamiento y satisfacción por compasión de las enfermeras de oncología]. *Ann Gen Psychiatry*, 19 (22), 1-8.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7110622/pdf/12991\\_2020\\_Article\\_272.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7110622/pdf/12991_2020_Article_272.pdf)
- Kellogg, MB., Barker, M., y McCune, N. (2014). The Lived Experience of Pediatric Burn Nurses Following Patient Death [La experiencia vivida por enfermeras de quemaduras pediátricas tras la muerte de un paciente]. *Pediatric Nursing*, 40(6), 297-300.  
<https://search-ebsohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=110459657&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Kleis, AE., y Kellogg, MB. (2020). Recalling stress and trauma in the work-place: A qualitative study of pediatric nurses [Recordando el estrés y el trauma en el lugar de trabajo: un estudio cualitativo de enfermeras pediátricas]. *Pediatric Nursing*, 46(1), 5-10.  
<https://search-ebsohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=141665025&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Kolhs, M., Olschowsky, A., Barreta, NL., Schimerfening, J., de Vargas, R., y Busnello, G.F. (2017). A enfermagem na urgência e emergência: entre o prazer e o sofrimento [Enfermería en urgencia y de emergencia: entre el placer y sufrimiento]. *J res fundam care online*, 9 (2), 422-431.  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163433/001019351.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kovács, M., Kovács, E., y Hegedús, K. (2010). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping [¿La disonancia emocional es más frecuente en la atención oncológica? Trabajo emocional, agotamiento y afrontamiento]. *Psyco-Oncology*, 19, 855-862. [https://www.academia.edu/5845692/Is\\_emotional\\_dissonance\\_more\\_prevalent\\_in\\_oncology\\_care\\_Emotion\\_work\\_burnout\\_and\\_coping](https://www.academia.edu/5845692/Is_emotional_dissonance_more_prevalent_in_oncology_care_Emotion_work_burnout_and_coping)
- Landeros, EA., Guzmás, FR., Escamilla, R., y Peña, RS. (2017). Muestra y muestreo. En M. Guevara, C. Velia, P. Hernández (Eds). *Protocolos de investigación en enfermería* (pp. 88-95). El Manual Moderno. <https://elibro-net.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/es/ereader/sibdi/39758>
- Ley 9234 del 2014. Ley Reguladora de Investigación Biomédica. 22 de abril del 2014. La Gaceta N° 79.
- Lima, A.A., Silva, M.J., y Pereira, L.L. (2009). Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. *Enfermería Global*, 15, 1-17. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/clinica1.pdf>
- Lima, L., Gonçalves, S., y Pinto, C. (2017). Sudden death in paediatrics as a traumatic experience for critical care nurses. *British Association of Critical Care Nurses*, 23 (1), 42-47. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/epdf/10.1111/nicc.12326>
- Lledó-Morera, A., y Bosch-Alcaraz, A. (2020). Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico. *Enfermería Intensiva*, 32 (3), 117-124. <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S130239920300894>
- Lopera, MA. (2015). Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function [El cuidado de enfermería al paciente en

- proceso de fallecer: una dolorosa función profesional y humana]. *Invest Educ Enferm*, 33(2), 297-304.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105238623010>
- Lopera, MA. (2016). Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema. *Ciencia y Enfermería*, 22 (1), 65-74.  
[https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art\\_06.pdf](https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v22n1/art_06.pdf)
- Lopera, MA. (2017). Cuidado del paciente moribundo: una confrontación entre mostrar sentimientos y desempeño profesional. *Aquichan*, 17(3), 284-291.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n3/1657-5997-aqui-17-03-00284.pdf>
- Lopes, AS. (2010). *Las dificultades, estrategias y desafíos en la relación de los enfermeros con los pacientes oncológicos - el caso particular de un hospital de agudos* [Tesis de maestría, Universidad de Salamanca].  
<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1776/1/trabajo%20de%20fin%20de%20master%20-%20%20angela%20sim%c3%b5es.pdf>
- Macedo, A., Alvés, NN., Garcia, LA., y Cardoso de Sousa, GC. (2019). Estratégias de Enfrentamento dos Profissionais de Enfermagem Frente à Morte na Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa [Estrategias de Enfrentamiento de los Profesionales de Enfermería Frente a la Muerte en la Oncología Pediátrica: Revisión Integrativa]. *Rev Fund Care Online*, 11(3), 718-724.  
[http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6712/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6712/pdf_1)
- Marchán, S. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. *Nure Inv*, 13 (82), 1-12.  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789/702>
- Marques de Oliveira, J., Mendonça, R. L., y Freire, N. M. (2008). Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(2), 254-257.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-7167200800200018](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200800200018)



- Marrero, CM., y García, AM. (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. *Revista ENE de enfermería*, 13 (2).  
<http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n2/1988-348X-ene-13-02-e1321.pdf>
- Maté, J., Bayés, R., González-Barboteo, J., Muñoz, S., Moreno, F., y Gómez-Batiste, X. (2008). ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz?. *Psicooncología*, 5(2), 303 - 322.  
[https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSICo808220303A#:~:text=Mientras%20los%20sanitarios%20consideraron%20que,psicosociales%20\(81%2C8%25\).](https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSICo808220303A#:~:text=Mientras%20los%20sanitarios%20consideraron%20que,psicosociales%20(81%2C8%25).)
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.  
[https://www.academia.edu/29811850/Ciencia\\_y\\_Arte\\_en\\_La\\_Metodologia\\_Cualitativa\\_Martinez\\_Miguel PDF](https://www.academia.edu/29811850/Ciencia_y_Arte_en_La_Metodologia_Cualitativa_Martinez_Miguel PDF)
- Martínez, RM. (2010). *Cicatrices del corazón: tras una pérdida significativa*. Editorial Desclée de Brouwer.  
[https://www.academia.edu/31047406/Cicatrices\\_del\\_corazon\\_tras\\_una\\_perdida\\_significativa](https://www.academia.edu/31047406/Cicatrices_del_corazon_tras_una_perdida_significativa)
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciênc. saúde coletiva*, 17 (3), 613-619.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300006](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006)
- Martino, R. (2007). El proceso de morir en el niño y en el adolescente. *Pediatr Integral*, 11 (10), 926-934.  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/pediatr\\_integral\\_2007\\_xi10926-934.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/pediatr_integral_2007_xi10926-934.pdf)
- Masters, K. (2015). Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. En K. Masters (Eds.), *Nursing Theories A Framework for Professional Practice* (pp.127-142). Jones & Bartlett Learning.  
[http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376\\_CH10\\_Masters.pdf](http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH10_Masters.pdf)

- Maza, M., Zavala, M., y Merino, J.M. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 39-48.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>
- McConnell, S.J. (2015). *Walking Alongside Children with Progressive Life Shortening Illnesses: Experiences of Pediatric Acute Care Nurses* [Tesis de doctorado, Universidad de Calgary]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://www-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/pqdtglobal/docview/1850201186/46C88262C3264720PQ/1>
- Mendes, MA., y Almeida, D. (2009). La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *Index Enferm*, 18 (4).  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962009000400010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400010)
- Monteiro, LM., Assunção, C., de Barros, SM. (2018). Processos de confronto dos enfermeiros face à morte inesperada de crianças e adolescentes [Procesos de confrontación de enfermeras ante la muerte inesperada de niños y adolescentes]. *Rev Rene*, 19, 1-8.  
<https://www.researchgate.net/publication/329222958> Processos de confronto dos enfermeiros face a morte inesperada de crianças e adolescentes
- Morales, F., Ramírez, F., Cruz, A., Arriaga, R., Asunción, M., De la Cruz, C., y García, N. (2021). Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*, 12(1), 1-10.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v12n1/2346-3414-cuid-12-1-e1081.pdf>
- Morrow, R., Rodriguez, A. y King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method [El método fenomenológico descriptivo de Colaizzi]. *The Psychologist*, 28(8), 643-644.  
[http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26984/1/Morrow\\_et\\_al.pdf](http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/26984/1/Morrow_et_al.pdf)

- Morse, JM. (1995). The Significance of Saturation [La importancia de la saturación]. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239500500201>
- Moustakas, C. (2011). Epoche, Phenomenological Reduction, Imaginative Variation, and Synthesis [Reducción fenomenológica, variación imaginativa y síntesis]. En A. Viriding (Ed.), *Phenomenological Research Methods*. Sage Publications.  
<https://methods-sagepub-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/book/phenomenological-research-methods?fromsearch=true>
- Moya, SN., Vargas, AS., y Vargas, MA. (2015). *Guía de abordaje para enfermeros y enfermeras en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o una niña, en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, 2015* [Trabajo de grado, Universidad de Costa Rica]. Repositorio SIBDI-UCR.  
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3130/40172.pdf?sequence=1>
- Muñoz, M. (2011). La relación entre el equipo de salud y la familia del niño muriente. *Acta Bioética*, 17(2), 247-256.  
<https://search-ebscost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=88948874&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Ojeda, N., Ortega, M., y Morillo, N. (2019). La fenomenología en el mundo investigativo. *Revista Internacional de Investigación y Formación Educativa*, 5 (14), 70-83.  
<https://www.ensj.edu.mx/wp-content/uploads/2019/07/o.-RIIFEDUC-completa-A%C3%B1o-5-N%C3%BAmero-14-ene-mzo-2019.pdf#page=70>
- Orta, MA., Vásquez, G., Ponce, J., Ponce, MC., Neto, C.P., y Palanco, E.M. (2001). Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. *Temas de hoy*, 495-498.  
<https://nanopdf.com/download/proceso-de-atencion-de-enfermeria-modelo->



- Perales, B., Pérez, R., y Pérez, F.J. (2019). Repercusión emocional en el personal de enfermería pediátrica. *Majorensis Revista Electrónica de Ciencia y Tecnología*, 15, 44-53.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7205036>
- Pérez, ME., y Cibanal, LJ. (2015). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Rev Cuid*, 7(1), 1210-8.  
<https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/1955899670/fulltextPDF/5665E36C26D445E3PQ/1?accountid=28692>
- Perrett, S.E.(2007). Review of Roy Adaptation Model-Based Qualitative Research. *Nursing Science Quarterly*, 20 (4), 349-356.  
<https://journals-sagepub-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1177/0894318407306538>
- Pineda, E., y De Alvarado, E.L. (2008). *Metodología de la investigación* (3a ed.). OPS.
- Pinheiro, L., da Costa, MB., Fernandes, J., Medeiros, MD., Soares, JW., y Fernandes, IK. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria [El modelo de adaptación de Roy: revisión integradora de los estudios realizados a la luz de la teoría]. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (1), 132-140.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185016.pdf>
- Polit, D., y Beck, C. (2011). *Fundamentos de Investigación en Enfermería: Validación de evidencias para la práctica enfermera* (8a ed). Artmed.
- Quiñonez, M.A., Henao, A.M., y Fajardo, E. (2020). Significado de cuidado al final de la vida en la unidad de cuidado intensivo pediátrico. *Cultura de los cuidados*, 57, 72-82.  
<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108776/1/CultCuid57-72-82.pdf>
- Quiñones, M., y López, A.I. (2017). *La actitud de los profesionales del servicio de urgencias del Hospital de León (CAULE) ante la muerte* [Tesis de posgrado,

Universidad de León]. Repositorio Buleria.  
[https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/7139/2017\\_Marta%20Qui%C3%B1ones\\_1722.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/7139/2017_Marta%20Qui%C3%B1ones_1722.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Raile, M. y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier España.

