

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de proyecto para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería: 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.

Proponentes:

Moya Solano Sofia Natalia

Vargas Quesada Ana Sofia

Vargas Rodríguez Marco Antonio

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Enero – Diciembre, 2015



## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **04 de febrero 2016**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Sofía Natalia Moya Solano**, carné **B04368**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Proyecto**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora  
Karol Blanco Rojas, Lectora  
Ernestina Aguirre Vidaurre, Lectora  
Lizbeth Arce Elizondo, Quinto Miembro  
Rebeca Gómez Sánchez, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Sofía Natalia Moya Solano** 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 **Sofía Natalia Moya Solano**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“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”**.

### 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.



Pág.2 de 2  
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN  
04 de febrero 2016

**ARTICULO 4**

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

Aprobado

**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 **doce** horas.

[Handwritten Signature]  
[Handwritten Signature]

Presidente (a)

Director (a)

Lector(a)

Lector (a)

Quinto (a) miembro

Postulante

[Handwritten Signature]  
[Handwritten Signature]

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELO

Escuela de  
Enfermería





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **04 de febrero 2016**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Ana Sofía Vargas Quesada**, carné **A96579**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Proyecto**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora  
Karol Blanco Rojas, Lectora  
Ernestina Aguirre Vidaurre, Lectora  
Lizbeth Arce Elizondo, Quinto Miembro  
Rebeca Gómez Sánchez, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Ana Sofía Vargas Quesada** 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 **Ana Sofía Vargas Quesada**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“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”**.

### 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.



Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

04 de febrero 2016

**ARTICULO 4**

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

Aprobado

**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 **doce** horas.

[Handwritten Signature]  
\_\_\_\_\_  
[Handwritten Signature]  
\_\_\_\_\_

Presidente (a)

Director (a)

Lector(a)

Lector (a)

Quinto (a) miembro

Postulante

[Handwritten Signature]  
\_\_\_\_\_  
[Handwritten Signature]  
\_\_\_\_\_  
[Handwritten Signature]  
\_\_\_\_\_

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELLO \_\_\_\_\_





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **04 de febrero 2016**, con el objeto de recibir el informe oral del/ la estudiante **Marco Antonio Vargas Rodríguez**, carné **A96591**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Proyecto**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Rocío Barrientos Monge, Directora  
Karol Blanco Rojas, Lectora  
Ernestina Aguirre Vidaurre, Lectora  
Lizbeth Arce Elizondo, Quinto Miembro  
Rebeca Gómez Sánchez, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Marco Antonio Vargas Rodríguez** 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 **Marco Antonio Vargas Rodríguez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“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”**.

### 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.



#### ARTICULO 4

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

Aprobado

#### ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado 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 **doce** horas.

Juliana Pacheco  
Rosio Barrantes Rojas

Presidente (a)

Director (a)

Lector(a)

Equival  
Rosio Barrantes Rojas  
[Signature]

Lector (a)

Quinto (a) miembro

Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante



## *Agradecimientos*

*A Dios por las puertas que abrió, en cada paso que dimos durante nuestro paso por la universidad y la vida.*

*A nuestra Directora Rocío Barrientos, quien estuvo a nuestro lado paso a paso, apoyándonos, motivándonos y siempre desde una relación horizontal.*

*A nuestra lectora Ernestina, por brindarnos una guía integral en el desarrollo de este proyecto, llevándonos a dar lo mejor de nosotros para alcanzar la excelencia.*

*A la Directora del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáez Herrera, la Licenciada Yadira Umaña Torres, quien colaboró con nosotros en todo momento.*

*A los enfermeros y las enfermeras que se tomaron el tiempo durante su turno laboral, para ayudarnos con las entrevistas y el material para el desarrollo de esta guía.*

*A nuestras familias por estar a nuestro lado siempre y por todo el apoyo incondicional durante estos años de universidad.*

## *Dedicatoria*

*En primer lugar les dedico este triunfo a mi mamá y mi papá: Rosita y Tulio, porque en estos seis años siempre han estado a mi lado; sin su apoyo, su ayuda y su inspiración no hubiese sido posible alcanzar esta meta. Gracias por todo mamita y papito, me dieron la mejor herencia que pudieron: Educación. Los amo.*

*A mis hermanas: Cinthya, Paola, Sor Estela y Xiomara; siempre estuvieron incondicionalmente cuando las necesite, ya fuese recortando, leyendo o imprimiendo, sin ustedes no hubiera sido tan fácil. Como hermanas mayores han sido un gran ejemplo y sus consejos me han ayudado a crecer, personal y profesionalmente.*

*A mis sobrinos: Carlitos, Meli, Yayo, Santy y Mariposita; son mi inspiración y me motivan a ser mejor cada día para darles el mejor ejemplo posible y que siempre quieran buscar la excelencia. Gracias mis príncipes y princesas por confiar en mí, por ser mis amigos y mis sobrinos. Los amo.*

*A novio: Jorge; estuiste ahí los años más complicados de la carrera, nunca me dejaste sola, siempre me motivaste a ser mejor, siempre me impulsaste a dar lo máximo. Gracias mi guapo, siempre me has hecho sentir la mejor novia, mujer y enfermera, es por vos que todo lo que hago lo hago con mucho amor. Te amo.*

*A mi mejor amiga: Natalia. Has estado a mi lado durante 9 años y no hay nadie que pueda ocupar tu lugar. Gracias por tanto y por todo, por estar en cada paso junto a mí sin dejarme sola. Love U pellis.*

*A mis colegas, compañeros, cómplices, estrellas y amigos: Sofi, Marquito y Elvia. No solo han hecho que este camino sea más fácil, lo han hecho divertido, especial y lleno de espectaculares recuerdos. Sofi y Marco, nada de esto hubiese sido posible sin ustedes, han sido los mejores compañeros de TFG y me alegra empezar la ruta de enfermería en Niñez Sana juntos y nunca separarnos desde entonces. Los re-certis mis estrellas.*

*A las profesoras que me han formado como una profesional integral y me han mostrado que se puede llevar la teoría a la práctica y recordar que los estudiantes ante todo somos seres humanos. Gracias: Rocío Monge, Rocío Barrientos, Mary Solano, Carmen Herrera, Katty Medina, Dennis Carrillo, Mariacela Lizano, Ernestina Aguirre, Ana Leticia Rodríguez, Beatriz Villalobos, Consuelo Alpizar y Jessica Miranda, son ustedes los mejores ejemplos que tuve estos seis años, gracias a ustedes soy la profesional que soy ahora.*

*Sofía Moya Solano*



## *Dedicatoria*

*En primer lugar le dedico este triunfo a Dios, sin su ayuda no podría haber llegado hasta donde estoy hoy.*

*Además a mi papá y mamá: Carlos y Shirley, quienes toda la vida han sido incondicionales, me han apoyado siempre, me motivan a dar lo mejor de mí cada día y me ayudaron a levantarme cuando caí. No podría haber logrado nada sin ustedes. Soy la mujer que soy por su ejemplo y amor.*

*A mi hermana Karla, quién siempre le dio el brillo y luz a mi vida. Sin tu carisma y personalidad no hubiera "gozado" todo esto. Te amo mi "nanita". Espero poder verte pronto con tus propios logros y éxitos.*  
*Cuentas conmigo siempre.*

*A mi novio William, todos estos años a mi lado tú apoyo, paciencia, amor y detalles a lo largo de nuestras vidas me han motivado, a seguir adelante y nunca darme por vencida. Por todos esos momentos que me hiciste reír cuando el estrés no me lo permitía. Siempre has estado ahí. Te amo. Eres el mejor del mundo.*

*A mis compañeros de proyecto y amigos. Por todos estos años de lucha que se ven culminados en este trabajo.*  
*Les deseo éxito y prosperidad en todo lo que hagan.*

*Por último, a mis profesores, quienes con su ejemplo me enseñaron a ser una gran enfermera, pero sobre todo un magnífico ser humano. Le agradezco por su orientación y guía durante estos años.*

*Sofía Vargas Zuesada*

## TABLA DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	9
1.1. <i>Introducción</i>	9
1.2. <i>Justificación</i>	10
1.3. <i>Antecedentes</i>	13
2. CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1. <i>Pregunta de Investigación</i>	17
2.4. <i>Árbol de problemas</i>	18
3. CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL	21
3.1. <i>Salud</i>	21
3.2. <i>Familia</i>	23
3.3. <i>Teorizante y su concepto de enfermería</i>	24
3.4. <i>Rol del profesional de enfermería</i>	27
3.5. <i>Relación terapéutica</i>	29
3.6. <i>Relación interpersonal de ayuda</i>	30
3.7. <i>Crisis</i>	33
3.8. <i>Intervención en crisis de primer orden</i>	34
3.9. <i>Pérdida de un ser querido</i>	40
3.10. <i>Muerte</i>	42
3.11. <i>Etapas del duelo del modelo Kübler-Ross</i>	43
3.12. <i>Proceso de atención de enfermería</i>	45
3.13. <i>Educación Continua</i>	49
4. CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	50
4.1. <i>Datos del proyecto</i>	50
4.2. <i>Tipo de estudio</i>	50
4.3. <i>Diseño</i>	51
4.4. <i>Lugar</i>	51
4.5. <i>Población</i>	52
4.6. <i>Consideraciones éticas</i>	54
4.7. <i>Diseño metodológico</i>	55
4.8. <i>Métodos y técnicas</i>	65
4.9. <i>Unidad de análisis</i>	66
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS	69

6. CAPÍTULO VI: ANÁLISIS	74
7. CAPÍTULO VII: GUÍA DE ABORDAJE	121
8. CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	168
8.1. Conclusiones	168
8.2. Recomendaciones	169
BIBLIOGRAFÍA	171
ANEXOS	180

## **Tabla de cuadros**

Cuadro 1. Cronograma de actividades trimestral .....	58
Cuadro 2. Presupuesto trimestral .....	60
Cuadro 3. Categorización de variables .....	66
Cuadro 4. Guía de abordaje para profesionales en enfermería en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o una niña .....	135
Cuadro 5. Calendarización del proyecto .....	163
Cuadro 6. Evaluación de la guía de abordaje .....	167

## **Tabla de Ilustraciones**

Ilustración 1. Pasos para la etapa de valoración.....	46
Ilustración 2. Etapas de la relación interpersonal de ayuda .....	131
Ilustración 3. Algoritmo para brindar acompañamiento .....	160

## **Tabla de anexos**

Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado.....	180
Anexo 2. Entrevista.....	183

# 1. CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## *1.1. Introducción*

El presente trabajo final de graduación se realiza con el fin de optar por el grado de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Costa Rica. Se ejecuta a través de un proyecto que propone una Guía de Abordaje para los enfermeros y enfermeras, con el propósito de brindar una herramienta útil, innovadora y necesaria para el acompañamiento a la familia en el caso de muerte inesperada de un niño o niña.

El proyecto se efectúa desde el mes de agosto del 2014 hasta diciembre del 2015, con la participación de dieciocho enfermeras y enfermeros que laboran en los servicios de Emergencias Médicas y Quirúrgicas, Medicina, Cirugía y Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Niños. La etapa diagnóstica se elabora entre los meses de enero a agosto del 2015, mediante una entrevista a profundidad a estos y estas profesionales para reconocer sus experiencias y necesidades con respecto al acompañamiento de la familia en caso de muerte inesperada de un hijo o una hija.

Posteriormente se prosigue con la guía de abordaje que se construye a partir de datos recolectados en la entrevista y la información teórica que sustenta de forma científica el proyecto propuesto, el cual implica una serie de beneficios en cuanto al manejo de emociones, conocimiento de nuevos métodos y técnicas para dar una contención emocional y un acompañamiento efectivo a la familia del fallecido.

La guía se consolida como una herramienta útil e innovadora para los enfermeros y enfermeras. Se lleva a cabo bajo las premisas de la teorizante Hildegard Peplau, quien

explica una serie de interacciones entre el personal profesional de enfermería y las personas a las que se les brindan sus servicios.

Además de la teoría de enfermería mencionada, se utilizan aportes de trabajos en psicología, ellos brindan a los enfermeros y enfermeras un elemento válido para la comprensión de los elementos sobre la pérdida, la comunicación, las tareas, las reacciones y las fases respecto del duelo. Se incluyen para avalar y fundamentar teóricamente el proyecto.

Al ser la muerte, el dolor y el duelo temas tabú entre gran parte de la población por la dimensión cultural y el contenido emocional de la materia, la capacitación e instrucción para los profesionales en enfermería es, en muchos casos, limitada, por lo tanto introducir en el gremio este tipo de ayuda metodológica para afrontar el rol asesor del quehacer enfermero con las familias que enfrentan la pérdida de un niño o niña es de suma importancia. La iniciativa se conforma en una herramienta, ingeniosa para afrontar los nuevos retos, además de los cambios de paradigma y atención que se presentan en lo concerniente a la salud y la atención integral del individuo y su familia.