Ramírez, LA., y Hurtado, JC. (2021). *Impacto que tiene la muerte de los niños hospitalizados en la unidad de cuidado crítico pediátrico sobre los profesionales de enfermería*. [Tesis de posgrado, Universidad de Antioquia].  
 Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.  
<http://tesis.udea.edu.co/handle/10495/20812>

Ramos, SE., y Ceballos, P. (2018). Enfermeras, ¿perciben el trabajo emocional?.  
*Salud Uninorte*, 34 (2), 518-526.  
[https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/2203252004?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/2203252004?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)

Reglamento general de los trabajos finales de graduación en grado para la Universidad de Costa Rica. (2020). *Publicada en La Gaceta Universitaria N° 6357 del 12 de marzo*. Universidad de Costa Rica.

Renata, C., Moura, CM., Sequeira, C., do Céu, M., y Lorenzini, A. (2015). Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review [Percepciones de padres y enfermeras sobre la atención de enfermería en neonatología: una revisión integradora]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 137-146.  
<https://search-ebsohost-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=101438627&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Restrepo, AL., y Quintero, LMC. (1997). Propuesta para la valoración del autoconcepto una experiencia en investigación cualitativa. *Avances en Enfermería*, 15 (1-2), 76-81.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16399>

- Ribeiro, NA. (2019). *Estrategias de afrontamiento del enfermero ante la muerte del paciente pediátrico en los servicios de atención de un Hospital Nacional del Callao, 2019* [Trabajo de posgrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de Tesis Universidad Peruana de Unión. [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/3104/Norma\\_Trabajo\\_Especialidad\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/3104/Norma_Trabajo_Especialidad_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodrigues de Alencar, A., Parente, AM., Alencar de Menezes, IR., Kerntopf, MR., Barbosa, AG., Oliviera, SM., y Santiago, IC. (2015). Emoção e cuidado na assistência à criança com câncer: percepções da equipe de Enfermagem [Emoción y cuidado en la asistencia a niños con cáncer: percepciones del personal de enfermería]. *Revista Cubana de Enfermería*, 30 (2), 1-13. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/518/88>
- Rodriguez, M., Fernández, ML., Pérez, ML., y Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49. <https://www.scribd.com/document/112850346/Espiritualidad-Variable-Asociada-a-La-Resiliencia>
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Perez, E., Álvarez, E., Coca, A., Mencía, S., Marcos, A., Mayordomo-Colunga, J., Fernandez, F., Gomez, F., Cruz, J., Ordonez, O., y Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles [Burnout y estrés postraumático en el personal de cuidados intensivos pediátricos: Predicción a partir de estilos de afrontamiento y resiliencia]. *Australian Critical Care*, 32, 46-53. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/science/article/pii/S1036731417303223>
- Rosado-Pérez, G., y Varas-Díaz, N. (2019). Experiencias y proceso de duelo entre profesionales de enfermería oncológica pediátrica. *Revista puertorriqueña de*

*Psicología*, 30 (2), 290-306.

<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/540/634>

Roy, C. (2000). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cultura de Cuidados*, (7-8), 139-159. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2860859>

Roy, C. (2013). *Generating Middle Range Theory: From Evidence to Practice* [Generar una teoría de rango medio: de la evidencia a la práctica]. Springer Publishing Company; ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/lib/sibdilibro-ebooks/detail.action?docID=1362042>

Roy, C. (2018). Spirituality Based on the Roy Adaptation Model for Use in Practice, Teaching and Research [Espiritualidad basada en el modelo de adaptación de Roy para su uso en la práctica, la enseñanza y la investigación]. *Aquichan*, 18(4), 393-394. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/9727>

Schirmann, L., Camponogara, S., Tasch, E., Strapazzon, M., Loise, G., y Bin, A. (2020). Estratégias defensivas utilizadas pela enfermagem frente à morte em terapia intensiva pediátrica [Estratégias defensivas utilizadas por enfermería frente a la muerte en terapia intensiva pediátrica]. *Enferm Foco*, 11 (2), 57-63. doi:10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.2548

Sevilla-Casado, M., y Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos*, 24 (3), 109-114. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion2.pdf>

Siqueira, J., Zilli, F., y Griebeler, S. (2018). Profissionais de saúde e o Processo de morte e morrer dos Pacientes: uma revisão integrativa [Profesionales de salud y el proceso de muerte y morir de los pacientes: Una revisión integrativa]. *Pers Bioet*, 22 (2), 288-302.



<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/8929/pdf>

Soares, B., Mizael, F., García, F., y Cruz, N.P. (2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem [Cuidados paliativos al niño con cáncer en la situación de vida o muerte : la óptica del cuidado en enfermería]. *Rev Enferm*, 13 (4), 708-16.

<https://www.readcube.com/articles/10.1590/s1414-81452009000400004>

Souza, LP., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, RC., Oliveira, CS., y Barbosa, DA. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 12(32), 222-229.

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/administracion4.pdf>

Souza, P., y Conceição, A. (2018). Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Bioética*, 26 (1), 127-134.

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/hzYdmSqB4BXGnhqMP7J5Qyv/?format=pdfylang=es>

Strayer, D. (2013). *Living with dying in the pediatric ICU: a nursing perspective*. [Trabajo de grado, Universidad Duquesne]. ProQuest.

<https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/1428207396/E340435348E48E1PQ>

Streubert, H., y Carpenter, DR. (2011). *Qualitative research in nursing*. Wolters Kluwer Health.

<https://oysconmelibrary01.files.wordpress.com/2016/09/qualitative-research-in-nursing-advancing-the-humanistic-imp.pdf>

Troncoso, C., y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med*, 65 (2): 329-32.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>

f

- United Nations Children's Fund [UNICEF]. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF. <https://www.unicef.org/costarica/media/3756/file/Informe%20completo%20en%20ingl%C3%A9s.pdf>
- Urbina, O. (2012). La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n2/enfo1212.pdf>
- Valle-Figueroa, MC., García-Puga, JA., Quintana-Zavala, MO, García-Pérez, Y. (2019). Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. *SANUS* (11), 19-31. [https://www.researchgate.net/publication/337715192\\_Experiencia\\_del\\_profesional\\_de\\_enfermeria\\_ante\\_la\\_muerte\\_y\\_el\\_proceso\\_de\\_morir\\_en\\_unidades\\_de\\_cuidado\\_intensivo](https://www.researchgate.net/publication/337715192_Experiencia_del_profesional_de_enfermeria_ante_la_muerte_y_el_proceso_de_morir_en_unidades_de_cuidado_intensivo)
- Vargas-Daza, ER., Pacheco-Rodríguez, A., Arellano-Martínez, M., Martínez-González, L., y Galicia-Rodríguez, L. (2008). Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc*, 16(1), 37-44. [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/515/588](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/515/588)
- Vásquez, C. (2012). *Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos* [Trabajo de posgrado, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/9948/539512.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vázquez, D., Hernández, VM., Castruita, MC., y Álvarez, A. (2021). Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico. *ACC CIETNA*, 8 (1), 14-23. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/566/1147>

- Vázquez-García, D., De-la-Rica-Escuín, M., Germán-Bes, C., y Caballero-Navarro, AL. (2019). Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 93 (1), 1-15. [https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/res\\_p/revista\\_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C\\_201908051.pdf](https://www.msrebs.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/res_p/revista_cdrom/VOL93/REVISIONES/RS93C_201908051.pdf)
- Vasquez, J., Tessmer, S., y Heckler, HC. (2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Rev Rene Fortaleza*, 11 (2), 63-71. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4525/3411>
- Vega, P., González, R., Palma, C., Ahumada, E., Mandiola, J., Oyarzún, C., y Rivera, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*, 13 (1), 81-91. <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2400/pdf>
- Verri, ER., Santana, NA., da Silva, JA., dos Santos, R., Silva, H., Alves, M., y Grigoletti, D. (2019). Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos [Profesionales de enfermería: comprensión de los cuidados paliativos pediátricos]. *Rev enferm UFPE on line*, 13 (1), 126-136. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234924/31141>
- Viloria, J., González, J. (2019). Cuidar a niños vs. cuidar a adultos: Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en el personal de enfermería. *Revista Enfermería CyL*, 11 (1). <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/245/212>

- Wojnar, DM., y Swanson, KM. (2007). Phenomenology: An exploration [Fenomenología: una exploración]. *Journal of Holistic Nursing*, 25 (3), 172-180. <https://journals-sagepub-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/doi/pdf/10.1177/0898010106295172>
- Yoffe, L. (2012). *La influencia de las creencias y las prácticas religiosas/espirituales en el afrontamiento de pérdidas por muerte de un ser querido* [Trabajo de posgrado, Universidad de Palermo]. Academia. [https://www.academia.edu/36771184/Laura\\_Yoffe\\_Tesis](https://www.academia.edu/36771184/Laura_Yoffe_Tesis)
- Zamora, M. (2016). *Vivencia de niños y niñas con cáncer entre los 6 y 12 años en sus centros educativos, su percepción y colaboración escuela-padres/madres de familia* [Tesis de grado]. Repositorio Sibdi UCR. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/7438/1/39495.pdf>
- Zavala, IC., Palacios, C., Olea, CV., Salas, DL., y Mercado, MX. (2019). Experiencias adaptativas de mujeres mastectomizadas: una mirada desde el Modelo de Callista Roy. *Cultura de los Cuidados*, (53), 39–50. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91751/1/CultCuid\\_53-39-50.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/91751/1/CultCuid_53-39-50.pdf)
- Zulfiqar, L., y Rafiq, M. (2020). Exploring experiences and coping strategies of nurses working in intensive care unit: A qualitative study [Explorando experiencias y estrategias de afrontamiento de enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos: un estudio cualitativo]. *Anaesth Pain Intensive Care*, 24(1), 42-49. <https://www.apicareonline.com/index.php/APIC/article/view/1223/2002>

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**  
 Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de Enfermería de la  
 Universidad de Costa Rica

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN  
 LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA”  
 y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE  
 COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN  
 SERES HUMANOS”**

**Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras  
 ante la muerte de un usuario pediátrico**

Código (o número) de proyecto: \_\_\_\_\_.

Nombre de las investigadoras principales: Glenda Arias Castro y Valery Paniagua Valverde.

Nombre del/la participante (no rellenar): \_\_\_\_\_.

Medios para contactar a la/al participante (teléfono): \_\_\_\_\_.

#### A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

Las estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica, que finalizan la carrera de Licenciatura en Enfermería, realizan una investigación que tiene como objetivo develar el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras que han experimentado la muerte de un usuario pediátrico. En otras palabras, la finalidad del estudio es poder dar a conocer cuál es el afrontamiento de los profesionales de enfermería al sufrir la pérdida de un paciente, el cual además es un niño o niña. El propósito de lograr describir las experiencias de enfermeros y enfermeras, es poder reconocer la necesidad de implementar estrategias que mejoren o refuercen el proceso de adaptación de estos profesionales ante tales fallecimientos.

Para esto, es necesario conocer las vivencias de los profesionales de enfermería que se hayan enfrentado a dicho suceso, y además en la actualidad se desempeñen en la atención pediátrica directa, específicamente en unidades de oncohematología, cuidados paliativos, cuidados intensivos, emergencias y unidades de cuidado neonatal. Asimismo, dichos participantes se deben encontrar anuentes a compartir con las investigadoras cómo fue experimentar este suceso.