## ***1.2. Justificación***

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), más de seis millones de infantes mueren anualmente en el mundo antes de llegar a los cinco años de vida. Debido a esta situación, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos en el año 1990, se plantea como objetivo número cuatro el reducir la mortalidad en la niñez a esta temprana edad. (ONU, 2014)

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas, UNICEF por sus siglas en inglés, informa que desde el año 1990 se ha logrado reducir la mortalidad infantil en un 49%. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara en el año 2013, que para el 2010 la mortalidad infantil se había reducido un 57,2% debido a las mejoras en la atención sanitaria (OMS, 2013).

En Costa Rica, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el año 2013 mueren alrededor de 19.647 personas por diversas causas, esto refleja una tasa bruta de mortalidad de 4,17% (INEC, 2013).

Además, el INEC establece que durante el año 2013, la mortalidad infantil presenta una tasa bruta de un 8,67 por cada mil habitantes: este hecho indica que fallecen 612 personas entre su nacimiento y el primer año de vida. El comportamiento de la mortalidad infantil según el sexo, fue de 341 hombres y 271 mujeres (INEC, 2014).

Al analizar estas estadísticas y asimilar que la muerte representa un acontecimiento inherente para el ser humano, se evidencia que existe una enorme necesidad de capacitación para el personal del área de la salud, con el fin de poder asistir a los familiares cuando enfrentan un proceso de duelo. La primera línea de atención y cuidado que reciben las personas usuarias del sistema de salud y sus allegados en el hospital, es por parte del personal de enfermería.

El profesional en enfermería egresado de la Universidad de Costa Rica recibe dentro de su formación, cursos, talleres y capacitación diversa relacionados con el desarrollo personal, donde se establecen claramente las etapas del duelo, así como cursos para establecer una relación interpersonal de ayuda en los momentos que se requiera de ella,

entre otras temáticas. Pero, dada la diversidad de escuelas de formación de profesionales en enfermería, y después de una revisión de sus planes de estudio para la carrera de Licenciatura en Enfermería, no se observa una uniformidad en la capacitación del estudiantado para actuar ante la muerte de una persona y no se constituyen, en todos los casos, las herramientas suficientemente eficaces y eficientes para colaborar con los familiares en los procesos de muerte inesperada.

Debido a esta situación, los familiares afligidos no reciben el acompañamiento, la conducción o guía de profesionales especializados y capacitados. Sin embargo los y las profesionales trabajan arduamente y sin todas las herramientas disponibles, con quienes así lo requieran, con el fin de que logren asimilar, en la mayor medida posible, la situación vivida.

En algunos servicios de hospitalizados como hemato-oncología, los enfermeros, las enfermeras y el personal de salud en general, reciben una mayor capacitación para afrontar el proceso de muerte, debido a los mayores índices de fallecimientos en estas unidades. Sin embargo, en otros servicios donde no es tan usual lidiar con la muerte, los y las profesionales en enfermería no logran efectuar intervenciones adecuadas con las familias de una persona infante que inesperadamente fallece en dicho servicio.

Este proyecto pretende la elaboración de una guía con recomendaciones para las enfermeras y los enfermeros de los servicios de Medicinas, Cirugías, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas; que funcione como insumo al personal, para que logre atender los casos de muerte inesperada de una mejor manera;

alcanzando la empatía con el padre y la madre de los niños y las niñas, así como con el resto de la familia.

El proyecto posee un aire innovador debido a que actualmente no existe una herramienta similar en el Hospital Nacional de Niños. Además, la importancia principal reside en que, se beneficia directamente a las enfermeras y los enfermeros de los servicios de hospitalizados, pues, brinda material para mejorar su desempeño y desenvolvimiento en el manejo de casos de muerte inesperada. También, tiene un beneficio indirecto para los padres, madres y familiares que afrontan estas situaciones, debido a que el empoderamiento del profesional brindado por medio de la guía, se traduce en una mejor intervención, información y guía por parte del personal. Se proporciona así una atención y un cuidado integral.

### ***1.3. Antecedentes***

Las investigaciones sobre el tema son escasas, tanto en bases internas de la Universidad de Costa Rica, como en bases de datos a nivel internacional. Sin embargo, enseguida se presentan las investigaciones relacionadas con el tema:

#### *1.3.1. Internacionales*

Dentro de las documentaciones existentes a nivel internacional, Vega, González, Palma *et al* (2013) utilizan la investigación cualitativa fenomenológica para reconocer la experiencia de diez personas, parte del personal de enfermería oncológica y pediátrica que enfrentaron la muerte de niños y niñas con cáncer bajo su cuidado en la investigación: *-Develando el significado del proceso de*

*duelo en profesionales en enfermería pediátrica que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa de cáncer-*. En este estudio realizado en España, las enfermeras y los enfermeros, relatan sus experiencias con respecto de la muerte mediante una entrevista a profundidad, la cual permite reconocer las actitudes, prácticas y sentimientos con respecto al manejo del duelo al morir un niño o una niña. El estudio concluye que el profesional de enfermería experimenta el duelo como un proceso dinámico al que atribuyen sentido a través de la entrega de un cuidado amoroso.

Por otra parte, Boó Puente en el 2013 realiza una monografía llamada: *-El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos-* como trabajo de final de grado en la Universidad de Cantabria, España; con el objetivo de profundizar en el conocimiento sobre el duelo para poder ayudar a cubrir las necesidades y demandas de los pacientes y familiares oncológicos durante el mismo. En el trabajo se describe el proceso de duelo tomando en cuenta el objetivo terapéutico del quehacer del enfermero o enfermera. A lo largo del trabajo se describen diversas terminologías y definiciones sobre el proceso de duelo, la muerte, los tipos de duelo, y las reacciones de usuarios o usuarias y familiares en proceso oncológico.

Asimismo en España, pero en el 2010, se publica un artículo llamado *-Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y duelo-* escrito por Castañedo, Suárez y Vivar, el cual resume un estudio descriptivo transversal desarrollado en el 2009 en el Hospital Universitario de la Victoria de Málaga en el Servicio de Urgencias. Con este estudio que se realiza a

cincuenta enfermeras del servicio y hospital en mención, se revela que gran parte de los y las profesionales de enfermería se ven afectados por la muerte de un usuario o usuaria solo durante el día del fallecimiento, además de explicar los conocimientos necesarios para reconocer los síntomas de un proceso de duelo patológico y poder realizar un acompañamiento efectivo si esto sucede. Con respecto de los resultados que se encuentran en la encuesta, las autoras concluyen que el personal de urgencias se encuentra preparado para realizar el acompañamiento del duelo y se ven poco afectados por los sucesos de muerte en el servicio.

### *1.3.2. Nacionales*

En el ámbito nacional, se cuenta con el Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, bajo la modalidad de tesis realizada por Pacífica Araya Guillén con el título: *Validación de un programa de acompañamiento en el proceso de duelo: una experiencia en trabajadores y trabajadoras que han perdido a un ser querido. El caso del Instituto Costarricense de Electricidad* elaborada en el año 2013. El estudio utiliza una topología cualitativa con método participación-acción y se apoyó en una técnica de cuestionario para validar el proceso. La conclusión del estudio recalca que, a nivel de salud laboral, es necesario implementar profesionales en el área de salud mental que desarrollen programas ejecutables dentro de la institución y además permitan a las personas exteriorizar su dolor y darle un manejo integral al proceso del duelo.

Por su parte, Flor María Artiaga & Estela Paguagua Espinoza (2010) investigan la importancia de capacitar a un grupo de profesionales de medicina y enfermería de la Universidad de Costa Rica en intervención en crisis por pérdida y duelo, y elaboran un módulo de capacitación que responde a esas necesidades. Se determina que los profesionales en ambas disciplinas requieren capacitación para tener las herramientas necesarias y poder actuar ante estas situaciones. El módulo de capacitación propuesto se diseña con una concepción metodológica que lo atraviesa transversalmente, integrando sentimientos y cogniciones para el desarrollo de herramientas que les permitan afrontar las situaciones en el contexto hospitalario.

Por último, a los y las estudiantes que optan por el grado de Licenciatura en Enfermería con el Trabajo Final de Graduación en modalidad de práctica dirigida en el año 2010; María Elena López Bermúdez y B. Aurora López Madrigal. El tema corresponde a un programa educativo por parte de enfermería para capacitar a personal docente en el abordaje del proceso del duelo en adolescentes del Instituto Julio Acosta García. Esta investigación se caracteriza por utilizar una metodología cuantitativa descriptiva, donde se realiza un cuestionario para obtener los datos relevantes con respecto de la investigación, en la cual se busca conocer las necesidades de los profesores para actuar en casos de duelo. En este estudio se propone la necesidad de la instalación de un manejo de duelo para las y los profesores de secundaria por parte del personal de enfermería, pues al ser contendores de primer orden, deben tener conocimientos en intervención en crisis y manejo del duelo.

## **2. CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. *Pregunta de Investigación***

¿Cuentan los enfermeros y las enfermeras de los servicios de Medicina, Cirugía, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas con una guía para brindar la intervención adecuada a la familia en caso de muerte inesperada?

### **2.2. *Objetivo General***

Diseñar una propuesta de guía para el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o niña para los enfermeros y las enfermeras de los servicios de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños, de marzo a setiembre, 2015.

### **2.3. *Objetivos específicos***

- Analizar las guías y documentos existentes para el acompañamiento a los familiares en caso de muerte, en el Hospital Nacional de Niños.
- Determinar las necesidades del personal profesional en enfermería en cuanto al acompañamiento a los familiares en caso de muerte inesperada en los

servicios de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños.

- Estructurar la propuesta de una guía para el acompañamiento a los familiares en caso de muerte inesperada de los usuarios, en el Hospital Nacional de Niños dirigida a los enfermeros y las enfermeras.

#### **2.4. *Árbol de problemas***

Con el fin de poder ejecutar la guía, se diseña un árbol con los problemas evidenciados mediante las entrevistas, en donde se expone el problema principal que se detecta, sus posibles causas y los efectos que produce con sus respectivas consecuencias, tanto para los profesionales de enfermería como para la persona usuaria y su familia.

Según las entrevistas realizadas, el principal problema consiste en la deficiencia en el conocimiento y prácticas del personal profesional de enfermería para brindar una intervención efectiva a los familiares de los niños o niñas que fallecen. Esto se debe a varias causas, entre ellas una formación profesional deficiente, provocada por una preparación universitaria en la cual no se brinda formación al respecto, o es escasa, y donde existe una falta de actualización de los conocimientos en la dimensión psicoemocional de la salud. Además, la escasa comunicación asertiva y empática, adquiridos principalmente de manera empírica, que desencadenan habilidades deficientes en el acompañamiento de los familiares durante el duelo inmediato.

Por último, al existir una ausencia de acciones concretas con referencia a los cuidados de enfermería, es posible ver cómo labores que abordan la salud psíquica y

emocional de las personas son derivadas a otras profesiones, ignorando el gran potencial de la profesión en cuanto a herramientas, técnicas o actividades relacionadas con el tema que se trata en este trabajo.

Todas estas situaciones generan como efecto una invisibilización de los familiares de los niños y niñas que han fallecido dentro de los servicios bajo el cuidado de enfermeros y enfermeras.

Así mismo, existen situaciones donde los profesionales desarrollan sentimientos personales que se convierten en limitantes en la interacción con los familiares que viven la muerte de un niño o niña, lo cual provoca como consecuencia la floración de emociones que causan inseguridad para abordar a los familiares y el requerimiento de un trabajo interdisciplinar, en muchas ocasiones, ineficiente para el abordaje familiar.

Por otra parte, el escaso apoyo profesional para el manejo de emociones producidas por la muerte de un niño a niña genera como consecuencia una insatisfacción del profesional de enfermería con su labor profesional.

A continuación se presenta mediante un diagrama todo lo expuesto, con el fin de visualizar más fácilmente el problema con sus causas, consecuencias y efectos.

Consecuencias

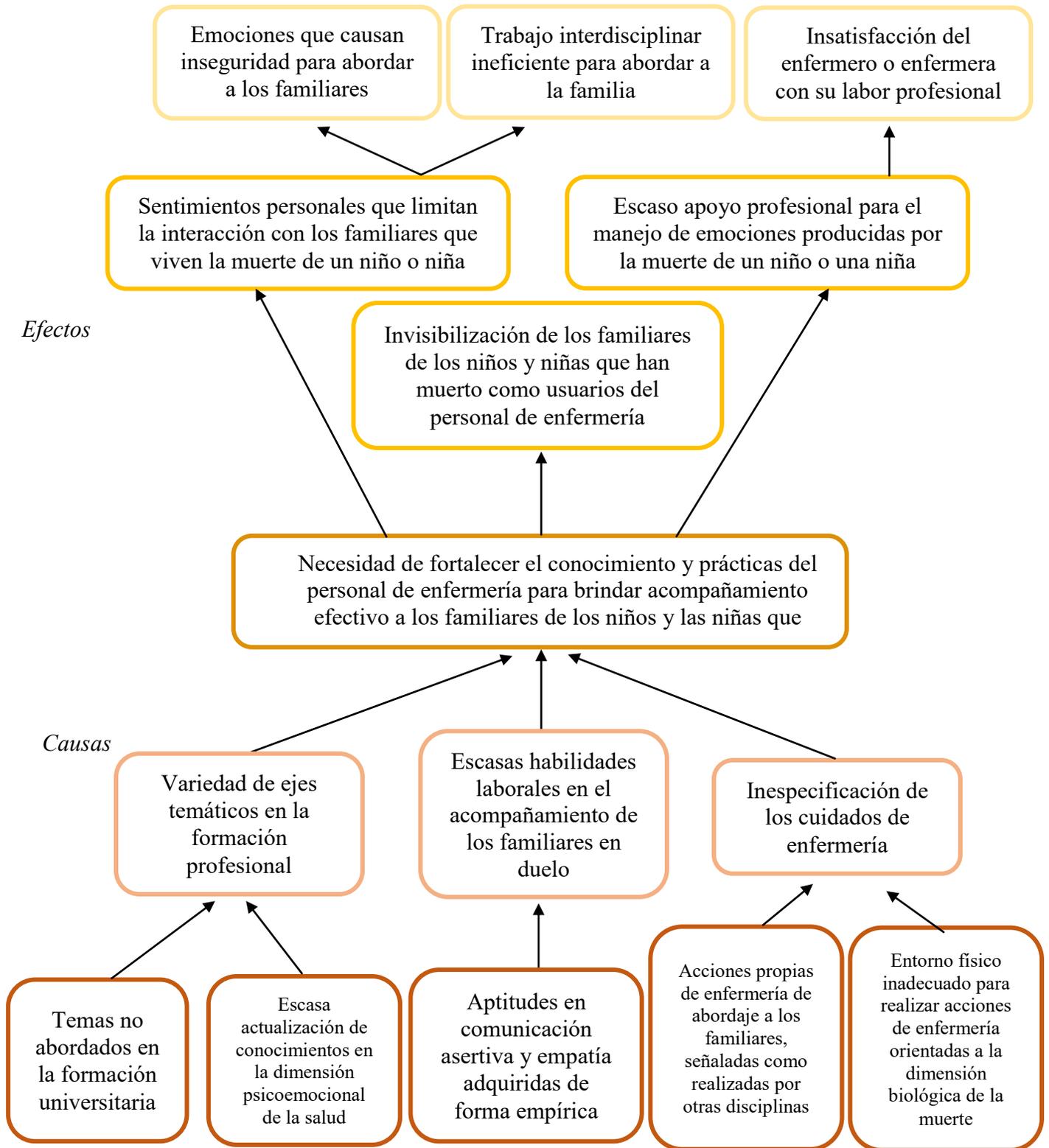


Figura 1. Elaboración propia.

### 3. CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL

#### 3.1. *Salud*

Con el fin de comprender las necesidades de salud de la familia del niño o la niña fallecida en caso de muerte inesperada es necesario reconocer el concepto de salud al cual se hace referencia, el cual debe entenderse de forma integral y multidimensional.

Para dar inicio al fundamento teórico utilizado para la definición de salud, es indispensable mencionar el objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud mediante la renovación de la atención primaria en salud (2007): *“Salud para todos”*, el cual se mantiene vigente desde 1987, sin embargo, las acciones para alcanzar este objetivo se modifican con el propósito de *“revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad”*.

Con el cambio realizado en las acciones para alcanzar este objetivo, es también necesario para la Organización Panamericana de la Salud examinar las concepciones fundamentales de la salud. Lo anterior se liga directamente con la manera en la cual define el progreso, se enfoca en una visión multidimensional del desarrollo humano donde la salud es una parte de vital importancia para que *“los individuos realicen sus proyectos de vida”*(Organización Panamericana de la Salud, 2007) y así poder articular la construcción de sociedades democráticas. Al explicarse la salud en un marco tan importante dentro del desarrollo humano, es necesario conocer la definición otorgada por la Organización Panamericana de la Salud en su documento *-Renovación de la*

*Atención Primaria de Salud en las Américas-* (2007), el cual se enfoca en un marco multidimensional que responde a las necesidades específicas de cada población: “*La salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental*”.

Las situaciones que afectan la salud de los seres humanos junto a las necesidades para alcanzar un estado de bienestar se modifican con el pasar del tiempo, ello provoca que las intervenciones en salud alcancen una variedad de objetivos, yendo desde la interacción del individuo con el ambiente, ya sea físico, económico, social o cultural, hasta los procesos de modificación de los factores biológicos y psíquicos que afectan la salud del ser humano ante una circunstancia específica. (Contandriopoulos, 2006)

El ser humano, re-visualizado desde un enfoque integral y multidisciplinario con respecto de la salud, se aleja del elemento *in situ* de la contraposición salud-enfermedad para contemplarse, según Contandriopoulos (2006), como un elemento simultáneo e indisoluble de características biológicas, sociales, emocionales y racionales.

De acuerdo con la posición del autor ante la visión del ser humano, la salud cobra un nuevo sentido multidimensional que abarca la salud social caracterizada por la adaptación de la vida a su medio ambiente, la salud biológica manifestada por elementos fisiológicos y la salud psíquica que abarca los sentimientos de bienestar, felicidad y plenitud.

Para el desarrollo del trabajo, se toma la dimensión psíquica de la salud, según explica Contandriopoulos en el documento: *-Elementos para una topografía del concepto de salud-* como aquella que “*se revela constantemente dinámica en el sentido de que esos*

*sentimientos (bienestar, felicidad y plenitud) se muestran huidizos, pues la búsqueda de esos últimos no se termina nunca. Ellos representan la razón de ser de la vida” (2006).*

Además de las dimensiones de la salud, la visión ya explicada del ser humano incluye un cuarto elemento; su capacidad reflexiva, es decir, la capacidad de obtener y adquirir conocimientos sobre sí mismo y los tres campos de existencia de la salud, por lo tanto, mediante esta capacidad del ser humano será posible darle sentido a la vida, el dolor, la enfermedad y la muerte. (Contandriopoulos, 2006)

La muerte y el duelo consecuente a ésta representan una interrupción en la búsqueda y el sentimiento de bienestar, felicidad y plenitud, por lo que este proceso puede representar una alteración en el sistema multidimensional de la salud, y en consecuencia intensificarse o apaciguarse por la capacidad reflexiva y la capacidad del ser humano para darle un significado a la vida y la muerte.

Al dilucidar las diversas áreas que contemplan al ser humano y la consecuente multidimensionalidad de la salud, es importante entender el rol que el personal profesional de enfermería debe ejercer ante la muerte inesperada de un niño o niña en el acompañamiento a sus familiares, respecto del enfoque de la salud mencionado.

### **3.2. Familia**

La familia constituye el primer círculo social en el que se desarrolla un individuo. Por esta razón existen múltiples definiciones en torno a ella y desde distintos paradigmas y escenarios.

Desde un paradigma antropológico la familia constituye “*el medio en el que la persona se desarrolla y se prepara para aprender los roles que le asigna la sociedad*” (Rodríguez, 2003). Es decir, se constituye como el primer círculo de socialización de las personas.

Desde una conceptualización pedagógica la familia “*es valorada como el espacio de aprendizaje por excelencia para sus miembros del lenguaje, de los criterios de apreciación del mundo, de las personas, de las normas morales y de urbanidad socialmente aceptadas*” (Rodríguez, 2003). Esta definición no dista de la anterior; en el sentido de que, la familia constituye en sí misma, la primera área de socialización que dicta las normas por seguir para involucrarse apropiadamente en la sociedad y pueden presentarse variaciones culturales importantes.

Por consiguiente la familia constituye un pilar indispensable en cualquier sociedad: con un mayor bienestar en una familia se mejora su funcionamiento, y por ende, mejora el desarrollo social de una región o país.

En la disciplina de enfermería se exhiben teorizantes que presentan una visión propia de conceptos como salud, familia, enfermería, entre otros términos. La perspectiva de estos términos justifica el conocimiento y el accionar de enfermería, mediante una validación científica de su labor, incluye la triangulación de los conceptos con la vida cotidiana del profesional y las herramientas por utilizar.

### **3.3. Teorizante y su concepto de enfermería**

Con el fin de sustentar el proyecto, se utiliza a la teorizante de enfermería, Hildegard Peplau. Conocida como *“La madre de la enfermería psiquiátrica”*, quien inicia sus estudios de enfermería en Pennsylvania Hospital School of Nursing para finalizarlos en 1931, continúa con estudios psicológicos en 1943, además de maestrías en enfermería psiquiátrica en 1947 y prosigue en 1953 con educación en enfermería. (Peplau, 1990)

Peplau señala en 1986 que su primer acercamiento al desarrollo de la Teoría Interpersonal se da mientras labora para el College Health Service of Bennigton College, cuando realiza un estudio de campo experimental junto a Erich Fromm y Frieda Fromm-Reichman, así como la asistencia a clases impartidas por Harry Stack Sullivan, y así utiliza sus teorías para interpretarlas y desarrollarlas en el campo de la enfermería.

Luego de conocer los antecedentes de la teorizante, es importante a la vez observar las concepciones sobre Enfermería. En primera instancia, Hildegard conceptualiza a grandes rasgos la enfermería como *“un proceso interpersonal y a menudo terapéutico”* (Peplau, 1990), lo cual conlleva una serie de nuevas interrogantes respecto de la definición específica de enfermería.

Al abarcar más las concepciones de Peplau (1990), ese proceso interpersonal se define como: *“La relación humana entre una persona que está enferma o necesita de servicios de salud y una enfermera con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda”*, explica cómo la interacción entre la persona usuaria y el enfermero o enfermera genera información más importante para la resolución de la problemática, que muchos procedimientos técnicos.

Bajo esta concepción de la enfermería, es importante recalcar la importancia que le da Hildegard Peplau a la relación que se genera entre el personal de enfermería y aquella persona necesitada de ayuda, pues colabora a que las personas mejoren su salud (Peplau, 1990). En el caso específico de la investigación el vínculo, que se conforma entre *<enfermera o enfermero – familiar doliente>*, favorece una intervención terapéutica durante un estado de crisis situacional, provocada por la muerte de un niño o niña que se encuentra en hospitalización, la cual generará diferentes formas de afrontar el proceso de duelo posterior a la crisis situacional, según las acciones inmediatas efectuadas en una relación terapéutica entre el enfermero o enfermera y el familiar.

A partir de este concepto de la profesión, Peplau también define las funciones del profesional de enfermería en dos grandes ejes: la función educativa y la función terapéutica, ambas se ejercen con el fin de ayudar a la persona en el aprendizaje del afrontamiento de los problemas que afectan la salud.

En palabras de Simones (1946) citado por Peplau (1990) la terapia se considera una relación interpersonal, que proporciona al ser humano, la satisfacción de necesidades no cubiertas, es decir, realizar una intervención temprana mediada por la relación terapéutica, provoca en la persona necesitada de ayuda un medio para crecer emocionalmente y afrontar de mejor forma la situación de muerte de un niño o niña.

Al tener como base del trabajo a la teorizante y sus proposiciones acerca de la profesión, el presente proyecto utiliza las funciones educativas y terapéuticas de la enfermería para alcanzar, mediante la relación interpersonal del personal profesional de enfermería y los

individuos, la satisfacción de necesidades de salud ante la muerte inesperada de un niño o niña a su cargo.

Bajo esta premisa, se debe recalcar la necesidad de establecer la definición de los roles que el personal de enfermería puede adoptar en este tipo de situaciones, donde este rol se verá mediado tanto por el conocimiento de la persona que desarrolla los postulados científicos relativos a la enfermería y la aplicación de las teorías propias de la profesión, como por las habilidades y conocimiento proporcionados por ciencias afines, que generan una serie de herramientas para realizar intervenciones en situaciones clínicas y no clínicas de los pacientes. (Peplau, 1990)

#### ***3.4. Rol del profesional de enfermería***

Las labores propias del quehacer de enfermería son diversas según la población atendida y varían durante el periodo de atención de acuerdo con el estado, necesidad y características del cliente o la clienta, por lo tanto no se puede determinar un solo rol de los enfermeros y las enfermeras.