Este estudio será desarrollado por las estudiantes de la Escuela de Enfermería, Glenda Arias Castro y Valery Paniagua Valverde, bajo la supervisión de la profesora M.Sc. Rocío Barrientos Monge y colaboración de las profesoras M.Sc. Karol Blanco

Rojas y M.Sc. Patricia Araúz Mendoza. La investigación en cuestión es financiada por las mismas investigadoras, de manera que no se presenta conflicto de intereses.

## **B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Al ser parte de este estudio deberá participar en una única entrevista semiestructurada con una duración máxima de dos horas, donde deberá dialogar con las entrevistadoras sobre su experiencia. Las estudiantes a cargo de la investigación utilizarán un instrumento validado por especialistas, que consiste en una serie de preguntas básicas para orientar la entrevista. Además, es importante destacar que al aceptar participar en este estudio, la conversación que se mantenga con las investigadoras podrá ser grabada por medio de dispositivos electrónicos y estas podrán tomar notas durante la entrevista.

La información recolectada, será transcrita, analizada e incluida en los resultados de la investigación, sin incluir datos personales de ningún tipo. Cabe destacar que una vez transcrita la información, las grabaciones serán eliminadas y la información digitada será almacenada en dispositivos seguros con un acceso limitado únicamente a las investigadoras. Una vez finalizada la investigación, las transcripciones de cada entrevista serán resguardadas, sin mayor propósito que su custodia por un periodo de 15 años, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 51 de la Ley 9234 “Ley Reguladora de la Investigación Biomédica”.

La participación de los profesionales de enfermería se llevará a cabo una única vez, en la fecha que haya sido acordada entre el o la participante y las responsables. No obstante, el tiempo aproximado en el que se desarrolla la investigación es de un año, una vez transcurrido este periodo de tiempo, se asume el compromiso de brindar la devolución de los resultados a los enfermeros y enfermeras que forman parte del estudio. Lo anterior, se realizará por medio de una invitación enviada vía correo electrónico, donde se indicarán las especificaciones del medio por el cual se realizará la divulgación de los hallazgos.

## **C. RIESGOS**

Un posible riesgo para los enfermeros y enfermeras participantes es que, como resultado de su participación, se revivan emociones y sentimientos fuertes que aún no han sido superados o se presente molestia, incomodidad o ansiedad ante las preguntas planteadas. Por lo cual, se contemplan una serie de medidas para minimizar los riesgos:

- Las preguntas de la entrevista serán revisadas por expertos en salud mental.
- En caso de que el o la participante, haya sufrido una pérdida emocional significativa a raíz del fallecimiento de una persona cercana en los últimos 6 meses, se valorará su inclusión en el estudio ya que en este caso para la persona la participación en la investigación supone más riesgos que beneficios.
- Las entrevistadoras se encuentran capacitadas para realizar una intervención en crisis, en caso de que se presente la necesidad.

#### **D. BENEFICIOS**

El participante podrá obtener un beneficio directo por su participación, ya que las entrevistas constituyen un espacio de diálogo donde se le brindará al enfermero o enfermera la oportunidad de expresarse libremente y reflexionar sobre sus experiencias en un espacio seguro.

Además, se deben resaltar los posibles beneficios que obtendrán los participantes con el alcance de la investigación, pues se espera que los hallazgos puedan proveer los insumos para desarrollar nuevas investigaciones en la temática e implementar estrategias orientadas a mejorar el afrontamiento de estos profesionales, logrando así proporcionar mayor eficacia en el cuidado de enfermería que se brinda a sus usuarios.

#### **E. VOLUNTARIEDAD**

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria, usted puede negarse a la participación o retirarse en cualquier momento de sentir la necesidad, sin que esto implique consecuencias para su persona.

#### **F. CONFIDENCIALIDAD**

Los participantes de este estudio tendrán derecho a que se guarde la confidencialidad sobre su identidad e información personal, para lo cual se mantendrá el anonimato tanto a la hora de firmar el consentimiento informado como en el momento de recolección y almacenamiento de datos, por lo cual se recurrirá al uso de nombres clave o ficticios para cada uno de los participantes.

Con el fin de proteger la privacidad de los participantes y confidencialidad de los datos, se va almacenar la información en dispositivos de memoria USB y discos duros personales y externos a la computadora, asimismo se va a incorporar un control de los medios de almacenamiento, la información va a ser comprimida y respaldada en una nube segura con acceso limitado por contraseñas, por lo que solamente las investigadoras principales podrán acceder a la información y custodiar los datos.

Es importante mencionar además que la confidencialidad se ve condicionada según lo dispuesto en la legislación y la Ley No. 9234, la cual indica que en los siguientes casos la confidencialidad de los datos pasará a un segundo plano: cuando una autoridad judicial competente lo solicite, cuando se presente una urgencia médica en el participante, el médico que proporciona la atención médica requiera de dicho conocimiento, cuando el monitor o el auditor de la investigación requieran verificar datos contenidos en los expedientes clínicos de los participantes de una investigación, cuando la información sea requerida por el Consejo Nacional de Investigaciones en Salud o por el Comité Ético Científico que aprobó la investigación.

#### **G. MUESTRAS BIOLÓGICAS**

La investigación en cuestión no requiere la toma u obtención de muestras biológicas para el logro de los objetivos.

## H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización debe hablar con las responsables de la investigación y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a Glenda Arias Castro, al teléfono **8743-4572** en el horario 9 am a 5 pm, o a su vez puede contactar a Valery Paniagua Valverde al teléfono **8693-3545** en el horario 9am a 5pm. De igual manera, en caso de dudas puede comunicarse con la máster Rocío Barrientos Monge, tutora responsable de la investigación a quién puede contactar en la unidad respectiva, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, o al teléfono **83721875**.

Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos **2511-4201, 2511-1398**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Finalmente, debe saber que usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y debe recibir una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

## CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

**\*Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

---

Firma sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora



## Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería  
Licenciatura de Enfermería



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

EE

Escuela de  
Enfermería

### Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico

**Objetivo general de la investigación:** Develar el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras al experimentar la muerte de un usuario pediátrico.

**Propósito del estudio:** La finalidad del estudio es dar a conocer cuál es el afrontamiento de los profesionales de enfermería al sufrir la pérdida de un paciente, el cual además es un niño o niña. El propósito de lograr describir las experiencias de enfermeros y enfermeras, es poder reconocer la necesidad de implementar estrategias que mejoren o refuercen el proceso de adaptación de estos profesionales ante tales fallecimientos.

**Encargadas de la investigación:** Las estudiantes de enfermería, Valery Panigua Valverde y Glenda Arias Castro, bajo la dirección de la profesora M.Sc. Rocío Barrientos Monge.

#### Datos personales

Enfermero o enfermera entrevistada (pseudónimo para la investigación): \_\_\_\_\_.  
Edad: \_\_\_\_\_ Provincia de residencia: \_\_\_\_\_.  
Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_.  
Unidad pediátrica en la que labora: \_\_\_\_\_.  
Años de experiencia laboral en unidad pediátrica: \_\_\_\_\_.

#### Fase 1: Apertura

##### *Propósito de la investigación y de su participación*

Se deben realizar las siguientes actividades:

1. Presentación de las personas encargadas de la investigación y las correspondientes entrevistadoras
2. Proporcionar un lugar agradable que favorezca un diálogo abierto y reduzca al mínimo las interrupciones
3. Establecer una comunicación entrevistadoras-entrevistado o entrevistada desde un posicionamiento horizontal
4. Explicar a el o la entrevistada el propósito del estudio.
5. Solicitar la lectura y aprobación del consentimiento informado, además de la autorización para grabar o videgrabar la entrevista.
6. Realizar una introducción al tema, donde se dialogue con el o la entrevistada algunos de los hallazgos de investigaciones recientes y algunos datos provocadores alusivos al tema.

7. Compartir motivaciones para la participación en el estudio, tanto de las investigadoras como de los enfermeros y las enfermeras entrevistadas.

## **Fase 2: Desarrollo**

### *Experiencia personal*

-Inicialmente nos gustaría que nos comente un poco de su experiencia, específicamente sobre ¿cómo han sido su experiencia o experiencias con la muerte de niños y niñas bajo su cuidado?

-Y además de manera personal, ¿cómo describiría estas experiencias?

-Como ya conversamos, la enfermería suele ser una profesión que se relaciona mucho con la muerte sin embargo ¿cuál es su opinión sobre la relación entre su profesión y el experimentar la muerte de un paciente pediátrico?

- Y podría entonces contarnos ¿qué relación (impacto) han tenido estas experiencias en su vida?

### *Adaptación física y fisiológica a la muerte del usuario pediátrico*

-Ahora vamos a conversar y consultarle sobre algunos aspectos específicos que nos pueden ayudar a visualizar cómo fue para usted vivir esta experiencia. Primero, podría usted contarnos, como resultado de haber vivido esta experiencia ¿qué cambios tuvo usted a nivel físico tras haber sufrido la muerte del niño o niña?

-Durante su afrontamiento de la situación, ¿cómo fue su funcionamiento físico? Dígame aspectos como la alimentación, el sueño, los procesos de eliminación, su actividad durante el día por ejemplo

### *Adaptación en función del rol*

-Con base en su experiencia podría comentarnos un poco ¿cómo considera usted que afecta a los enfermeros y enfermeras la muerte de un usuario pediátrico?

-Una experiencia así genera un impacto que puede afectar de manera diferente a las personas que lo han vivido, puede llegar a afectarla poco o mucho. Por lo que nos interesa su historia, de manera concreta después de haber vivido la muerte del niño o niña, ¿cómo se sentía usted al desempeñarse como enfermera o enfermero?

-De lo que guste compartir con nosotras, tras pasar por esa experiencia ¿cómo fue su comportamiento a nivel laboral, familiar, etc?

-Además podría contarnos de manera personal, ¿cómo usted afronta estas experiencias para continuar con sus labores diarias?

### *Adaptación en la interdependencia*

-También, nos gustaría poder conocer la influencia de este tipo de experiencia en la manera en que nos relacionamos, por esto podría comentarnos tras haber vivido esta muerte, ¿cómo fueron sus relaciones cercanas? Dígame relaciones familiares, con amigos, compañeros de trabajo u otras personas significativas

- Y entonces ¿qué aspectos en específico considera usted que contribuyeron a que las relaciones se dieran de esa manera?

### *Adaptación en autoconcepto*

-También nos encantaría conocer, después de que ocurrió la muerte de su paciente ¿cómo se consideraba a usted mismo o misma? ¿Cuáles eran sus creencias y sentimientos hacia sí?

-Y para comprender de mejor manera lo que nos plantea, ¿Qué aspectos o situaciones influyeron en que tuviera esa idea de su persona?

### **Fase 3: Cierre**

-Ya casi finalizando y después de haber evocado o recordado todos esos aspectos relacionados con experimentar la muerte de un niño o niña bajo su cuidado, quisiéramos volver a realizar una pregunta planteada al inicio, ¿qué relación (impacto) han tenido estas experiencias en su vida?

-Y después de lo que nos ha compartido, ¿cómo considera que ha sobrellevado haber tenido que vivenciar estos fallecimientos?

-¿Hay algún otro aspecto que le gustaría comentarnos antes de realizarle la última pregunta?

-Como última interrogante, nos gustaría conocer ¿cómo se sintió durante la entrevista?

Por último realizar las siguientes actividades:

1. Hacer una síntesis de la conversación para puntualizar la información obtenida y conocer si la apreciación de las entrevistadoras es consistente con lo que el o la entrevistada externó
2. Agradecer la participación a el o la entrevistada.