El usuario directo del personal profesional de enfermería en el Hospital Nacional de Niños son los niños y niñas con una alteración en el estado dinámico de salud, por lo cual las acciones de enfermería estarían dirigidas a mejorar la salud del usuario y la usuaria cumpliendo con un rol de recurso. (Peplau, 1990)

Al ocurrir la muerte inesperada en los niños o las niñas, el enfermero o enfermera enfrenta un cambio en sus labores, es necesario ayudar a la familia durante el proceso de

muerte, dolor y duelo. Con este cambio en las funciones, el usuario o la usuaria y las acciones del enfermero o enfermera se deben adaptar a nuevas necesidades de la salud.

Dentro del rol asesor se determina que *“las condiciones interpersonales de la situación a menudo pueden mejorarse de manera en que el paciente receptivo, deseará descubrir sus problemas y revelar sus dificultades, a sí mismo y a los demás, en vez de suprimirlos o distorsionarlos”* (Peplau, 1990)

Lo expuesto señala como una de las principales responsabilidades del profesional de enfermería, ayudar a la familia para comprender la forma en que se sienten ante la pérdida del niño o la niña, por eso el rol de enfermería se modificará a un rol asesor.

Este se describe por la autora, como aquel en el cual:

“Se ayuda a un paciente a cobrar conciencia de las condiciones necesarias para la salud, procurar estas condiciones cuando sea posible, ayudarle a identificar las amenazas para la salud y utilizar el acontecimiento interpersonal en desarrollo para facilitar el aprendizaje de alguno de los pasos que llevan a la consecución de objetivos” (Peplau, 1990).

Peplau (1990) explica que mientras el enfermero o enfermera ejerce una labor relacionada con el rol asesor es importante alcanzar una condición de relación interpersonal para poder descubrir y revelar las necesidades del usuario o la usuaria en lugar de suprimirlos o distorsionarlos.

Este rol se explica por Peplau como aquel que *“tiene que ver con la forma en que las enfermeras responden a las demandas que se les formulan”* (1990) por lo tanto, el

conocimiento de los enfermeros y las enfermeras respecto a la crisis, las relaciones terapéuticas; entre ellas la relación interpersonal de ayuda e intervención en crisis, es de vital importancia para el desarrollo de una intervención eficaz y oportuna con los familiares del niño o niña que fallece.

### **3.5. *Relación terapéutica***

Bautista (2015) desde la teoría de Hildegard Peplau contextualiza esta relación como: *“un encuentro terapéutico entre enfermero o enfermera - persona, guiado hacia un objetivo común”*, es decir, responde a una situación específica donde el profesional de enfermería brinda un acompañamiento a quien lo necesita para conseguir una meta específica, la cual se encuentra altamente relacionada con la definición de enfermería descrita por Peplau.

Citando a Stuart y Sundeen (1995) se explican una serie de elementos como cualidades personales, facilidad para la comunicación, capacidad para brindar respuestas, acciones realizadas, algunas dificultades terapéuticas y resultados terapéuticos que afectan, ya sea de forma positiva o negativa, la habilidad para desarrollar una relación terapéutica con un usuario o usuaria (Bautista, 2015).

Stickley es citado por Blan (2006) para explicar cómo el establecimiento de una relación terapéutica que resulte efectiva contribuye a reducir el tiempo de la recuperación; esto es posible mediante el aumento de la calidad en la comunicación que brinda la enfermera, pues logra que se disminuya la ansiedad y contribuye a una mayor satisfacción por parte de los clientes o clientas en cuanto a la atención de enfermería.

Desde el enfoque del cuidado profesional de enfermería descrito por Cibanal (2009) citado por Bautista (2015), la relación terapéutica debe darse desde un abordaje intersubjetivo, global y profundo, donde *“el enfermero o la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería”*, que se traduce en una implicación profesional y personal imposible de cuantificar.

Es decir, una relación terapéutica dada desde enfermería es una intervención que necesita tanto de conocimientos teóricos sobre la relación terapéutica, como de elementos claves del proceso de cuidado en enfermería, con la finalidad de satisfacer necesidades básicas mediante el acompañamiento y la ayuda.

Dentro de las relaciones terapéuticas se encuentra, la relación interpersonal de ayuda. Se constituye como una herramienta de trabajo de primera mano para enfermería, con el objetivo de guiar y orientar a los familiares de un niño o niña fallecida inesperadamente.

### **3.6. *Relación interpersonal de ayuda***

Tal como se señala con anterioridad, el conocimiento claro y conciso acerca de la relación interpersonal de ayuda es de vital importancia para ejercer un rol asesor por parte del profesional en enfermería.

Peplau define como relación interpersonal *“aquella en la que dos personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa”* (1990). Esto únicamente se puede lograr, a través de la creación de vínculos fuertes con los usuarios o las usuarias, sus familiares y el personal profesional de enfermería.

Dada esta definición, es fácil entender cómo la relación de ayuda está estructurada bajo el proceso interpersonal mencionado, donde se establece un vínculo *“entre un o una terapeuta y un o una cliente, mediante el uso de técnicas de comunicación terapéutica, con el propósito principal de que al interactuar los participantes (terapeuta-cliente) el primero pueda ayudar al segundo”* (Rodríguez, 2003).

Peplau señala que el proceso de relación interpersonal consta de cuatro etapas, no necesariamente independientes por completo una de la otra, se describen de la siguiente manera:

- La primera etapa de la relación interpersonal se denomina fase de orientación, y en ella el usuario o la usuaria presentan una necesidad y esta debe atenderse por un profesional de salud, en este caso un enfermero o enfermera. En el momento que se logra determinar dicha necesidad y comprender la dimensión del problema, se determina qué tipo de ayuda necesita, se incluyen los distintos roles que la enfermera o enfermero puede adoptar para el usuario. Peplau indica: *“La orientación es esencial para la plena participación e integración del suceso de la enfermedad en el flujo de las experiencias vitales del paciente”* (1990). Quiere decir que esta fase determina el éxito de la intervención con los usuarios y usuarias o los familiares, pues comprende ese vínculo inicial de confianza.
- La segunda etapa se denomina fase de identificación, según Peplau, en esta *“el paciente cree conocer lo que puede ofrecerle la situación, responde selectivamente a las personas que parecen brindarle la ayuda que necesita”* (1990). Es necesario comprender que no todas las personas pueden identificarse fácilmente con los demás individuos, con ese fin la enfermera o enfermero debe

utilizar variedad de estrategias para crear la vinculación necesaria que conlleve a la resolución del conflicto. En esta etapa el profesional de enfermería debe ser sensible a los sentimientos de las personas a su cargo, sin perder el rol de liderazgo que le asignan los pacientes y sus relaciones de identificación. Es durante ella que se inicia el proceso de aprendizaje para los usuarios y las usuarias, y se prefiere un aprendizaje constructivo. Es también cuando el paciente puede percibir los problemas principales de la situación, con sus propios esfuerzos y herramientas, y a la vez, generar respuestas a las situaciones prescindiendo del profesional en enfermería (Peplau 1990).

- La tercera fase denominada fase de explotación, Peplau la define como aquella en la cual el paciente *“intenta de diversas formas sacar todo el partido a la relación de acuerdo con su imagen de la situación. Van a ser explotados todos los diversos bienes y servicios existentes a su disposición”* (1990). Por lo tanto, explica cómo la persona usuaria obtiene todo el beneficio posible proveniente del profesional de enfermería a través de una relación interpersonal. En algunos casos existe una dificultad que presentan los pacientes entre el ser independientes o dependientes y sus sentimientos oscilan entre uno y otro para elegir la dirección que desean tomar (Peplau, 1990). De aquí la importancia de la guía y el papel del profesional para permitir el correcto desarrollo de las personas a su cargo.
- Por último, se encuentra la cuarta etapa denominada fase de resolución, implica *“la liberación gradual de la identificación con las personas que han proporcionado ayuda y la creación y fortalecimiento de la capacidad para*

*actuar por uno mismo*” (Peplau, 1990). Usualmente, lo anterior se produce cuando se alcanzan los objetivos planteados al principio y se deja de lado la relación terapéutica inicial entre la usuaria o el usuario y el profesional de enfermería. Se debe tener claro que no necesariamente el fin de un proceso médico o quirúrgico coincide con la etapa de resolución, en ocasiones, si no se atienden adecuadamente las necesidades de los y las usuarias, esta etapa se posterga más allá de la finalización de tratamiento o procedimientos médicos (Peplau, 1990).

Luego de conocer las postulaciones básicas del proceso de relación interpersonal de ayuda planteado por Peplau, es necesario identificar cuando una persona requiere algo más que una relación terapéutica, por ejemplo, si la persona en cuestión se encuentra en crisis.

### **3.7. Crisis**

El término *crisis* puede definirse de distintas formas, sin embargo, para efectos del trabajo se elige la conceptualización descrita por Slaiku (1988) y citada por Raffo (2005), refiriéndose a ella como *“un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”*.

Es decir, la crisis se caracteriza por un estado mental que no permite la sistematización de acciones para adaptarse a una situación específica que puede alterar la salud física,

psíquica y social de un individuo determinado. Se puede establecer que una persona está en crisis cuando se enfrenta a un problema específico y aunque usa una serie de estrategias que ya fueron de utilidad en el pasado, no se obtiene el mismo fruto, se provoca un aumento de ansiedad, lo cual dificulta que se pueda encontrar una solución efectiva, y ocasiona una desorganización emocional (Rodríguez, 2003).

Es importante señalar que no todo problema ocasiona una crisis, por lo tanto en la primer y segunda etapa de orientación e identificación de la relación interpersonal de ayuda se debe establecer si cumple con una serie de características que identifican la presencia de una crisis. Para lo cual, Rodríguez (2003) cita a una persona en crisis como:

- Una persona que presenta desorganización emocional.
- La estrategia previa para afrontar su estado de ansiedad no funciona, evidenciado por la desesperanza o la visión de túnel.
- Expresa verbal o no verbalmente la necesidad de recibir ayuda.

La definición y reconocimiento de una persona en crisis, va a ser trascendental para ejecutar la intervención en crisis, en los casos que competan, pues en muchos casos es suficiente con la relación interpersonal de ayuda. Si se determina que la persona se encuentra en crisis es importante desarrollar una acción de primeros auxilios psicológicos o intervención en crisis de primer orden, la cual se presenta a continuación.

### ***3.8. Intervención en crisis de primer orden***

Parte de las labores que cumplirá el enfermero o la enfermera con la familia de los niños o niñas fallecidas de forma inesperada, en su rol asesor mediante la relación

interpersonal de ayuda, es el desarrollo de la intervención en crisis, en especial si en la etapa de identificación se logra reconocer que la persona presenta una crisis, o corre riesgo de suicidio, por ello conocer sus elementos básicos se convierte en una responsabilidad del quehacer de enfermería.

Para comprender con mayor claridad este proceso, es necesario en primera instancia conceptualizar *-crisis-*, se define en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como el *“Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o situación, o en la manera en que estos son percibidos”*

Después de conocer la definición de crisis, se cita a Sullivan (2000) en su libro: *Personas en Crisis: Intervenciones Terapéuticas*, donde define la intervención en crisis de primer orden como *“la respuesta inmediata de las necesidades humanas”* con el fin de minimizar las consecuencias psicológicas de un evento crítico, a lo cual también se le puede llamar primeros auxilios psicológicos.

Ante la importancia de los primeros auxilios psicológicos la autora señala diferentes características propias de la intervención. En este caso es importante conocer las características esenciales de la comunicación durante el desarrollo de la intervención, esto permite el mejoramiento del auxilio de las personas en crisis.

Rodríguez (2003) estipula tres objetivos básicos de la intervención en crisis con base en el porcentaje de apoyo por medio de la escucha activa y en un espacio de comunicación enfocado en la persona, en el descenso de la mortalidad por suicidio o lesiones físicas y proveer un enlace adecuado para la referencia apropiada.

Para cumplir dichos objetivos, Raffo (2005) cita a Slaiku (1988) con respecto de los cinco componentes que se desarrollan en la intervención en crisis, y los cuales forman una pieza clave del producto de esta investigación. Dichos componentes son:

- La realización del contacto psicológico.
- El análisis de las dimensiones del problema.
- El sondeo de las posibles soluciones ante el problema.
- El apoyo para tomar una acción concreta para la solución del problema.
- Y el registro y la evaluación del progreso.

Dados estos componentes es importante reconocer dos elementos básicos en la intervención en crisis como lo son la comunicación terapéutica y la escucha activa.

### 3.8.1. Comunicación terapéutica

La autora recalca la importancia de la comunicación en medio del proceso de ayuda psicológica y establece una serie de reglas básicas respecto de la comunicación: una persona “no puede NO comunicarse”, por cuanto, se visualiza la comunicación humana como un fenómeno de múltiples niveles de acuerdo con el contexto de la situación y que en la comunicación del mensaje enviado no es, necesariamente, el mensaje recibido.