ACTIVIDADES	2022																														
	Feb				Mar					Abr					May					Jun				Jul				Agost			
	01	08	15	22	01	08	15	22	29	05	12	19	26	03	10	17	24	31	07	14	21	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30
Envío de propuesta de tema a la CTFG																															
Aprobación de la propuesta de tema para TFG																															
Desarrollo del anteproyecto																															
Envío de propuesta de objetivos para el trabajo final de graduación a la comisión de TFG																															
Aprobación de la propuesta de objetivos para TFG																															
Selección del comité asesor del TFG																															
Reunión de orientación con la directora de TFG: M.Sc. Rocío Barrientos																															
Envío del anteproyecto del TFG a la comisión de TFG																															
Aprobación de la propuesta de anteproyecto de TFG por el comité ético científico																															
Realizar correcciones la propuesta																															
Elaboración y validación del instrumento para entrevista semiestructurada																															
Desarrollo del marco referencial																															
Reclutamiento y primer acercamiento a los participantes																															
Recolección de datos: Entrevistas																															
Transcribir y transcribir entrevistas																															
Análisis de los datos																															
Desarrollo consideraciones finales																															
Revisión por parte del comité asesor																															
Presentación escrita del trabajo y solicitud de autorización para la defensa pública																															
Defensa pública																															
Entrega de documentos de graduación																															
Graduación																															

Fuente: Elaboración propia.

#### Anexo 4. Cuadros de análisis de datos

**Tabla 1.** Declaraciones significantes y significados formulados a partir del discurso de los participantes.

Declaraciones significantes	Significado formulado	Declaraciones significantes	Significado formulado
<p>1 Pero la muerte para la UCI es fracaso, así es, es un fracaso desde el punto de vista para cuidado intensivo. Cuesta mucho verlo como decir que ya descansó o que ya por dicha ya, no, porque no (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Creo que es una de las mayores escuelas de vida para los seres humanos, porque... está ahí porque le tememos, porque es inevitable, porque duele, pero al mismo tiempo es un regalo [...] creo que la muerte es un regalo, es una experiencia más para los que estamos acá, es una gran escuela (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>La muerte es definida por los profesionales de diferentes maneras.</p>	<p>2 A pesar de que vivimos con la muerte, por decirlo este es un tema a veces como tabú porque en el momento de la muerte, de que un paciente se va a morir, nadie quiere estar ahí (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p> <p>Es un tema que a nadie le gusta hablar de eso, claramente, y es un tema que de cierto modo da como temor (<i>Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Se le brinda a la muerte una connotación negativa, asociada principalmente al temor.</p>
<p>3 Cuando fallece un adulto uno dice bueno ya vivió, a pesar de que uno no quiere tampoco que fallezcan, pero en los chiquitos que uno dice ese chiquito apenas empezando a vivir con esta edad, con todo lo que tenía por delante, con todo lo que esta familia podía darle (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Uno siempre arrastra un poco, yo pienso que los profesionales no vuelven a ser los mismos cuando ven fallecer a cualquier ser humano, pero un niño es como agh, los niños no están hechos para morirse (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Muy triste porque por lo general el proceso de la vida es que los hijos, por decirlo así, entierren a los padres, no que los padres entierren a los hijos, entonces es algo muy doloroso</p>	<p>La muerte de un niño es inconcebible dada su corta edad, por lo que la pérdida de su expectativa de vida genera dolor en los profesionales de enfermería.</p>	<p>4 Uno siempre tiene como la esperanza, de que aún sabiendo la parte científica y todo... o sea porque es como que se desliga una parte de la otra en ese momento, como la esperanza de que existiera una buena noticia y no fueran a fallecer (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Ante un posible fallecimiento, los profesionales experimentan sentimientos como la esperanza de que el niño no muera.</p>

	<i>(Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021)</i>				
5	<p>Bueno en onco es donde más fallecen verdad estos pacientes... pero ya se ha ido preparando a los papás verdad, (...) entonces no es tan abrupta, no es tan tan traumática para ellos, inclusive para nosotros <i>(Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021)</i></p> <p>Es el sufrimiento que uno siente o el dolor de saber que ese niño usted lo conoció caminando, hablando, peleando, gritando, jugando uno con él y, como el tiempo, usted lo va viendo donde va decayendo, como una velita que se va apagando, apagando, apagando y cuando usted ya lo ve días antes o horas antes usted dice: no es posible que este chiquito sea la misma persona que yo conocí, como se ha ido apagando esa esa lucecita <i>(Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021)</i></p>	<p>La muerte del niño puede ser esperable, la cual es menos traumática pero genera sufrimiento durante el proceso de muerte.</p>	6	<p>Uno sabe que iba a suceder, pero eso no quita que duela, o sea eso no quita que pese <i>(Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021)</i></p>	<p>A pesar de que la muerte de un niño sea esperable, genera dolor en el profesional de enfermería.</p>
7	<p>Si es más duro cuando es una cosa aguda una cosa de repente así como un fallecimiento de un niño sano accidentalmente <i>(Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)</i></p> <p>Entonces cuando hay menos tiempo de preparación tanto para el familiar como para nosotros es cuando es más traumático <i>(Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)</i></p>	<p>La muerte de un niño puede ser inesperada, siendo así una experiencia más traumática.</p>	8	<p>Y si es muy traumática la muerte, traumática de que hay sangrados excesivos, o disnea excesiva o dolor excesivo a uno le pega más <i>(Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021)</i></p>	<p>Las muertes visualmente impactantes afectan más a los profesionales de enfermería.</p>
9	<p>Ya cuando el niño ha muerto uno siente a veces como un alivio porque hay niños que sufren mucho, la agonía de ellos pasan hasta meses, días, entonces ese niño está sufriendo mucho, el pariente sufre mucho entonces ya uno siente ese alivio, ya se descarga uno y uno dice gracias a Dios ya descansó (...) ya no tiene que sufrir más <i>(Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021)</i></p>	<p>Cuando el proceso de muerte ha sido caracterizado por sufrimiento para el niño y su familia, la muerte puede ser deseable.</p>	10	<p>Físicamente, bueno yo soy migrañosa de base entonces a mi siempre se me desata por ahí cuando tengo una preocupación o algo (...). Entonces sí, ese día me dió demasiada migraña, ni pude comer, hasta me dolían, me ardían los ojos de la migraña que tenía porque queda uno con un sin sabor verdad, es como, no quiere uno nada, (...) pero si me pasó con esos dos pacientes en específico <i>(Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)</i></p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar manifestaciones físicas como la cefalea.</p>



11	<p>Sí, sí afecta claro, de pronto pueden haber hasta cosas como dolor de estómago, no sé como cosas que uno empieza a experimentar y puede ser algo de exteriorizar (<i>Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar manifestaciones físicas como dolor estomacal.</p>	<p>12</p> <p>Tal vez te cueste un poco conciliar el sueño, tal vez no insomnio, pero sí te cuesta un poquito conciliar porque estás ahí dándole vuelta (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>A veces han habido hasta pesadillas porque uno a veces no puede dormir pensando que pude haber hecho esto, que tal vez yo pude haber modificado lo otro (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar problemas de sueño.</p>
13	<p>A veces no dan ganas de comer, por lo menos un día o dos días (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Cuando hay un fallecimiento en un paciente y más cuando uno se apega, hay mucha empatía, a uno hasta las ganas de comer se le quitan (...) uno no come. Ese sabor amargo no le baja a uno (<i>Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar pérdida de apetito</p>	<p>14</p> <p>Pero es muy difícil porque de verdad uno se premia mucho o se compensa mucho comiendo, (...) un premiecito, o sea hoy que día terrible vamos por un helado (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería pueden compensar emociones provocadas por el fallecimiento generando cambios en su alimentación.</p>
15	<p>Ver como mi cuerpo se tensa o como yo me siento así drenada completamente por la experiencia, eso no se mantiene igual (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar tensión corporal.</p>	<p>16</p> <p>Yo creo que me afectó en mi actividad durante el día, no sé si hasta que grado uno dice bueno es que estaba deprimido porque la depresión habría que ver ya varios factores pero por lo menos triste (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar cambios en la actividad diaria de los enfermeros y enfermeras.</p>
17	<p>Se siente uno abatido, se siente que ya uno quiere terminar el turno, que ya hasta aquí llegué y ya no puedo más, no y es en serio, siente que ya uno no puede más, ya lo demás lo hace por inercia (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Es un cansancio tal vez, como un cansancio emocional, pero que al final afecta físico (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>El fallecimiento de un usuario puede provocar un agotamiento físico y emocional.</p>	<p>18</p> <p>En mi caso personal, lo que más me ayuda y lo que más me consuela y que puedo afrontar es esa fe y esa creencia en Dios, porque es lo que le da a uno la fortaleza y lo que uno le indica que sí, falleció ese niño, hicistes todo lo que tenías a tu alcance, diste lo mejor, pero entendés que obviamente pues la decisión fue de él (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería recurren a su dimensión espiritual ante sucesos de muerte.</p>
19	<p>Si usted da todo lo mejor usted llega a un punto a una satisfacción de poder decir, dí todo lo de mí y estoy</p>	<p>Obtienen satisfacción cuando, a pesar de la</p>	<p>20</p> <p>Uno hace todo, lo que sea, uno corre, trata de dar lo mejor de uno a nivel profesional y ver que igual el bebé fallece, a</p>	<p>Los profesionales experimentan</p>

	<p>tranquilo de que sé que di todo lo mejor que podía dar de parte de mi profesión, a pesar del deceso (<i>Participante 12, Emergencias, 2021</i>)</p> <p>Hemos logrado que muchos chiquitos salgan adelante y eso es muy confortable también porque uno dice bueno hice mi mayor esfuerzo y aquí está el fruto (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p>	<p>muerte, no existen dudas de que dieron lo mejor de sí mismos.</p>	<p>veces es un sentimiento de frustración lo que se le genera a uno (<i>Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>sentimientos como la frustración hacia sí mismos por no poder evitar el fallecimiento.</p>
21	<p>Entonces durante esa emergencia uno siempre trata de darlo todo, y trata de salvarle la vida al niño porque para eso nos preparan. En el momento que eso no se da, el equipo siempre sufre, siempre tiene alguna repercusión porque lo que uno piensa es ¿qué se me pasó?, o ¿qué no vi? o ¿qué pude haber hecho mejor? (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>El sentimiento de culpa es difícil de manejar, es rara, es una culpa personal, y es una culpa como profesional también (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales experimentan sentimientos como la culpa al cuestionar las acciones realizadas y sin realizar, para salvar al niño.</p>	<p>22 No hay algo más feo que ver a un papá ahí llorando, o algunos inclusive gritando de dolor de ver que su hijo se murió, de que falleció y a veces uno tampoco cuenta con el tiempo ni con las herramientas para dar aunque sea una palabra de apoyo a esos papás (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p> <p>Nadie quiere que se le muera en su turno ningún paciente a pesar de que estamos ahí, no estamos preparados para dar ese tipo de contención a las familias, no estamos preparados para ver al niño morir, no estamos preparados para enfrentar al resto de las familias, ni al resto de los niños que ya empiezan con miedo porque el paciente de a la par se murió y puede ser que yo sea el siguiente (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>Enfermeros y enfermeras no se consideran capacitados para brindar la contención y apoyo que las familias requieren ante la pérdida.</p>
23	<p>Vieras que nosotros no tenemos cómo enfrentar todo esto, cómo ayudarnos entre nosotros, sino que cada quien tiene que ver cómo sale, cómo surge, cómo uno se ayuda para que el fallecimiento de ese pacientito no nos afecte tanto a nivel personal (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Supongo que con cada uno uno va adquiriendo una herramienta ahí aunque sea inconsciente, te va ayudando para que el próximo no te afecte tanto, y para crear esa defensa que tiene uno (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería recurren al uso de recursos propios para afrontar los fallecimientos de sus usuarios, ya que es un proceso que deben atravesar solos.</p>	<p>24 En el momento es doloroso, pero si es en ese sentido uno siempre crece (<i>Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>Enfermeros y enfermeras adoptan una actitud resiliente ante experiencias de muerte dolorosas.</p>

<p>25 Pero a nivel de crecimiento, lo que se aprende ahí en ese lugar, yo creo que no ha existido una escuela de vida como esa y por eso yo más bien diría que todo es muy positivo, o sea a nivel espiritual tuve un gran despertar espiritual, no religioso, espiritual estando en ese lugar (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Como consecuencia de la muerte enfermeros y enfermeras presentan un crecimiento espiritual.</p>	<p>26 Eso lo aprendí con estos niños y con adultos en fase terminal o cercanos a la muerte, es que si usted le tocó atender a ese niño y falleció o a ese adulto que falleció es porque Dios y esa persona quería que usted estuviera ahí, y usted fue ese facilitador en ese momento, y tal vez ni siquiera estaba la familia, pero eras tú el que tenías que estar ahí, eras tú que tenías que acompañarlo (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Tener la oportunidad de poder marcar la diferencia, así como cuando las obstetras están y se puede marcar la diferencia en un nacimiento, para mí tener la oportunidad como ser humano de haber marcado la diferencia en procesos de muerte de una familia, es algo que me hace sentir muy agradecida (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>El acompañamiento a los niños y sus familias durante procesos de muerte generan gratitud y un sentido de privilegio en los profesionales de enfermería.</p>
<p>27 Y tener la vida de una persona en sus manos y que esa persona fallezca, si cambia, si cambia en uno como profesional si cambia definitivamente (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Todos los pacientes tienen algo que lo deja a uno con alguna experiencia, todos y yo creo que la experiencia es recordarlos y entender que uno tiene que seguir adelante y ahí vendrán otros pacientes, que de igual forma uno tratar de ser mejor cada día y darles lo mejor en esos momentos nada más (<i>Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>El experimentar el fallecimiento de un usuario a su cargo impulsa cambios en los enfermeros y enfermeras para ser mejores profesionales.</p>	<p>28 Verse expuesto a este gran dolor le hacen a uno valorar muchísimas cosas que uno sí tiene (<i>Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Analizando el día a día la muerte, le da más valor a la vida, a los seres queridos, a los que te rodean. Entonces el significado de la vida para mí ahora cambió yo vivo la vida día a día, momento a momento, amo a mi familia, amo a mi mamá que es la que está viva, amo a mis hijas, a mis nietos y a todo lo que está, los amo en una forma diferente, porque veo que en un abrir y cerrar de ojos se te van (<i>Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>El convivir cercanamente con la muerte, genera que los profesionales de enfermería valoren más su vida, lo que poseen y a sus seres queridos.</p>
<p>29 A nivel pediátrico nunca vamos a poder ver al niño como un elemento aislado, porque siempre está la familia, siempre va a estar la familia, entonces no podemos abordar un proceso de esos sin abordar a la familia (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Al trabajar con población pediátrica, los profesionales de enfermería deben considerar tanto al niño como a su familia.</p>	<p>30 Esa parte de calidez humana la da siempre el profesional de enfermería, esa es la realidad (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería deben brindar un cuidado humanizado</p>

<p>31 Le damos consejos y preparamos a los cuidadores de los niños en sus casas, y que tienen que salir, la llevan aquí, y nosotros como cuidadores no nos cuidamos (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería anteponen el cuidado de los demás al propio.</p>	<p>32 Es el personal de enfermería el que está ahí al pie del cañón, por decirlo así, no todos los días, está el personal médico o otras profesiones, terapia física, psicología... Entonces enfermería siempre está ahí, enfermería es la que se expone constantemente a nivel emocional, a nivel espiritual a lo que es ver fallecer pacientes (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>De los profesionales de salud, es enfermería quien se expone más al fallecimiento del usuario.</p>
<p>33 La muerte no es lo que tiene que darse en una UCI, aunque se da todo el tiempo, es lo que uno no quiere, es lo que uno trata de evitar, en cada masaje cardíaco, cuando uno utiliza el resucitador manual, cuando utiliza el desfibrilador, uno trata de vencer a la muerte, uno trata de ganarle a la muerte (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Uno no quisiera que esa persona fallezca en el turno de uno, por el miedo más que todo de cómo afrontar esa situación, de cómo afrontar esa familia, entonces literalmente se puede decir que es como la papa caliente, entonces todas las personas hacen el mayor esfuerzo para que en el turno por ejemplo de 6 a 2 esa persona no fallezca y entonces le tiran todo el, se puede decir el churuco al siguiente turno (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Muy estadística, no debemos tener tantas muertes porque entonces estamos trabajando mal, pero si tiene que morir entonces ¿qué fue lo que se hizo mal? (<i>Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Evitar la muerte se concibe como parte del quehacer de enfermería.</p>	<p>34 Porque dice la gente “es que ustedes se hacen muy duros”, no es eso, es que uno tiene que asimilar y aprender que uno tiene que ser el apoyo del padre entonces tiene que a veces tragarse esa frustración, ese miedo, esa inseguridad, eso que te genera en ese momento en lo mejor, y usted lo asimila o lo representa posterior, ya cuando usted sale de su entorno y llega a su casa, y si quiere llorar, llore, si quiere desahogarse, desahogue (<i>Participante 12, Emergencias, 2021</i>)</p> <p>Una de las supervisoras un día me dijo “ustedes no pueden llorar, ustedes no tienen que llorar o sea a ustedes...todo mundo puede llorar aquí y usted no puede llorar” y entonces yo me le quedé viendo así como y ¿ahora qué hago con este montón de lágrimas que tengo aquí que van a salir?. Diay no entonces me fuí, seguro me fuí al baño, yo no me acuerdo y diay seguro terminé llorando (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Porque yo decía cómo voy a estar llorando, porque yo misma me culpaba, cómo voy a estar llorando yo aquí delante de la mamá, yo como que me regañaba por dentro también, cómo voy a estar yo llorando en la mamá si yo soy la que debería estar apoyando más bien, me ve la mamá llorando y va a llorar el triple ella también, no está recibiendo ningún apoyo (<i>Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería deben ocultar los sentimientos que experimentan por la muerte del niño, para contener a los padres y no desacreditarse como profesionales.</p>
<p>35 Si usted no siente tristeza usted no sirve para estar ahí porque definitivamente uno no puede perder la empatía,</p>	<p>Es necesario que los profesionales de</p>	<p>36 Porque no todo el mundo llega de su trabajo con tanta sobrecarga de cosas y todos los trabajos tienen sus cosas, pero es que estos trabajos son complicados, es ver dolor</p>	<p>Los fallecimientos de usuarios pediátricos</p>

<p>uno no se puede acostumbrar al dolor humano evidentemente cada vez que fallece un neonato eso representa un dolor para una familia (<i>Participante 7, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>En el momento que usted no sienta dolor porque una persona falleció yo pienso que ya lo que usted está haciendo no funciona (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>enfermería empaticen con el dolor que genera un fallecimiento en el niño y su familia.</p>	<p>todos los días (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Cuando uno está tratando de expresar una situación de esas, porque como que todo el mundo asume que es algo que uno hace y que es su trabajo, y que está preparado para eso, pero si cala, uno no puede ser la misma persona por más que quiera (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>ejercen un efecto en el estado emocional del profesional de enfermería.</p>
<p>37 Poderle dar una intervención en crisis a esa familia o una relación interpersonal de ayuda como debe ser, darle ese fin terapéutico, pero no solo es en relación al niño, sino a ellos, porque detrás de un niño viene una familia que está dolida, que uno tenga ese chance de decirles yo me voy a encargar de ir llamando, que venga la familia (...) darles ese apoyo emocional. Uno agradecería esa parte y que no quede algo inconcluso, porque a veces esas partes inconclusas es lo que afecta, desgastan (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Y a veces uno quisiera tal vez darle un poquito más de atención a los papás, pero el recargo de trabajo... eso le da a uno mucha impotencia, porque a veces los papás llegan al puesto a hablarte cosas de los pacientes, o a hablarte un ratito, o quieren que uno cuando pasa se quede un rato con ellos y no por lo largo, o por el montón de trabajo que tiene a veces uno no les puede dedicar el tiempo, entonces uno se va para la casa con ese sinsabor de que no pudo quedarse con este papá, darle un apoyo (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>Brindar un abordaje inconcluso a la familia posterior al fallecimiento del niño, o no poder brindarlo debido a la carga laboral, repercute negativamente en el profesional de enfermería.</p>	<p>38 O sea no la gente no suele ir a trabajar ese tipo de cosas, la mayoría... se va haciendo como una bola de nieve de la cual la gente no es consciente, o sea ahí está ahí siento algo. Como yo les decía, hay algo en mí que yo no sabía que yo tenía cuando salí, y yo tenía 6 años, qué pasa cuando alguien tiene 20, o sea es ese sentimiento que muchas veces uno lo trabaja, muchas veces no, muchas veces no lo hacemos consciente y seguimos (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Puede ser que sí, que uno a veces se aguanta las cosas para hacerse la fuerte y que yo no lloro y todo eso ves entonces a veces digo que puede ser que uno sí está un poquito afectado aunque no lo quiera reconocer (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>Vivir la muerte de niños y continuar laborando, puede generar cargas emocionales no reconocidas por los profesionales de enfermería.</p>
<p>39 Pero a veces en unas semanas se van 3, 4 y uno dice pero ¿qué es esto? Entonces no le dió tiempo de hacer el duelo a aquel, ni de este, ni del otro (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería se enfrentan a sufrir duelos simultáneos e inconclusos, ya que deben aplazar</p>	<p>40 Nos enseñan a curar, nos enseñan a sanar, pero no nos enseñan a que no siempre se va a poder curar y sanar, no siempre, no siempre mi proceso va a ser porque logré sacar la úlcera adelante o porque logré que los antibióticos y el paciente salió adelante, no siempre... en muchos casos no salen adelante, en muchos casos fallecen y eso ¿cuándo</p>	<p>No se prepara a los profesionales de enfermería para asimilar el perder a un usuario y continuar.</p>

	<p>indefinidamente el sentir esa pérdida</p>	<p>se nos enseña? (Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021)</p> <p>Pero ante la muerte yo creo que nadie está preparado para después seguir como si nada (Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)</p>	
<p>41</p> <p>La mayoría de veces el profesional de enfermería es el que guarda la calma y trata de dar esa seguridad al familiar, al niño, pienso que siempre lo arrastramos un poco. Es mentira que uno sale de ahí y sale intacto, no, siempre siempre lo lleva un poco. Y ya cuando llega a su casa si trata, en la medida de lo posible, trata de que eso no inflencie su vida diaria pero es complicado (Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021)</p>	<p>Los fallecimientos experimentados por los profesionales de enfermería generan en ellos una repercusión emocional que inflencia su desempeño de otros roles.</p>	<p>42</p> <p>Pero en esa parte sí ha influenciado mucho también creo en mi vida personal, que ha reforzado todo esto de mejor mantenerme sin hijos (Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021)</p>	<p>Los fallecimientos experimentados por los profesionales inflencian su toma de decisiones sobre asumir o no el rol de paternidad o maternidad.</p>