En referencia a la regla de la comunicación señalada, Sullivan (2000) explica la función primaria de quien realiza los primeros auxilios psicológicos, la cual consiste en “*comprender la visión del mundo de la persona en crisis y tratar de comunicarse con ella con dicho enfoque*”. Ante esta función, quien se

desempeña como persona rescatadora en medio de la crisis puede encontrar una discrepancia entre la realidad actual de la persona en crisis y la realidad personal del terapeuta, lo cual produce dos opciones de acción: cambiar las condiciones de la realidad de la persona o tratar de cambiar la visión del mundo de la persona en crisis (Sullivan, 2000).

El establecimiento de la relación entre el terapeuta o la terapeuta y la persona en crisis es un aspecto importante en la comunicación durante la intervención según lo descrito por Sullivan, en muchos casos se opta por la frialdad sin sentir la importancia que la persona en crisis esperase tenga, o el exceso de confianza y el uso de comunicación sumamente familiar con un desconocido, lo cual puede llegar a desconcertar al usuario.

Sullivan (2000) explica que el uso del nombre de la persona es muy importante en un proceso de intervención en crisis, sin embargo, es significativo conocer las preferencias con respecto de este, con el fin de evitar que el usuario entre en conflictos mayores según las experiencias relacionadas con su nombre.

Por último, en lo referente a la comunicación, la autora señala que es importante el establecimiento de límites con la persona en crisis y no permitir que sea la persona en crisis quien conduzca por completo la intervención.

### 3.8.2. Escucha activa

Toda ayuda brindada a una persona que así lo solicita requiere de atención y dedicación para lograr ser terapéutica. El fin de ésta es que la persona o cliente,

en su búsqueda de alcanzar la satisfacción de sus necesidades, obtenga ayuda por parte del enfermero o enfermera para mejorar su situación de salud.

Dentro de las distintas acciones por llevar a cabo para mejorar la situación o el problema que pasa una persona, una de las más importantes es la escucha del problema. La persona, en su concepción de mundo, requiere expresar el dolor o la problemática que vive en ese momento con el fin de sentirse mejor y tratar de ordenar ese compendio de emociones que siente.

Expresarse en voz alta es pacificante; la tensión se reduce a un nivel soportable; la angustia es sólo molestia que no oprime ni oscurece totalmente el horizonte de la esperanza, las proporciones “monstruosas” de los propios conflictos se hacen más realistas (Cian, 1994).

Permitir que una persona externe lo que siente en determinado momento de preocupación o ansias es fundamental en la labor de enfermería, pues es parte de los cuidados que estos y estas profesionales en salud deben brindar. Sin embargo, es importante conocer que no basta con oír lo que una persona manifiesta, sino, es necesario escuchar de forma atenta, sin presionar a la otra persona, brindándole tiempo y dedicación. Debe darse una verdadera escucha activa.

Hsu (2008) citado por Subiela *et al* (2014) considera que la escucha activa consiste en atender la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y para verbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que se tienen en cuenta sus opiniones.

Es decir, no basta con oír lo que una persona dice, sino que se tiene que escuchar de manera real y estar atento a todo el trasfondo del mensaje, ubicar al individuo en un contexto determinado que influirá en la forma en que vea el problema.

Cabe recalcar que este contexto personal de quien cuenta sus problemas a la persona que escucha es distinto al de ésta última, por lo tanto no siempre van a confluir en ideas y concepciones de las cosas, sin embargo, quien escucha debe librarse de prejuicios personales para acoger con serenidad aquello que se le cuenta.

A veces la escucha requiere acoger revelaciones profundas, “cosas que yo no he dicho jamás a nadie”, participar en un dolor, en una angustia que tiene orígenes lejanos, en hechos y situaciones que pueden sorprendernos. No hay que extrañarse ni dramatizar. Lo que es, es; basta (Cian, 1994).

Además, se debe tener en cuenta que lo expresado por la persona, se dice en un ambiente de confianza, de credulidad en el receptor, de entrega y liberación de emociones en donde se permite ser ella misma, por lo cual quien escucha debe actuar con la mayor prudencia y confidencialidad posible para que el diálogo ayude a aliviar la carga emocional, y no se vaya a convertir en un conflicto entre ambas personas.

La escucha activa requiere que el oyente se posicione en la situación que vive la persona para poder comprenderla, es decir, que quien escucha logre hacerlo de manera empática, y así se dé una idea más aproximada de cómo se siente el interlocutor en ese momento.

De acuerdo con Ortiz (2007), escuchar con empatía conlleva salir del propio yo para sumergirse en el otro. Posponer el yo no implica perderlo o renunciar a él. No significa pensar lo mismo que nuestro interlocutor, ni sentir como él siente. Se debe aceptar y respetar sus ideas y emociones, comprender e interesarse por sus problemas y puntos de vista.

Esta comprensión del concepto real de la escucha con empatía debe darse para evitar caer en un sentimentalismo exagerado para con la otra persona, pues esto no quiere decir que se escuche de la mejor manera. Es usual cometer este error cuando existe la pérdida de un ser querido de la otra persona, por lo tanto escuchar de forma activa y empática a quien sufre una pérdida reciente puede hacerse con serenidad y mansedumbre, para que ésta se sienta en completa libertad de expresar su dolor y sentirse apoyada.

Un suceso dramático y repentino como la pérdida de un ser querido puede desencadenar una crisis que requiera intervención oportuna, si la persona no cuenta con las herramientas adecuadas para enfrentar la situación y una de las herramientas más importantes en estos casos es la escucha activa, pues es una de las que permiten el primer paso de la intervención en crisis: el contacto psicológico. Esto es de gran utilidad en sucesos importante, tal como la pérdida de un ser querido.

### ***3.9. Pérdida de un ser querido***

El suceso de la pérdida permite conocer y valorar el posible impacto emocional acerca de la pérdida de un ser significativo. A continuación se presentan los tipos de pérdida

descritos por Martínez (2010) y cómo influyen al familiar afectado por la muerte de un niño o niña:

- *Pérdida repentina*: Son aquellas que suceden sin previo aviso y no se dispone de un tiempo previo para conocer lo que va a suceder, como lo son los infartos, la muerte inesperada, el derrame cerebral. La negación y rabia en relación con lo repentino de la muerte es una característica propia de este tipo de pérdida.
- *Pérdida violenta*: Suceden de igual forma que una pérdida repentina, pero se le suma la violencia. Ejemplo de estas pérdidas son los accidentes, los asesinatos y los suicidios. El tipo de muerte puede conllevar el deseo o la necesidad de no ver el cuerpo del fallecido, lo anterior podría crear falsas esperanzas en el futuro, al creer que pudieron haber equivocado el cuerpo o presumir falsas conjeturas con respecto de la muerte (sufrimiento, mutilación, heridas). Es importante el acompañamiento en todo momento mientras se da la noticia y se observa el cuerpo del occiso.
- *Pérdida contra natura*: Se dan al perder a una persona joven o un niño o niña. Entre más joven sea la persona, más se vivencia la pérdida por el sentido de injusticia que se le atribuye al incumplimiento de la norma: “Los hijos sobreviven a los padres”. En este tipo de pérdida las manifestaciones emocionales son muy intensas, plagadas de culpabilidad, de rabia y de dolor.

Para comprender la afectación que este tipo de pérdida puede provocar en las personas, es necesario conocer y comprender el significado que dichas personas le dan a la muerte. A partir de esto se pueden decidir las herramientas por utilizar para ayudar a los

familiares a afrontar la pérdida del ser querido; en el caso del presente proyecto, la muerte inesperada de un niño o niña.

### **3.10. Muerte**

El concepto de muerte como tal, suele abarcar múltiples esferas de la persona, dentro de ellas incluye la biológica, la psicológica, la emocional, entre otras. Por tanto definir la muerte en sí, varía enérgicamente acorde con el pensamiento de cada persona, así como con otros factores influyentes como la cultura, la religión, el sexo, la nacionalidad, entre muchos otros aspectos.

Según Calle (2011): *“La muerte es la separación no sólo de nuestro cuerpo, sino de nuestras ideas y juicios, de nuestro ego y personalidad, y de todo aquello que nos divierte, entretiene, anima y fascina”*.

Si bien la muerte como tal puede entenderse de distintas maneras, es importante resaltar que en este contexto, se pretende trabajar únicamente con población infantil que sufre de muerte inesperada, pues por criterios de inclusión, dicha población es afín al estudio en proceso.

#### **3.10.1. Muerte inesperada**

Anteriormente se mencionan las múltiples connotaciones que puede tener el término muerte en la vida de las personas, para cada uno adquiere un significado distinto. Sin embargo, es posible definir algunos tipos de muerte, para esclarecer con mayor facilidad el propósito de la investigación, así como delimitar la población en estudio.

En este caso en particular se pretende trabajar con niños y niñas que sufren un proceso de muerte inesperada, la cual se define como aquella que ocurre de manera inesperada dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas o si se produce en ausencia de testigos cuando el fallecido ha sido visto en buenas condiciones menos de 24 horas antes de hallarlo muerto (Bayés de Luna, 2012).

Este tipo de muerte, al suceder de manera tan repentina e inesperada, suele dejar un enorme vacío en los familiares y allegados del difunto, tal vez mayor que aquel que siente una persona que pierde a un ser querido con conocimiento previo de su muerte. Por esto, se debe brindar un acompañamiento adecuado y con conocimiento durante este proceso de duelo inmediato, para aliviar lo mayor posible el dolor de los afectados y las afectadas por la muerte del niño o la niña.

Todo proceso de muerte o pérdida conlleva un proceso de duelo. Es preciso conocer las etapas y manifestaciones que se generan durante él, para acompañar a los dolientes según las necesidades que se evidencien.

### ***3.11. Etapas del duelo del modelo Kübler-Ross***

Con respecto del duelo y sus etapas, Elizabeth Kübler-Ross, médico psiquiatra y voz crítica de la muerte digna, desarrolla una serie de fases que competen al proceso del duelo.

Es también llamado el Método Kübler-Ross. Desglosa cinco etapas por las cuales el ser humano atraviesa cuando se enteran de un pronóstico de salud irremediable y con el

paso del tiempo, se convierte en un grupo de fases común a los grandes cambios, entre ellos, el duelo (Cuadrado, 2010).

Kübler-Ross (1969) citada por Cuadrado (2010) señala, la importancia de estas etapas como parte de un instrumento para enmarcar y dotar de significados los sentimientos, percepciones y cogniciones vividas durante el duelo, sin embargo, como se menciona, no se cumple estrictamente en todos los seres humanos, además de variar en duración, intensidad y facilidad para solucionarlas.

Cuadrado (2010) cita a Kübler-Ross (1969) con respecto de las siguientes etapas del duelo:

- *Negación*: Se define por tener como característica principal la manifestación de la irrealidad con dosis de alivio e insensibilidad.
- *Ira*: Este proceso emocional se expresa con rabia, culpabilidad y búsqueda desesperada, con las características mencionadas de estas manifestaciones.
- *Negociación*: Esta etapa se acompaña de culpabilidad y una búsqueda desesperada. Se insiste en los deseos de cambiar lo ya hecho y mejorar las acciones anteriormente realizadas.
- *Depresión*: Este proceso se caracteriza por la manifestación del dolor, la tristeza y la soledad, e inclusive puede llegar al punto de alcanzar los deseos de morir. Durante esta fase las relaciones personales se ven perjudicadas y el apoyo social es un factor protector de vital importancia para superar la fase.

- *Aceptación o rechazo:* La aceptación se caracteriza por una mejora del estado de ánimo y con menores efectos secundarios. El rechazo implica el paso por etapas anteriores y un aumento en la susceptibilidad emocional.

Es importante recalcar con respecto de este modelo, que sus fases no son lineales, además no se pasa por ellas una sola vez, puede haber retrocesos en varias etapas o iniciar directamente en la depresión o la aceptación.

Es importante recordar, que para ejecutar las intervenciones y acciones de enfermería, esta disciplina cuenta con una herramienta propia que justifica el quehacer de manera metodológica y científica denominado Proceso de Atención de Enfermería y debe utilizarse siempre que se desee realizar un trabajo con algún usuario. Esta herramienta orienta el accionar de enfermería y lo dirige para la consecución exitosa de los objetivos planteados.

### ***3.12. Proceso de atención de enfermería***

El Proceso de Atención de Enfermería es: *un método sistematizado y racional basado en el método científico, que permite a la enfermera(o) proporcionar cuidados integrales al paciente* (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011). Es decir, es la herramienta que a través de la observación, el análisis de la información obtenida y en confrontación con los conocimientos teóricos y prácticos, permite dar una respuesta a las necesidades de las personas a nuestro cargo, todo con el fin de proporcionar cuidados integrales al usuario o usuaria y su familia.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas; valoración, formulación de diagnósticos enfermeros, planificación de la intervención, ejecución de dicha intervención y evaluación del trabajo. Es a través de ellas que se podrá implementar esta guía de abordaje.