<p>43 Nos va a afectar porque creemos que somos las mamás o las tías o las abuelas de esos chiquitos, entonces no nos vemos como profesionales ante esta situación (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería asumen diferentes roles cuando muere un usuario pediátrico.</p>	<p>44 No porque yo tenga un hijo voy a ponerme en los pies del papá, lo hago igual aunque no lo tuviera (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p> <p>Yo recuerdo que yo fui muchos años enfermera de UCI sin ser mamá, y pues sí me dolía y si sentía feo pero no tenía esa experiencia, ese espejismo de que yo le hablo, de uno decir y si fuera la mía la que está ahí. Verdad no, porque no lo tenía, no era mamá (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>El tener o no el rol de padres en su vida personal influencia la empatía experimentada tras la muerte.</p>
<p>45 Decirle a un niño que no le muestre cariño a uno es muy difícil, entonces uno deja que ellos muestren el cariño y obviamente uno también genera cariño y, ya ahí es donde cuesta después (<i>Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Pero hay chiquitos y mamás que es inevitable, que por tres palabras que uno cruce ya usted hizo click con ese bebé, o la carita, o los ojitos, o la risa (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Uno constantemente se involucra demasiado y hasta las personas más ásperas, así humanamente hablando, que usted ve ahí el enfermero o enfermera más gruñón (...) en algún momento de su vida profesional, se ha involucrado. Yo creo que nadie, o sea sería mentiroso en decir no me he involucrado mucho con un caso, todos en algún momento. Y tal vez (...) es lo que motiva a veces a hacer cosas para bien (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>No siempre es posible desligarse por completo, o sea esta chica que yo les digo, yo realmente la quería y realmente me pegó como a nivel personal o sea a mí, al equipo, ella era encantadora o sea ella nos conquistó a todos. Y en la mayoría de casos traté de llevar herramientas pero habían familias, habían mamás, habían chiquitillos, habían</p>	<p>Para los profesionales de enfermería que trabajan con población pediátrica y sus familias el apego se vuelve inevitable.</p>	<p>46 En emergencias es diferente, en emergencias es un servicio más dinámico, es un servicio se supone que de paso, (...) se realizan todos los estudios y las cosas que ocupe y de ahí se traslada al servicio de hospitalizados si tiene que estar hospitalizado o a la casa, y eso no pasa de 3, 4 días (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p> <p>A veces llega un bebé y ni tiempo da de conocerlo y ya fallece en el mismo turno que usted lo recibió, que vino de otro hospital o a veces incluso han llegado ya prácticamente muertos, entonces es un afrontamiento muy chocante (<i>Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>Tiempo de convivencia con el niño influye el apego, pero puede ser propiciado o limitado por las características del servicio hospitalario</p>

	<p>procesos que nos enamoraban, que me enamoraban, que nos conectaba, entonces por más que uno como profesional tenga las herramientas y las aplique, porque yo estoy segura que las he tratado de aplicar desde que he trabajado en enfermería. A veces nos mueve la parte humana (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>				
47	<p>No es igual a todo el proceso de apego que ya existe como con un adolescente o un niño que ya ha vivido y tiene bastante camino recorrido, la pérdida se siente muchísimo más fuerte en el caso del paciente pediátrico más grande verdad (<i>Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Con el neonato cuesta más involucrarse porque... al menos con un niño grande el niño te habla, el niño pasa tiempo con usted, vacila, le pregunta cosas, usted le pregunta cosas, entonces usted lo llega a conocer más verdad, entonces es más fácil involucrarse. Con el neonato es más difícil por esto, porque tal vez o sea usted si llega a establecer esta relación verdad de que usted es la enfermera, usted lo cuida, usted hace todo lo posible porque el bebé esté bien, pero tal vez usted no siente tanta cercanía como con un paciente grande porque usted no desarrolla esta relación (<i>Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería se ven más afectados ante la muerte de un niño de mayor edad, ya que se genera una relación más cercana, lo que supone un apego superior.</p>	48	<p>Me repercutió, me repercutió mucho ese chiquito a mí, mucho, porque fue como haber perdido algo cercano (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Cuando es muy reciente la primer muerte por decirlo así, y cuando han pasado muchos años, tienen el mismo actuar de la primera, entonces los años no... es simplemente la persona que falleció como les afecta (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>De pronto yo siempre iba y le daba vueltas cuando no me tocaba cuidarla, yo “ay ¿cómo amaneció?, ¿cómo está?, ¿cómo aquí?, etcétera” pues hizo shock séptico, la intubaron y falleció a la hora que te dije, a las 5 y 15, entonces todo ese tiempo que yo tuve hice aquella empatía con los papás y con ella misma. Me dolió mucho y tuve que ir a hablar con la supervisora porque no podía ir a trabajar al próximo día, y lo que quería era ir al cementerio y a la iglesia para ya despedir como se debe (<i>Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>El apego existente entre un niño y el profesional de enfermería, determina una mayor implicación, así como impacto sufrido tras la muerte para los y las enfermeras.</p>
49	<p>Nunca vas a estar preparado, todas las muertes son distintas, todas, nunca se va a repetir ninguna. Puede ser la misma patología, que no es la misma situación, somos personitas individuales con diferentes modos de vida a nivel social, psicológico, familiar y como te digo, puede ser que sea la misma patología pero no, no es lo mismo, no es el mismo proceso (<i>Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>A pesar de que los usuarios presenten similitudes en su fallecimiento, para el profesional de enfermería todos los procesos de muerte se viven de forma distinta.</p>	50	<p>Realmente repercute, en el que realmente estas cosas pasan, y que la gente se siente mal y que se siente culpable, que se siente triste, y no pasarlo por alto, porque la gente lo ve como ay ese es su trabajo, le pagan por eso, sí sí pero o sea yo soy persona también (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>O sea que no puedo decir que mi parte humana se desliga por completo porque no, es imposible, como profesional</p>	<p>Los enfermeros y enfermeras como seres humanos no son ajenos al dolor generado por la muerte de un usuario, se ven afectados, a pesar de que la muerte sea común en su ámbito laboral.</p>



			puedo hacerlo, pero como humana no ( <i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i> )	
51	Sí siento que tal vez como una o dos semanas, uno está con eso en el pensamiento de que le pasa todo como el vivir la situación uno la vive como varios días posterior a eso porque es algo que sí cuesta un poco reponerse, así tan fácil no es ( <i>Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i> )	Las experiencias de muerte de usuarios prevalecen en el pensamiento del profesional de enfermería varios días después del suceso.	52 En el momento que llegas a la realidad de que el paciente falleció usted siente un bajonazo, usted siente un bajonazo que dice “ay pucha”, y usted siente tristeza lógicamente porque es un ser vivo falleció ( <i>Participante 12, Emergencias, 2021</i> )  Quizás de 1 a 2 días uno siempre siente aquella tristeza, aquel luto ( <i>Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )	Ante un fallecimiento, los profesionales experimentan sentimientos como la tristeza.
53	O sea es que es un hijo, como un hijo y como le digo no podemos actuar como actúa la mamá pero creo que el dolor sí se siente tal vez muy parecido... y sí, se da un dolor de perder ese niño ( <i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i> )  Eso es algo que no, no se va a poder sanar nunca ( <i>Participante 4, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i> )	La muerte de un usuario pediátrico a su cargo es una experiencia dolorosa, no equivalente, pero similar al dolor que experimentan los padres del niño.	54 Y en los pacientes pediátricos hay un factor adicional que es su mamá o su papá, o su familiar a cargo entonces creo que ese duelo todavía es el ver al familiar sufrir, lo vemos a quemarropa, de entrada, entra el familiar ahí en el momento en que el niño fallece o el niño está falleciendo y el familiar está ahí y yo creo que es de las situaciones más desgarradoras que uno puede vivir ahí, es escuchar a una madre llorar por su hijo, es lo que yo siento que a veces quiebra un poco al personal ( <i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )  O sea ver a una mamá decir que ahí se le fue la vida es terrible, yo me pongo en la posición de ella y es como que yo mañana me levante y no tenga a mi hija, o sea es terrible ( <i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )  Pero eso es lo que más me marca cuando ellos reiteran su sentimiento de culpa y a veces lo reiteran sin tenerlo ( <i>Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )	La empatía de los profesionales de enfermería con el usuario y su familia, ocasiona que los mismos se vean emocionalmente afectados por los sentimientos del familiar, una vez que el niño fallece.
55	Uno se visualiza en ese momento digamos si fuera un ser querido y trata uno de tener esa empatía de cómo estaría esa familia en ese momento ( <i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )	Reflexionar sobre la pérdida del ser querido que sufre la familia del usuario, imaginando	56 Y obviamente cuando usted tiene en la casa algo que le hace un espejo, es difícil. Digamos en mi caso por ejemplo, yo tengo una bebé de 8 años entonces cuando yo tengo a una chiquita de 8 años, ojala machita y de ojitos así como	Usuarios con características similares a sus hijos influyen en percibir a ese usuario

		estar en su posición.	claritos y todo que se me hace parecida a mi hija, pucha eso cuesta, ese desligue cuesta, porque entonces yo la veo a ella como si fuera mía ( <i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i> )	como alguien cercano.
57	<p>Yo siento que no me dejó experimentar mi embarazo como otra persona que no estuviera expuesta a eso (<i>Participante 2, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Uno asociaba las cosas a la pérdida del ser querido, porque digamos a mi mamá la declararon paliativa entonces yo sabía que ella en algún momento iba a fallecer, entonces si pasaba algo así uno le daba como más pensamiento de que uy mamá se me va a morir y ¿cuándo va a ser eso? y me va a tocar sufrir esto y así, en carne propia (<i>Participante 6, Emergencias, 2021</i>)</p>	Experimentar los fallecimientos de usuarios generan temor ante vivencias personales.	58 <p>Cualquier cosita le sale a uno y ya piensa ay ¿será que está pasando algo?, más cuando ya se tiene familia o un hijo. O al hijo le pasa algo y uno dice tengo que hacer esto y esto, como que existen más traumas porque todos decimos es que como somos enfermeros pensamos que esto puede ser esto y esto (...), porque a veces hay cosas de muertes de niños que pudieron prever (<i>Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Entonces a veces en familia o a nivel personal, (...) o es como que uno anda pensando que todo el mundo se va a morir, pero si hay como un temor ahí como latente (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	Los fallecimientos experimentados por los profesionales de enfermería en el ámbito laboral, generan temor a la presencia de la muerte en un ámbito personal.
59	<p>Pueden influir para bien o pueden influir para mal porque como les decía ahora, hay personas que ya tienen tanto tiempo de trabajar en la unidad, que que muera un bebé más, lo mismo les da, porque se vuelven muy duros, así como puede ser que las muertes los vayan sensibilizando y los vaya haciendo mejores profesionales, están las 2 partes (<i>Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Yo siento que muchos se hacen más fríos, como que el ir viendo constantemente a los bebés morir o a los pacientes entrar en ese proceso de agonía va haciendo a los profesionales más fríos, más distantes de las familias y del recién nacido (<i>Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	Como producto de vivenciar la muerte de niños y niñas, los y las profesionales asumen uno de dos bandos, se sensibilizan más ante la pérdida o adoptan una posición fría y distante.	60 <p>Pero por protección personal trato de no involucrarme mucho si porque ya me ha pasado y sufro, y sufro y ya yo sé que hay un punto donde me estoy involucrando mucho como dije anteriormente y puedo sufrir, entonces uno pone esa barrera, esa barrera para salud mental de uno y para protegerse (...) pero uno trata de no involucrarse en esa parte emocional, porque uno sabe que va a sufrir, y uno lo hace exactamente para eso, para evitar el sufrimiento (<i>Participante 16, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	Los profesionales de enfermería evitan el sufrimiento estableciendo barreras para no involucrarse emocionalmente con los niños que pueden fallecer y sus familias.
61	<p>Es que nadie va a querer que se muera un bebé, pero si uno ve que tal vez hay acciones que se pudieron realizar y no se realizaron, ahí es cuando uno siente así como uno</p>	Ante un fallecimiento se generan roces entre el equipo de	62 <p>Sí, la relación familiar y laboral cambia aunque uno no quisiera pero sí pasa (<i>Participante 11, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	Experiencias con la muerte de niños, pueden ocasionar

<p>dice ¿por qué? (<i>Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Nos desquitamos ese sufrimiento con otro, entonces si hay que también llamarlo como un poco de roce de pleito entre nosotros mismos (<i>Participante 17, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Los comentarios tal vez fuera de tono por parte de otro profesional, por parte de otro gremio, a veces afecta mucho porque ¿qué pasa? llegan y te dicen “oh ayer se te murió un paciente... quién sabe qué hicistes o qué no hiciste” (<i>Participante 12, Emergencias, 2021</i>)</p>	<p>profesionales.</p>	<p>Y llegaba y yo decía no quiero que me hablen, no quiero que me digan nada [...] o sea yo nada más llegaba entraba directo, me acostaba y dormía porque a parte de sentirme agotada, me sentía muy afectada y no sabía en el qué momento sacar o cómo sacar todo eso (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>cambios en las relaciones familiares.</p>
<p>63 Yo no sé cómo harán las demás personas, pero a lo que yo entiendo la gran mayoría tratamos de no contar estas cosas en nuestra casa, entonces tenemos que asumirlo nosotros ahí, nosotros solos (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Algunos profesionales de enfermería optan por no contar a su familia sus experiencias de muerte de usuarios, por lo que deben afrontar solos estas situaciones.</p>	<p>64 También viene aquí a la casa y uno lo expresa con la familia, vale más que mi familia siempre me escucha todo, uno viene como a desahogarse, como a contar (<i>Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Los familiares se vuelven oyentes activos de las experiencias de muerte de los participantes.</p>
<p>65 A nivel de familia [...] esa parte sí me desgastaba bastante, obviamente no era siempre, pero habían días en los que yo quería llegar y no tener bulla, quería descansar, quería desconectarme, quería escuchar música, pero quería ese espacio de bajar y ese entorno no me lo permitía como tal (<i>Participante 14, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>El entorno familiar no siempre representa lo que el participante necesita posterior a una experiencia de fallecimiento.</p>	<p>66 Las personas que son externas a lo que nosotros hacemos no nos entienden, el personal de salud es un poco incomprendido porque aunque yo por ejemplo le cuento mis cosas a mi esposo y todo, yo no espero que él me entienda un 100%, o tenga como esa empatía porque él no está viviendo lo que yo vivo verdad (<i>Participante 1, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Cuando ya lo trae a la casa, que nadie entiende o nadie quiere saber o usted le empieza contar a alguien y lo que hace la persona es llorar y usted entonces dice no mejor ni cuento porque se va afectar más, entonces a veces no hay ni a quién decirle que fue lo que sucedió y uno tragarse ese dolor (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p>	<p>Los enfermeros y enfermeras se perciben incomprendidos al compartir sus experiencias de muerte con sus personas de apoyo, externas al entorno hospitalario.</p>

<p>Casi que siempre que suceden esas cosas uno se sienta a conversar con los compañeros, entonces creo que eso es una parte que da mucho apoyo para poder compensar todo lo que sucedió (<i>Participante 4, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>A veces son cosas que uno sabe pero igual uno ocupa escucharlas, o sea que le digan a uno mirá no... usted probablemente hizo todo lo que pudo y el bebé venía muy grave, uno no sé porqué pero uno ocupa a veces que le digan esas cosas, como que las reafirmen (<i>Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>A veces uno necesita que alguien del mismo gremio lo respalde y que diga “no, no, vos lo hicistes bien, vos no fallaste, vos lo hicistes bien, hiciste lo que tenías que hacer” eso es lo que uno espera ...) como que te respalden y que te digan que todo lo que usted hizo estuvo bien. (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Ante un fallecimiento, se recurre a los compañeros de trabajo, como forma de apoyo.</p>	<p>Si los papás no lo superan, hay que ayudarlos a pasar todo ese duelo, pero cuando es el personal o cuando es enfermería...estamos jodidos (<i>Participante 3, Cuidados Paliativos, 2021</i>)</p> <p>Nadie se preocupa sobre qué piensa el personal, qué ocupa el personal, qué necesita el personal, verdad nadie (<i>Participante 8, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p> <p>Y en realidad ahí en el hospital es los recursos que uno tenga y ya, porque en realidad no nos dan ninguna atención a nosotros después de que algún paciente fallezca o algo así, sino los recursos que usted tenga con los que ha crecido usted para enfrentar esas cosas porque a uno no lo preparan para eso verdad, en realidad. Ni tampoco le dan a uno consejos, ni medios, tampoco he visto que den muchas charlas, que le digan a uno cuáles serían algunos medios para afrontar estas cosas (<i>Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p>	<p>Los profesionales de enfermería deben atravesar el duelo por el fallecimiento de un usuario solos, sin apoyo o herramientas efectivas facilitadas por la institución para la que laboran.</p>
<p>Planean una charla y casi nadie puede ir porque todo el mundo está tan ocupado, no es que la gente no quiere, sino que no se puede (<i>Participante 5, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>La carga de trabajo dificulta el acceso del personal a las alternativas ofrecidas por la institución.</p>	<p>Cuando una jefatura te llama más que todo es para ver es que “dejastes algo pendiente” o “me reportaron algo que hiciste mal o que dejastes de hacer”. Uno quisiera que una jefatura, en ese momento, te haga un chance para que te dijera “mirá este acabas de pasar esto, mirá lavate la cara, te voy a dar un chance, sal un momentito o comprate algo un café o una coca cola o algo” y o que le diga “uy mira que caso más difícil ese que te tocó” (<i>Participante 15, Unidad de Cuidados Intensivos, 2021</i>)</p>	<p>Las jefaturas asumen una posición rígida aún cuando el profesional de enfermería ha experimentado el fallecimiento de un usuario a su cargo.</p>
<p>En todo momento uno debe estar aceptando la muerte porque es algo natural pero sí es muy doloroso aunque pasen los años yo digo yo tengo mi experiencia y he visto muertes de muertes pero siempre uno es humano, tiene sentimientos, se encariña con esos pacientes por X o por Y, uno se encariña y va hasta el final con ellos y con el familiar (<i>Participante 13, Unidad de Oncohematología, 2021</i>)</p>	<p>Independientemente de los años laborados, la muerte de un usuario pediátrico continúa siendo una vivencia sumamente dolorosa.</p>	<p>Es como los primeros pacientes o tal vez el primer año es cuando empiezan a fallecer, pero ya después es algo con lo que uno trabaja y es que se vuelve común, normal, esperable entonces... Entre más años tenga usted, pues uno se va acostumbrando más a este proceso (<i>Participante 7, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i>)</p> <p>Tal vez una persona que está con menos tiempo le pegue como más por decirlo así, o se sienta más vulnerable de eso</p>	<p>Entre más años de experiencia, la muerte se asume de mejor manera porque se cuenta con más recursos psicológicos</p>

			que está pasando. Tal vez no es que uno se haga más duro, pero sí sí le da un poco más de... se puede reconfortar un poco mejor uno ( <i>Participante 9, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i> )	
73	Las primeras muertes son las que más lo afectan a uno ( <i>Participante 10, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 2021</i> )	Los profesionales de enfermería se ven mayormente afectados por las primeras muertes de niños a su cargo.		

**Fuente:** Elaboración propia. Declaraciones extraídas a partir de transcripciones de entrevistas virtuales realizadas a participantes durante el 2021.