### Etapa I: Valoración.

La primera etapa es la Valoración, constituye “*un proceso organizado y sistematizado de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente y/o familia, con la finalidad de encontrar información relevante que conduzca a la identificación de problemas y/o riesgos*” (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011). Es precisamente en esta etapa donde se determina el éxito de la intervención. Si se realiza una correcta valoración de las necesidades de las personas o familiares del infante fallecido, se puede realizar una ayuda exitosa.

Para esta etapa existen dos pasos muy importantes que se deben realizar y consisten en:

#### *Ilustración 1. Pasos para la etapa de valoración*



Fuente: Elaboración propia.

### Etapa II: Diagnóstico.

La segunda etapa consiste en la formulación del diagnóstico de enfermería. El diagnóstico se conforma por un problema detectado y la respuesta humana en la persona en particular (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011). En este caso, todos los

diagnósticos deben estar relacionados con las circunstancias adscritas a la muerte de un niño o niña, y sus consecuentes factores relacionados según corresponda, en este caso, el afrontamiento ineficaz es el recomendado.

### Etapa III: Planeamiento.

Una vez determinados los diagnósticos propios de la profesión enfermera, se debe planear acciones claras, concisas y se utilizan según el juicio crítico del profesional que utilice esta guía. La siguiente etapa es propiamente el planeamiento de la intervención de enfermería que constituye según la Universidad de la Ciencias y Humanidades (2011):

"El desarrollo de estrategias establecidas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, este proceso implica la toma de decisiones, el desarrollo de la capacidad para solucionar problemas y el conocimiento o fundamento teórico de acciones y cuidados de enfermería".

Es decir, en esta etapa se ponen en práctica todos los conocimientos propios de esta disciplina, para satisfacer las necesidades detectadas durante la etapa de valoración. Es en esta etapa donde se deben tomar en consideraciones las estrategias y recomendaciones planteadas en esta guía.

### Etapa IV: Ejecución.

La cuarta etapa del Proceso de Atención de Enfermería es la intervención de enfermería, es decir, la ejecución de todas las actividades e intervenciones planeadas. Se define

como: “*el conjunto de acciones propiamente dichas efectuadas por la enfermera*” (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011).

Además, es fundamental recordar que una intervención de enfermería no solo se basa en actividades y procedimientos, sino que también se deben desarrollar elementos humanísticos integrales. Para la ejecución del Proceso de Atención de Enfermería, el profesional debe mantener actualizados sus conocimientos y habilidades (cognitivas, interpersonales y técnicas), para llevar a cabo las intervenciones con seguridad y efectividad (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011). Esto justifica la importancia de esta guía para el manejo adecuado del duelo de los familiares al fallecer los usuarios o usuarias que se tienen a cargo.

#### Etapa V: Evaluación

La quinta y última etapa del proceso es la evaluación: es *una acción continua y formal presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería, las conclusiones extraídas de la misma determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería* (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011).

Es en esta etapa se puede observar si la intervención causa el efecto que se espera en la persona usuaria, es decir, si se tiene éxito. Esto permite modificar, eliminar o crear nuevos diagnósticos para resolver las situaciones nuevas que se presenten. Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso enfermero, realmente debe realizarse a lo largo de todo el proceso, para ir verificando cada paso.

El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta indispensable para la ejecución de la labor de los y las profesionales en enfermería, pero además, debe complementarse con una actualización constante (educación continua) de técnicas, protocolos, procedimientos y conocimientos, referente a todo lo que compete la rama de enfermería. De este modo se logra un cuidado integral y holístico de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

### **3.13. Educación Continua**

La educación continua es definida por Puntunet y Domínguez como *“un proceso de formación y/o actualización en conocimientos y habilidades al que las personas se someten con el propósito de mejorar su desempeño profesional”* (2008). Es decir, que primeramente es voluntario, por lo tanto depende de cada persona el continuar o refrescar su preparación profesional; pero también se relaciona con las necesidades que él o la profesional considere que necesite actualizar.

Se observa en diversos estudios, que los beneficios que se pueden obtener con una actualización constante de los conocimientos y nuevas tecnologías en la profesión de enfermería, no solo se orientan en el profesional, además, benefician el ambiente laboral, reducen los riesgos de accidentes laborales, aumentan la productividad y sobre todo, mejoran los resultados de las intervenciones con los y las usuarias (Puntunet, 2008).

Se proponen diferentes técnicas para el desarrollo de las capacitaciones y la formación continua. Esto depende de las necesidades de la población, el tema por desarrollar, la creatividad del facilitador y las herramientas con que se cuente para el desarrollo de las temáticas. Los autores mencionan una lista de estrategias que se pueden utilizar, por

ejemplo: desarrollo de proyectos educativos, programas de inducción al puesto, programas de introducción y actualización en el servicio, vinculación de la educación universitaria y hospitalaria y aplicación de guías clínicas (Puntunet, 2008). Por lo tanto se evidencia cómo el uso e implementación de guías clínicas es no solo un insumo para el profesional, sino una estrategia didáctica muy efectiva.

## **4. CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO**

### ***4.1. Datos del proyecto***

El presente documento se realiza mediante dos etapas de trabajo: la investigación diagnóstica y la elaboración de la guía de abordaje como producto del proyecto. Al igual que todo trabajo investigativo con validez científica, el proceso de trabajo del proyecto cuenta con una metodología que explica las diferentes características inherentes a la investigación.

### ***4.2. Tipo de estudio***

Esta investigación en su etapa diagnóstica, es de tipo cualitativo, Hernández (2010) lo define como el método que utiliza la recolección y análisis de datos sin medición numérica para responder las preguntas de investigación. El objetivo principal de esta metodología, según el autor, es conocer la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos y situaciones que los rodean, y así poder profundizar en sus experiencias, perspectivas y opiniones.

Además es importante señalar que la investigación se realiza en un formato descriptivo, busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

#### **4.3. *Diseño***

Como se menciona, el proyecto se diseña en dos fases de trabajo, la primera fase (momento diagnóstico), es realizada bajo un enfoque fenomenológico, pues le presta atención a la realidad actual (Báez, 2009), con el objetivo de analizar los valores o ritos de un determinado grupo social (Hernández, 2010). En este caso el fenómeno por estudiar es el acompañamiento de los profesionales en enfermería a los familiares, en caso de muerte inesperada en los servicios de hospitalizados de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños, de marzo a setiembre, 2015.

#### **4.4. *Lugar***

La presente investigación se realiza en los servicios de Medicinas, Cirugías, Cuidado Intensivo y Emergencias Médicas y Quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños, Dr.

Carlos Sáenz Herrera. Dicho Hospital se funda el 24 de mayo de 1964 bajo el mandato del Presidente de la República Francisco J. Orlich. Se ubica en Paseo Colón, provincia de San José. Cuenta con 313 camas, entre los servicios de Medicina 1, 2, 3, 4 y 5; Neonatología, Unidad de Trasplantes, Cuidados Intensivos, Infectología, Endocrinología, y Cirugía 2, 3 y 4. Además del Servicio de Emergencias. (HNN, 2014).

Se trabaja en los servicios de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños. Estos se eligen por conveniencia, debido a que son servicios donde los enfermeros o enfermeras no reciben capacitación en cuanto a acompañamiento de la familia, en el proceso de muerte inesperada.

#### **4.5. Población y muestra**

De acuerdo con Selltiz *et al.* (1980) citado por Hernández, Fernández y Batista (2006) una población se define como: "*Un conjunto de todos los casos que coinciden con una serie de especificaciones*". Se toma esta definición como punto de partida y de inmediato se explica la población utilizada en el estudio.

El departamento de Enfermería del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera cuenta con un total de 240 profesionales en enfermería, quienes laboran brindando cuidado directo, además de supervisoras, jefes de área y jefaturas.

Para desarrollar la investigación se procede a elegir un grupo de profesionales de enfermería; la muestra seleccionada comprende a profesionales que laboran en los servicios de Medicinas, Cirugías, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas; y cumplen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

De acuerdo con Hernández (2010) la muestra *"es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etcétera, sobre el cual se habrá de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia"*

Al utilizar como método de estudio la investigación cualitativa es posible obtener esta representación por conveniencia, *"las muestras dirigidas suponen un procedimiento de selección informal y un arbitrario. Aún estas se utilizan en muchas investigaciones y a partir de ellas se hacen inferencias sobre la población"* (Hernández, 2010).

De acuerdo con las características de la investigación se selecciona a dieciocho profesionales de enfermería de los servicios citados con anterioridad. Estos consistieron en 2 enfermeros y 16 enfermeras, con edades entre los 25 y los 50 años y con una experiencia de laborar en dicho centro médico de entre 4 a 32 años. Estos cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### *Criterios de inclusión*

- Laborar en el Hospital Nacional de niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, en los servicios de Medicina, Cirugía, Emergencias y Cuidados Intensivos.
- Acreedores de un título universitario de Licenciatura en Enfermería y que se encuentren ocupando el cargo de Enfermera 1 o superior.

### *Criterios de exclusión*

- No contar con experiencias relacionadas con la muerte inesperada de un niño o niña.
- No estar contratada como enfermera profesional en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera en los servicios de hospitalizados mencionados.
- Encontrarse laborando en alguno de los servicios mencionado por rotación breve, ya sea por sustitución o vacaciones del enfermero o enfermera nombrado.

#### **4.6. Consideraciones éticas**

Al efectuar esta investigación se toma en cuenta las consideraciones éticas, presentes en la Declaración Universal sobre bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005):

- Se respeta los derechos humanos y la dignidad de los profesionales de enfermería y entre ellos su libertad, así como se le da prioridad al bienestar de los profesionales por encima de la investigación.
- Los participantes tienen acceso al consentimiento informado donde se explica cuál es el propósito de la investigación, los riesgos de la investigación, los riesgos de participar, entre otros. De igual forma poseen la libertad de negarse a participar o retirarse en cualquier momento de la investigación, si así lo decidieran.
- Por encima de los conocimientos que se pretende obtener, se respeta y protege la integridad de los y las participantes como seres humanos de derecho.

- Los profesionales de enfermería se notifican de que la información brindada es confidencial, y para uso exclusivo de la investigación descrita y por los estudiantes participantes únicamente.
- Por ningún motivo se realizan actos de discriminación o pensamientos con estigmatizaciones hacia los y las participantes del proyecto.
- Se les indica a las y los profesionales participantes que dicho trabajo y las aplicaciones que generen van a ser para el beneficio no sólo personal de los estudiantes de enfermería, sino también, para los profesionales de la disciplina y de otras, si así lo requieren.

#### **4.7. *Diseño metodológico***

Según el reglamento de Trabajos Finales de Graduación, proyecto se define como: *“una actividad teórico-práctica dirigida al diagnóstico de un problema, su análisis y a la determinación de los medios válidos para resolverlo.”* (Gaceta Universitaria de la Universidad de Costa Rica, 2003)

Por otra parte, Rosales (2012) brinda otra definición de proyecto:

“Una tarea innovadora que engendra la decisión sobre el uso de recursos con el fin de alcanzar unos objetivos específicos, dirigidos a solucionar problemas, mejorar una situación o satisfacer una necesidad y, de esta manera, contribuir al desarrollo de una institución, una empresa, una organización, una región o un país”

Este proyecto además tiene un enfoque social, los autores Cohen y Martínez (2004) lo definen como *“la unidad mínima de asignación de recursos, que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades pretende transformar una parcela de la realidad, disminuyendo o eliminando un déficit, o solucionando un problema”*

Además mencionan condiciones que deben cumplir los proyectos sociales como: definir el problema social que se persigue resolver, tener objetivos de impacto claramente definidos, identificar a la población objetivo a la cual se destina el proyecto, especificar la localización espacial de los beneficiarios y establecer una fecha de comienzo y otra de finalización.

Según los autores (Cohen y Martínez, 2004):

“Los proyectos sociales producen y/o distribuyen bienes o servicios, para satisfacer las necesidades de aquellos grupos que no poseen recursos para solventarlas autónomamente, con una caracterización y localización espacio-temporal precisa y acotada. Sus productos se entregan en forma gratuita o a un precio subsidiado”.

Al utilizar como referencia estas definiciones se decide abordar el tema en la modalidad de proyecto, específicamente proyecto social. Debido a que la iniciativa responde a una necesidad observada y posterior a un proceso de análisis e investigación rigurosa, se efectúa una guía que ayuda a los profesionales en enfermería a resolver esa necesidad.

Para lograr los objetivos, los proyectos de investigación, deben seguir una serie de pasos que permiten un proceso ordenado del estudio, por lo tanto es necesario conocer el ciclo de vida que da pie al sistema dinámico del proyecto.

#### *4.7.1. Fase de preinversión*

Se conoce también como la fase de planificación, en ella se realiza una serie de estudios para la elaboración del documento preliminar. Es este el momento como lo señala Aguirre (2009) en que se definen las bases del proyecto y se realizan los estudios necesarios para determinar la factibilidad y viabilidad del proyecto. Estas acciones provocan el asentamiento de las bases para iniciar con las decisiones necesarias para la formulación del documento.

La autora Aguirre menciona como parte de las acciones primordiales de esta etapa la revisión bibliográfica, la coordinación y las visitas, además que esta fase requiere *"insumos sometidos a procesos, los cuales darán un producto"* (2009, p26).

La presente investigación cuenta con factibilidad y viabilidad política e institucional debido a que se tiene el respaldo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, y los permisos correspondientes de la Licenciada Yadira Umaña Torres directora de Enfermería del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. También cuenta con factibilidad de recurso humano, económico y temporal. Esto justificado mediante la disposición de trabajo y tiempo de los estudiantes Sofia Natalia Moya Solano, Ana Sofia Vargas Quesada

y Marco Antonio Vargas Rodríguez. Además el trabajo se financia por los estudiantes en mención.

La revisión de la bibliografía en esta fase, responde a la necesidad de obtener referencias teóricas y conceptuales que sustenten el actuar de enfermería en casos de muerte inesperada. Para obtener estas referencias se utiliza bibliografía tanto internacional como nacional, con su debida validez científica.

Para establecer el proceso mediante el cual se desarrolla el siguiente proyecto, se presenta un cronograma de trabajo establecido por trimestres, se proyecta desde julio del 2014; fecha en la que se inicia la elaboración del ante-proyecto, hasta diciembre del 2015; fecha establecida por los estudiantes para finalizar las diferentes etapas del proyecto.

*Cuadro 1. Cronograma de actividades trimestral*

Trimestre	Meses	Año	Actividad	Responsables
-----------	-------	-----	-----------	--------------

<b>III trimestre</b>	Julio – setiembre	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de ante proyecto</li> <li>- Autorización de jefaturas hospitalarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora de Enfermería, Licenciada Yadira Umaña.</li> </ul> </li> <li>- Selección de comité asesor del Trabajo Final de Graduación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora: M.Sc. Rocío Barrientos Monge.</li> <li>• Lectora 1: M.Sc. Karol Blanco Rojas</li> <li>• Lectora 2: Ernestina Aguirre Vidaurre.</li> </ul> </li> </ul>	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas
<b>IV trimestre</b>	Octubre - diciembre	2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprobación del proyecto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Trabajos Finales de Graduación. Escuela de Enfermería. UCR</li> </ul> </li> </ul>	Comité de Trabajos Finales de Graduación.
<b>I trimestre</b>	Enero - marzo	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrección de ante proyecto</li> <li>- Elaboración del presupuesto</li> <li>- Elaboración del cronograma</li> </ul>	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas
<b>II trimestre</b>	Abril- junio	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Búsqueda de documentos existentes sobre el acompañamiento a los familiares en duelo dentro del Hospital Nacional de Niños</li> <li>- Elaboración de la entrevista</li> <li>- Validación de la entrevista <ul style="list-style-type: none"> <li>• M.Sc. Rebeca Gómez</li> <li>• Dra. Ana Leticia Rodríguez</li> <li>• M.Sc. Daniel Martínez</li> </ul> </li> </ul>	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas
<b>III trimestre</b>	Julio - septiembre	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de las entrevistas en el Hospital Nacional de Niños <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicina 1, 4 y 5</li> <li>• Cirugía 2 y 3</li> <li>• Cuidados Intensivos</li> <li>• Emergencias Médicas y Quirúrgicas</li> </ul> </li> <li>- Análisis de las entrevistas</li> <li>- Elaboración de la Guía Clínica</li> </ul>	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas
<b>IV trimestre</b>	Octubre- diciembre	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración de la guía clínica</li> <li>- Finalización del proyecto</li> </ul>	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.7.2. Fase de promoción negociación y financiamiento

De acuerdo con esta fase y la autora Aguirre (2009) *“todo proyecto independientemente de su naturaleza u objetivo debe de pasar por esta etapa”*,

consiste en una negociación de recursos, que pueden ir desde lo económico, lo material o lo humano, con el fin de garantizar su reconocimiento y conseguir apoyo para realizarlo.

Con respecto de la promoción y negociación, se utilizan estrategias que permiten el aval y apoyo de diferentes jefaturas del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera y del personal de la Universidad de Costa Rica. Para esto se realiza una visita a dicho centro de salud y se conversa con la Directora de Enfermería de dicha institución, la Licenciada Yadira Umaña Torres a quien se le orienta acerca de los objetivos, metodología y beneficios que se obtendrían del trabajo, para la institución y para el profesional de enfermería en general; con el fin de solicitar su apoyo y autorización para ejecutar el proyecto. La Licenciada Yadira Umaña Torres brinda su autorización y aval para la ejecución del proyecto debido a la idea innovadora que representa y los beneficios por obtener.

Los costos de las fases de inversión y de operación y funcionamiento se incluyen en el presupuesto del proyecto por medio de una lista de insumos necesarios para las diferentes fases. Y así, cuantificar los costos.

A continuación se presenta el presupuesto que contempla los costos necesarios para la creación de la guía.

*Cuadro 2. Presupuesto trimestral*

	<b>Gastos</b>				
<b>Transporte</b>	<i>Papelería</i>	<i>Alimentación</i>	<i>Transporte</i>	<i>Libros</i>	<i>Total</i>

<i>III trimestre, 2014</i>	-	-	-	30.000	30.000
<i>IV trimestre, 2014</i>	4.000	6.000	15.000	-	25.000
<i>I trimestre, 2015</i>	-	-	-	-	0
<i>II trimestre, 2015</i>	6.000	6.000	15.000	-	27.000
<i>III trimestre, 2015</i>	-	-	-	-	0
<i>IV trimestre, 2015</i>	25.000	6.000	15.000	-	46.000
					<b>128.000</b>

Fuente Elaboración propia. Las cifras se cuantifican en colones.

#### *4.7.3. Fase de inversión y ejecución*

El producto de esta fase consiste en finalizar el proyecto para iniciar su funcionamiento, esto según lo descrito por Aguirre (2009). La autora señala como característica principal de la etapa la materialización de las ideas y planteamientos. Esta fase queda para desarrollarse posteriormente por la organización.

#### *4.7.4. Fase de operalización*

Aguirre (2009) define esta etapa como el punto más alto de los proyectos, pues se pueden concretar los beneficios de la ejecución del proyecto mediante la puesta en marcha de las propuestas realizadas. En el caso del presente proyecto se pudieron enumerar algunos beneficios que se obtienen de él: el refrescamiento de la información acerca del manejo del duelo para el personal de enfermería, la mejora del acompañamiento de familiares que deben lidiar con una muerte

inesperada y brindar un serie de herramientas al profesional para desenvolverse con buenos resultados en los procesos de muerte inesperada de sus usuarios.

#### *4.7.5. Fase de evaluación*

En esta fase según describe Rosales (1999) citado por Aguirre, existen cuatro momentos en los que la evaluación del proyecto es necesaria. Estos momentos son la formulación del proyecto cuando se comparan varias alternativas, el agente financiador, la ejecución del proyecto para verificar y la etapa de funcionamiento (2009).

Para realizar la evaluación es necesario contar con tres procesos citados por Aguirre (2009). En el caso de la investigación presente, el proceso ex-ante y durante, forman parte del procedimiento, pues se determinan mediante ellos la viabilidad, factibilidad y utilidad del proyecto, así como la búsqueda de dificultades para corregirlas. El proceso ex-post de la evaluación no se efectúa, por cuanto la ejecución del proyecto no se realiza.

##### 4.7.5.1. Fase ex –ante

Durante dicha fase se materializa la búsqueda de documentos relacionados con el tema, dividido en antecedentes, temas referenciales y fases metodológicas para el desarrollo del proyecto.

En el momento de búsqueda de antecedentes se visualiza la ausencia de proyectos similares al presentado, sin embargo se encuentra tanto a nivel internacional como nacional, algunos trabajos finales de graduación, monografías y artículos que se relacionan de alguna forma con el tema actual.

Las publicaciones encontradas a nivel internacional en la búsqueda de antecedentes son: *-Develando el significado del proceso de duelo en enfermería pediátrica que afrontaron el duelo de la muerte de niños y niñas con cáncer-* (Vega, 2013) *-El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos-* (Boó, 2013) *-Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y duelo-* (Castanedo, 2010).

Además a nivel nacional se visualizan tres documentos relacionados de forma indirecta con la guía de abordaje que se desarrolla en este proyecto. Estas publicaciones son: *-Validación de un programa de acompañamiento en el proceso de duelo: una experiencia en trabajadores y trabajadoras que han perdido a un ser querido. El caso del Instituto Costarricense de Electricidad-* (Araya, 2013) *-Capacitación del personal de enfermería y medicina en la intervención en crisis por pérdida y duelo-*(Artiaga, 2005) *-Programa educativo de enfermería para capacitar al personal docente en el abordaje del proceso de duelo en el Instituto Julio Acosta-* (López, 2010)

Secundario a la búsqueda de antecedentes, es necesario revisar la bibliografía sobre temas referenciales que den cuerpo y fuerza al contenido del proyecto. Para fundamentar el trabajo, como primer punto se busca el concepto de salud: enmarca el trabajo en un ámbito multidimensional de dicho concepto, y se relaciona de forma directa con la teorizante de enfermería Hildegard Peplau: Relaciones interpersonales.

Por otra parte, temas como: Roles de enfermería, intervención en crisis, dolor y proceso de duelo, pérdida de un ser querido, relación con la persona

perdida, experiencias previas de muerte, apoyo social recibido ante la muerte, manifestaciones de duelo, etapas de duelo y duelo patológico.

Durante esta fase se definen también aspectos metodológicos como un tipo de investigación cualitativa, que utiliza la entrevista a profundidad como herramienta para la recolección de datos y se definen fechas en un cronograma establecido para el cumplimiento de metas.

Es en este periodo donde también se establece el Hospital Nacional de Niños como organización en la que se desarrolla el proyecto, específicamente en las áreas de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Cuidados Intensivos y Emergencias Médicas y Quirúrgicas. La población seleccionada es de dieciocho enfermeras que laboraran en las áreas mencionadas y además cumplieran los requisitos de inclusión descritos en la metodología.

Al concluir totalmente los datos mencionados se inicia la fase durante, descrita a continuación.

#### 4.7.5.2. Fase durante

La fase durante se realiza específicamente cumpliendo elementos de creación de la entrevista, realización de ellas en el Hospital Nacional de Niños, búsqueda de documentos utilizados en dicho centro hospitalario para brindar a sus empleados capacitaciones, el análisis de esos documentos, el análisis de las entrevistas y el desarrollo de la guía de abordaje.

En este proceso también se define la importancia de agregar al marco conceptual temas como la comunicación terapéutica, escucha activa, relación terapéutica, crisis y la definición de familia, con la finalidad de brindar más elementos teóricos para el análisis de las entrevistas.

#### 4.7.5.3. Fase ex –post

Esta fase no se evalúa debido a que, según se menciona, la ejecución de la guía no cumple con los objetivos del presente trabajo.

### **4.8. *Métodos y técnicas***

Para determinar las necesidades del personal de enfermería con respecto del acompañamiento de los familiares en caso de muerte inesperada, se aplica una entrevista a profundidad para obtener la información necesaria.

#### *4.8.1. Entrevista semiestructurada*

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se obtiene la información mediante una entrevista semiestructurada. Según Hernández *et al* (2010) "*se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información sobre los temas deseados*"

Dicha entrevista es validada por profesionales en enfermería, en el área de salud mental, quienes verifican que el planteamiento de las preguntas sea claro y afín con los objetivos planteados para la presente investigación. Además se cuenta con la ayuda de un profesional en filología para verificar el correcto uso del lenguaje y el formato de planteamiento de las preguntas. Posteriormente y antes de aplicarla a la muestra del estudio, se les aplica a otros profesionales en enfermería para validarla y verificar que toda definición y pregunta sea clara, y así, minimizar los errores en la investigación.

#### 4.8.2. Fuentes de información

La recolección de la información es esencial para el progreso de la investigación, por tanto se lleva a cabo mediante fuentes de tipo primario obtenidas directamente de las personas que cumplen los criterios de inclusión, se utilizan las técnicas mencionadas.

#### 4.8.3. Análisis de datos

A partir de la información obtenida se efectúa un análisis interpretativo mediante una triangulación de datos. Hernández *et al* (2010) lo definen como "*el uso de diferentes fuentes y métodos de recolección*" de manera que se logre unir los fundamentos teóricos con las observaciones y las respuestas obtenidas en las entrevistas, para así realizar el análisis que responda a la investigación.