**Tabla 2.** Agrupación de significados formulados de acuerdo a subcategorías establecidas a priori

Significados formulados	Grupo de temas	Subcategorías
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar manifestaciones físicas como la cefalea.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar manifestaciones físicas como dolor estomacal.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar problemas de sueño.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar pérdida de apetito</li> <li>- Los profesionales de enfermería pueden compensar emociones provocadas por el fallecimiento generando cambios en su alimentación.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar tensión corporal.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar cambios en la actividad diaria de los enfermeros y enfermeras.</li> <li>- El fallecimiento de un usuario puede provocar un agotamiento físico y emocional.</li> </ul>	<p>Manifestaciones físicas asociadas a la muerte del usuario pediátrico</p>	<p><b>Adaptación fisiológica-física</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de enfermería recurren a su dimensión espiritual ante sucesos de muerte.</li> </ul>	<p>Espiritualidad</p>	<p><b>Adaptación de autoconcepto</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtienen satisfacción cuando, a pesar de la muerte, no existen dudas de que dieron lo mejor de sí mismos.</li> </ul>	<p>Percepción de sí mismos como buenos profesionales</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales experimentan sentimientos como la frustración hacia sí mismos por no poder evitar el fallecimiento.</li> <li>- Los profesionales experimentan sentimientos como la culpa al cuestionar las acciones realizadas y sin realizar, para salvar al niño.</li> </ul>	<p>Sentimientos generados hacia sí mismos después de la pérdida</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeros y enfermeras no se consideran capacitados para brindar la contención y apoyo que las familias requieren ante la pérdida.</li> </ul>	<p>No capacitados</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de enfermería recurren al uso de recursos propios para afrontar los fallecimientos de sus usuarios, ya que es un proceso que deben atravesar solos.</li> </ul>	<p>Construcción propia de herramientas psicológicas para afrontar los fallecimientos</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeros y enfermeras adoptan una actitud resiliente ante experiencias de muerte dolorosas.</li> <li>- Como consecuencia de la muerte enfermeros y enfermeras presentan un crecimiento espiritual.</li> </ul>	<p>Crecimiento en los profesionales de enfermería</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- El acompañamiento a los niños y sus familias durante procesos de muerte generan gratitud y un sentido de privilegio en los profesionales de enfermería.</li> <li>- El experimentar el fallecimiento de un usuario a su cargo impulsa cambios en los enfermeros y enfermeras para ser mejores profesionales.</li> <li>- El convivir cercanamente con la muerte, genera que los profesionales de enfermería valoren más su vida, lo que poseen y a sus seres queridos.</li> </ul>	como resultado de la muerte	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al trabajar con población pediátrica, los profesionales de enfermería deben considerar tanto al niño como a su familia.</li> <li>- Los profesionales de enfermería deben brindar un cuidado humanizado</li> <li>- Los profesionales de enfermería antepone el cuidado de los demás al propio.</li> <li>- De los profesionales de salud, es enfermería quien se expone más al fallecimiento del usuario.</li> <li>- Evitar la muerte se concibe como parte del quehacer de enfermería.</li> </ul>	Rol de enfermería ante la muerte	<b>Adaptación en función del rol</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de enfermería deben ocultar los sentimientos que experimentan por la muerte del niño, para contener a los padres y no desacreditarse como profesionales.</li> <li>- Es necesario que los profesionales de enfermería empaticen con el dolor que genera un fallecimiento en el niño y su familia.</li> </ul>	Enfrentamiento entre roles: humano y profesional	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los fallecimientos de usuarios pediátricos ejercen un efecto en el estado emocional del profesional de enfermería.</li> <li>- Brindar un abordaje inconcluso a la familia posterior al fallecimiento del niño, o no poder brindarlo debido a la carga laboral, repercute negativamente en el profesional de enfermería.</li> <li>- Vivir la muerte de niños y continuar laborando, puede generar cargas emocionales no reconocidas por los profesionales de enfermería.</li> </ul>	Repercusión emocional sufrida por los profesionales de enfermería ante la muerte	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de enfermería se enfrentan a sufrir duelos simultáneos e inconclusos, ya que deben aplazar indefinidamente el sentir esa pérdida</li> </ul>	Duelo de enfermeros y enfermeras	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se prepara a los profesionales de enfermería para asimilar el perder a un usuario y continuar.</li> </ul>	Enfermería carece de formación en temas de muerte	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los fallecimientos experimentados por los profesionales de enfermería generan en ellos una repercusión emocional que influencia su desempeño de otros roles.</li> <li>- Los fallecimientos experimentados por los profesionales influyen su toma de decisiones sobre asumir o no el rol de paternidad o maternidad.</li> <li>- Los profesionales de enfermería asumen diferentes roles cuando muere un usuario pediátrico.</li> <li>- El tener o no el rol de padres en su vida personal influye la empatía experimentada tras la muerte.</li> </ul>	Influencia sobre otros roles desempeñados	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para los profesionales de enfermería que trabajan con población pediátrica y sus familias el apego se vuelve inevitable.</li> <li>- Tiempo de convivencia con el niño influye el apego, pero puede ser propiciado o limitado por las características del servicio hospitalario</li> <li>- Los profesionales de enfermería se ven más afectados ante la muerte de un niño de mayor edad, ya que se genera una relación más cercana, lo que supone un apego superior.</li> <li>- El apego existente entre un niño y el profesional de enfermería, determina una mayor implicación, así como impacto sufrido tras la muerte para los y las enfermeras.</li> <li>- A pesar de que los usuarios presenten similitudes en su fallecimiento, para el profesional de enfermería todos los procesos de muerte se viven de forma distinta.</li> </ul>	<p>Apego entre enfermero, familia y niño</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los enfermeros y enfermeras como seres humanos no son ajenos al dolor generado por la muerte de un usuario, se ven afectados, a pesar de que la muerte sea común en su ámbito laboral.</li> <li>- Las experiencias de muerte de usuarios prevalecen en el pensamiento del profesional de enfermería varios días después del suceso.</li> <li>- Ante un fallecimiento, los profesionales experimentan sentimientos como la tristeza.</li> <li>- La muerte de un usuario pediátrico a su cargo es una experiencia dolorosa, no equivalente, pero similar al dolor que experimentan los padres del niño.</li> </ul>	<p>Pérdida de la relación con el niño o niña</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La empatía de los profesionales de enfermería con el usuario y su familia, ocasiona que los mismos se vean emocionalmente afectados por los sentimientos del familiar, una vez que el niño fallece.</li> </ul>	<p>Empatía con los sentimientos manifestados por los padres</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexionar sobre la pérdida del ser querido que sufre la familia del usuario, imaginando estar en su posición.</li> <li>- Usuarios con características similares a sus hijos influyen en percibir a ese usuario como alguien cercano.</li> <li>- Experimentar los fallecimientos de usuarios generan temor ante vivencias personales.</li> <li>- Los fallecimientos experimentados por los profesionales de enfermería en el ámbito laboral, generan temor a la presencia de la muerte en un ámbito personal.</li> </ul>	<p>Asociación entre experiencias laborales y personales</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como producto de vivenciar la muerte de niños y niñas, los y las profesionales asumen uno de dos bandos, se sensibilizan más ante la pérdida o adoptan una posición fría y distante.</li> <li>- Los profesionales de enfermería evitan el sufrimiento estableciendo barreras para no involucrarse emocionalmente con los niños que pueden fallecer y sus familias.</li> <li>- Ante un fallecimiento se generan roces entre el equipo de profesionales.</li> <li>- Experiencias con la muerte de niños, pueden ocasionar cambios en las relaciones familiares.</li> <li>- Algunos profesionales de enfermería optan por no contar a su familia sus experiencias de muerte de usuarios, por lo que deben afrontar solos estas situaciones.</li> </ul>	<p>Cambios en relaciones interpersonales</p>	<p><b>Adaptación en la interdependencia</b></p>



- Los familiares se vuelven oyentes activos de las experiencias de muerte de los participantes.
- El entorno familiar no siempre representa lo que el participante necesita posterior a una experiencia de fallecimiento.
- Los enfermeros y enfermeras se perciben incomprendidos al compartir sus experiencias de muerte con sus personas de apoyo, externas al entorno hospitalario.
- Ante un fallecimiento, se recurre a los compañeros de trabajo, como forma de apoyo.
- Los profesionales de enfermería deben atravesar el duelo por el fallecimiento de un usuario solos, sin apoyo o herramientas efectivas facilitadas por la institución para la que laboran.
- La carga de trabajo dificulta el acceso del personal a las alternativas ofrecidas por la institución
- Las jefaturas asumen una posición rígida aún cuando el profesional de enfermería ha experimentado el fallecimiento de un usuario a su cargo.

### Sistemas de apoyo

**Fuente:** Elaboración propia. Significados formulados extraídos de la tabla 1.

**Tabla 3.** Alteraciones adaptativas según el modo de adaptación.

Subcategorías		Categoría
<b>Adaptación fisiológica-física</b>		<b>Adaptación</b>
<b>Manifestaciones físicas asociadas a la muerte del usuario pediátrico</b> Cefalea Dolor estomacal Problemas con el sueño	Pérdida de apetito Cambios en la alimentación Tensión corporal Cambios en la actividad diaria Agotamiento físico y emocional	
<b>Adaptación de autoconcepto</b>		
<b>Espiritualidad</b> Dimensión espiritual <b>Percepción de sí mismos como buenos profesionales</b> Satisfacción con trabajo realizado <b>Sentimientos generados hacia sí mismos después de la pérdida</b> Frustración Culpa <b>No capacitados</b> Incapacitados para brindar apoyo y afrontar el fallecimiento	<b>Construcción propia de herramientas psicológicas para afrontar los fallecimientos</b> Uso de recursos propios <b>Crecimiento en los profesionales de enfermería como resultado de la muerte</b> Actitud resiliente ante la muerte Crecimiento espiritual Gratitud y sentido de privilegio al acompañar en un proceso de muerte Ser mejores profesionales Valorar más	
<b>Adaptación en función del rol</b>		
<b>Rol de enfermería ante la muerte</b> Cuidados centrados tanto en el niño o niña como su familia Cuidado humanizado Anteponer el cuidado de los demás al propio Enfermería es quien más se expone a la muerte Evitar la muerte, objetivo del quehacer de enfermería <b>Enfrentamiento entre roles: humano y profesional</b> Ocultar los sentimientos generados tras la pérdida Es necesario empatizar con el dolor <b>Repercusión emocional sufrida por los profesionales ante la muerte</b> Enfrentar fallecimientos impactan estado emocional del profesional	Abordaje a la familia Cargas emocionales no reconocidas <b>Duelo de los profesionales de enfermería</b> Duelos simultáneos e inconclusos <b>Enfermería carece de formación en temas de muerte</b> Falta de preparación para afrontar la muerte <b>Influencia sobre otros roles desempeñados</b> Repercusión emocional influencia su desempeño de otros roles Rol de maternidad o paternidad Enfermería asume diferentes roles Rol como madre y padre en su vida personal influencia impacto tras la pérdida	

### Adaptación en la interdependencia

#### **Apego entre el enfermero, el usuario y la familia**

Apego inevitable

Tiempo de convivencia influye apego (varía de acuerdo a servicios)

Relaciones más cercanas con niños de mayor edad

Apego favorece implicación y sufrir un impacto mayor debido a la muerte

Todos los procesos de muerte se viven distinto

#### **Dolor tras la pérdida de la relación con el niño**

Los y las enfermeras no son ajenos al dolor

Las experiencias de muerte prevalecen en el pensamiento

Experimentan tristeza

Dolor similar al que experimentan los padres del niño

#### **Empatía con los sentimientos manifestados por los padres**

Los y las enfermeras empatizan y se ven afectados emocionalmente

#### **Asociación de relaciones laborales y personales**

Imaginar una pérdida similar

Percibir al usuario como alguien cercano

Temor ante vivencias personales

Traumáticas y temor ante la posible presencia de la muerte

#### **Cambios en relaciones interpersonales**

Sensibilizarse o distanciarse de quienes cuidan

Barreras con los usuarios y sus familias

Roces entre el equipo de profesionales.

Cambios en relaciones familiares

Distanciarse de personas cercanas

No contar experiencias de fallecimiento

#### **Sistemas de apoyo**

Familia

Falta de apoyo en entorno familiar

Los y las enfermeras se perciben incomprendidos

Compañeros de trabajo como apoyo.

Carencia de apoyo institucional

Alta carga laboral

Jefaturas rígidas

**Fuente:** Elaboración propia. Extractos de significados formulados extraídos de la tabla 2.

## Anexo 5. Carta de aprobación Comisión de Trabajos Finales de Graduación



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

**EE** Escuela de  
Enfermería

11 de diciembre del 2020  
**EE-1674-2020**

Arias Castro Glenda B70658  
Paniagua Valverde Valery  
B75690  
**Estudiante de Licenciatura en Enfermería**

Estimadas estudiantes:

Por este medio se les informa que en sesión **291-2020** de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su solicitud titulada “Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico.”

**ACUERDO FIRME:** Por unanimidad, se aprueba anteproyecto.

**Recomendaciones:**

Técnica de recolección de datos: deben revisar la redacción para evitar confusiones sobre la modalidad de la entrevista.

Atentamente,

DERBY  
MUÑOZ ROJAS  
(FIRMA)

Firmado digitalmente  
por DERBY MUÑOZ  
ROJAS (FIRMA)  
Fecha: 2020.12.11  
19:11:58 -06'00'

Drm/Npa

Dr. Derby Muñoz  
Rojas, PhD, MSc, Lic  
Coordinador  
Comisión de Trabajos Finales de  
Graduación



## Anexo 6. Carta de aprobación CEC-UCR



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

CEC

Comité  
Ético Científico

5 de agosto de 2021  
CEC-470-2021

Srta. Valery Paniagua Valverde  
Srta. Glenda Arias Castro  
Estudiantes  
Escuela de Enfermería

Estimadas estudiantes:

Por este medio enviamos acuso de recibo del oficio **DIG-CEC-113-2021**, dirigido a nuestro Comité Ético Científico, con la finalidad de evaluar el trabajo final de graduación titulado “Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico”.

En ese sentido revisada la documentación anexa, se declara **aprobado** el trabajo final de graduación “Experiencias sobre el proceso de adaptación de enfermeros y enfermeras ante la muerte de un usuario pediátrico”.

Quedamos en la entera disposición de colaborar ante cualquier consulta.

Atentamente,

UCR | Firmado  
digitalmente

Dra. Karol Ramírez Chan, DDS, MSc, Ph.D.  
Presidenta Comité Ético Científico

KRC/svc

C. M.Sc. Rocío Barrientos Monge, Directora de tesis  
Archivo

Adjunto: Formulario de consentimiento informado



Año de las Universidades Públicas  
por la conectividad como  
derecho humano universal  
BICENTENARIO DE LA  
INDEPENDENCIA DE COSTA RICA