### 4.9. Unidad de análisis

Para la consecución de los objetivos se crea un cuadro especificando las posibles interrogantes del instrumento, la cuales se derivan de los resultados de las entrevistas realizadas a los 18 enfermeros y enfermeras que laboran en los servicios de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 4, Emergencias Médicas y Quirúrgicas y la Unidad de Cuidados Intensivos. Las unidades propuestas son elementos claves en el análisis de los resultados presentados en el sexto capítulo de este documento.

*Cuadro 3. Categorización de variables*

Unidad de	Categoría	Definición	Codificación
-----------	-----------	------------	--------------

análisis			
<i>Experiencia</i>	Preparación	Sentimiento de seguridad en sus conocimientos para poder abordar con efectividad a los familiares que han sufrido la muerte de un niño o una niña.	Rosado
	Barreras emocionales	Sentimientos o experiencias que limitan la interacción entre el enfermero o la enfermera y la familia del niño o la niña que ha muerto.	
	Trabajo interdisciplinar	Acción multidisciplinar de la práctica clínica en el momento de brindar acompañamiento a la familia del niño o la niña que ha muerto.	
<i>Conocimiento personal</i>	Apoyo profesional al enfermero o enfermera	Visualización de las necesidades de apoyo psicológico para el profesional de enfermería con el fin de lidiar con los sentimientos y emociones provocados por la muerte de un niño o niña bajo su cuidado.	Verde
	Manejo de emociones	Manera de enfrentar las situaciones a las que el personal de enfermería se expone al acompañar durante el duelo a la familia de un niño o una niña que ha fallecido.	
	Satisfacción profesional	Sentimiento de conformidad relacionado con las labores de enfermería en el proceso de muerte de un niño o una niña, además del acompañamiento brindado a la familia del niño o la niña.	
<i>Habilidades</i>	Comunicación asertiva	Habilidad social y profesional para expresar con claridad, empatía y seguridad, la información o sentimientos vividos durante el acompañamiento a los familiares cuando un niño o una niña han fallecido.	Rojo
	Conocimientos empíricos	Conocimientos adquiridos en la práctica profesional para afrontar las situaciones de muerte en los niños y niñas que se encuentran bajo su cuidado, pero que no recibieron una capacitación o preparación formal.	
	Empatía	Identificación mental y afectiva del enfermero o la enfermera que cuidaba al niño o la niña que ha muerto, con los familiares.	
<i>Cuidados de</i>	Apoyo	Acciones propias de la labor de	Celeste

<i>enfermería</i>	psicológico y espiritual	enfermería que le permiten al familiar expresar sus sentimientos y establecer una relación interpersonal de ayuda para iniciar un proceso de duelo saludable.	
	Contacto físico	Cercanía física que le permite al personal profesional de enfermería demostrar un acto de apoyo y comprensión al familiar que se enfrenta al duelo inmediato.	
	Entorno	Espacio físico con privacidad que le permita a la familia iniciar un proceso de duelo efectivo bajo un ambiente controlado e íntimo.	
	Apoyo socioeconómico	Acciones acordes con la visualización de la familia como parte de una sociedad y un estrato económico determinado.	
<i>Formación profesional</i>	Actualización de conocimientos	Cursos, talleres, capacitaciones, programas, congresos u otros, que le permiten al profesional de enfermería afrontar situaciones de acompañamiento.	Amarillo
	Formación universitaria	Conocimientos adquiridos a lo largo del desarrollo de una carrera universitaria en una institución educativa.	

Fuente: Entrevistas al personal de enfermería de los servicios medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, cuidados intensivos y emergencias médicas y quirúrgicas del Hospital Nacional de Niños.

## **5. CAPÍTULO V: RESULTADOS**

Una vez concluidas las entrevistas, es posible determinar cuáles son las respuestas que más se exteriorizan por parte de los y las profesionales en enfermería del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, se elabora un compendio general de ellas y además en un nivel macro, para visualizar las principales problemáticas y necesidades, así como las virtudes y oportunidades que poseen dentro del centro hospitalario cada una de las personas que laboran en los servicios incluidos en el presente trabajo.

Una de las principales problemáticas que se logra extraer de las entrevistas, es el hecho de que desde la percepción de los profesionales de enfermería entrevistados, las universidades a nivel nacional, tanto privadas, como públicas, no preparan debidamente a sus estudiantes para enfrentarse con situaciones de muerte y manejo del duelo.

Si bien se conoce que la Universidad de Costa Rica cuenta con un curso de Relaciones Interpersonales dentro de su plan de estudios, así como con un curso optativo sobre Dolor y Cuidados Paliativos, ninguno de los enfermeros y enfermeras entrevistados sienten que exista un curso que los haya preparado para enfrentarse a este tipo de situaciones.

En ocasiones, esta falta de preparación ocasiona la existencia de ciertas barreras emocionales por parte del profesional en enfermería para abordar correctamente una situación de muerte inesperada de un niño o niña, y el duelo de los familiares. En parte, debido a que sienten que no cuentan con las herramientas necesarias para abordar correctamente a esa familia en duelo, pero también cuando sienten que no son lo suficientemente fuertes para manejar esta situación, por lo cual prefieren alejarse o dejar

que otro profesional de salud, principalmente médicos y psicólogos, aborden a las familias durante este proceso.

Aunado a lo anterior, es posible extraer de las entrevistas que el trabajo interdisciplinario dentro del hospital para abordar a los familiares de un infante que muere de forma súbita en este centro hospitalario, es realmente poco o nulo, pues al momento de dar la noticia a los padres, madres o encargados, no se realiza en conjunto con el personal de medicina, enfermería, psicología y otros profesionales que se consideren necesarios, quien da la noticia a los familiares es el profesional en medicina y posteriormente, se dejan sin un abordaje para brindarles alivio y confort. Esto se debe, no sólo a la falta de funciones claras del personal de salud durante estas situaciones, sino también a la carencia de un espacio físico apropiado para comunicar este tipo de noticias a la familia, se hace dentro del cubículo donde el niño fallece, y, en ocasiones, se encuentran otros infantes junto con sus familiares.

Los enfermeros y enfermeras entrevistados comentan que en muchas de estas ocasiones, son ellos o ellas quienes brindan acompañamiento a los familiares de los niños o niñas fallecidos, secundario al momento en que se les notifica la muerte; sin embargo, les resulta realmente difícil, pues esta muerte es significativa en la mayoría de las ocasiones debido a la relación que lograron concretar con este niño o niña atendido. Lo anterior se debe, en gran parte, a que los profesionales en enfermería se identifican con los padres, o bien, proyectan en alguno de estos infantes que expiró, a sus propios familiares o conocidos, de forma que les afecta cual si fueran propios.

Esto desencadena una consecuencia más amplia en los profesionales en enfermería: al identificarse tanto con los familiares del infante que fallece, se ven afectados gravemente en la parte emocional, lo cual ocasiona que en ciertos momentos se sientan sumamente tristes, deprimidos, o inclusive, con la necesidad de llorar ese fallecimiento; por lo tanto su desempeño laboral para ayudar a aliviar el dolor de los padres, madres y encargados no es el óptimo.

Si bien es cierto, los profesionales intentan mantenerse fuertes y brindar el mejor apoyo posible a los familiares del niño o niña que feneció, en algunas ocasiones no logran manejar bien sus emociones y éstas los llevan a “quebrantarse” ante los dolientes, por consiguiente no se ayuda a que los últimos puedan aliviar su dolor y sentirse acompañados.

Por otra parte, una de las dificultades con que cuentan los enfermeros y enfermeras del hospital, es que no tienen una forma concreta o un profesional capacitado que les ayude a liberar estas emociones y sentimientos al enfrentarse a un proceso de duelo de la familia de un niño o niña que fenece; lo que deriva en que deban suprimir sus emociones y sentimientos, hasta alcanzar un estado de crisis, por lo tanto, comentar sus experiencias hospitalarias a sus parejas o familiares, quienes no cuentan, necesariamente, con las habilidades para ayudarles a manejar estas emociones.

En este caso, los y las profesionales en enfermería expresan que debido al alto nivel de estrés y sobrecarga emocional que manejan en los servicios, requieren de un enfermero o enfermera profesional en salud mental dentro del centro hospitalario, quien les brinde un abordaje para aprender a sobrellevar y superar todas estas experiencias relacionadas con

la muerte y el duelo de las personas que atienden en el hospital, para así, mantener una mejor salud mental y por ende, brindar un mejor acompañamiento a estas familias y usuarios de los servicios en los que laboran.

A pesar de las múltiples dificultades que significa realizar un abordaje adecuado a las familias de un niño o niña que fallece, las personas entrevistadas expresan que en las ocasiones en las que lo han hecho de manera tranquila y efectiva, los padres, madres y/o familiares de los infantes que fallecieron se muestran sumamente agradecidos con las muestras de cuidado y empatía con que se les atiende por parte de estos o estas profesionales, ya sea por detalles pequeños como recibir un vaso de agua, un apretón de manos o un abrazo, o también por características más sobresalientes, por ejemplo brindarles dinero para comer algo después de largas horas de estancia en el hospital, guiarlos de manera atenta y pausada sobre los pasos por seguir para llevar el cuerpo de los pequeños a sus hogares, coordinar con el departamento de transporte para el traslado hasta sus casas, e inclusive, buscar ayudas socioeconómicas, a través de las Damas Voluntarias, por ejemplo para sufragar los gastos funerarios, cuando la familia no tiene los medios para realizarlos.

Estas acciones generan un agradecimiento por parte de las familias que atraviesan este proceso de duelo, agradecimiento expresado, algunas veces, de forma inmediata mediante sonrisas, lágrimas o verbalizado, así como en ocasiones posteriores en donde estas personas se acercan al hospital días después de lo sucedido para expresarle su agradecimiento al personal, no sólo mediante palabras, sino algunas de estas personas hasta deciden que por el acompañamiento que se les brindó, desean donar dinero o recursos materiales al centro médico.

Las muestras de agradecimiento no generan más que satisfacción personal en los enfermeros y enfermeras que les atendieron, por lo tanto externan que a pesar de todo el trabajo realizado y la enorme carga emocional que produce este tipo de situaciones en el ámbito laboral, sienten que todo vale la pena cuando ven a un padre, madre o familiar agradecido, pues es cuando sienten encontrarse en el lugar adecuado, y que no podrían estar en otro lugar, más que ayudando a esos niños y niñas que requieren de su afecto y sus cuidados.

## 6. CAPÍTULO VI: ANÁLISIS

El primer objetivo del presente trabajo final de graduación responde al análisis de los documentos existentes en el Hospital Nacional de Niños, facilitados por la Licenciada Shantel Miller, enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos de dicho centro hospitalario.

Mediante una conversación con la enfermera mencionada, es posible identificar la inexistencia de protocolos o guías específicos que indiquen cómo brindar apoyo o acompañamiento a los padres de los niños y niñas, ya sea en terminalidad o en otras situaciones, sin embargo hay existencia de referencias bibliográficas para dar charlas y abordar el tema de la manera más adecuada, enfocado en la notificación de malas noticias.

La enfermera Shantel Miller, de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños, el 10 de mayo del año 2015 brindó a los estudiantes de enfermería a cargo del presente proyecto, dos documentos utilizados para las charlas “Cómo dar malas noticias”, uno responde a un protocolo español para dar malas noticias denominado *“Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias”* y el segundo es un libro llamado *“Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad”*, el cual no se analiza debido a su contexto relacionado directamente con patologías tratadas en la unidad de cuidados paliativos.

El siguiente análisis se efectúa con base en el artículo escrito por Beatriz Villa López, enfermera española del Hospital Universitario la Paz, la cual escribe este artículo para publicarlo en la revista española *“Nurse investigación”* en el año 2007.

El documento inicia narrando la importancia de la comunicación dentro del trinomio: *<Control de síntomas, comunicación y apoyo emocional>* en los profesionales de la salud para reducir sufrimientos innecesarios en las personas en el momento de dar malas noticias, ya sea para un usuario o su familia. Además la autora recalca cómo con el conocimiento y aplicación del trinomio se fortalece la relación entre profesionales y usuarios (Villa, 2007).

Alférez (2012) explica cómo, desde la enfermería, la comunicación es un elemento esencial en el establecimiento de relaciones de ayuda con los usuarios, por lo que saber comunicarse es vital en la profesión de enfermería, con base en una serie de habilidades y destrezas biopsicosociales para empatizar, escuchar activamente y, en definitiva, saber qué decir y cómo decirlo ante cualquier situación en donde el aspecto psicológico esté en detrimento.

El protocolo descrito por Villa (2007) que presenta la autora se elabora por los oncólogos Walter Baile y Robert Buckman (2000), se basa en seis pasos escalonados para guiar al profesional en una entrevista o interacción con un paciente o familia y lograr una conclusión exitosa. Cabe mencionar que dicho protocolo se dedica a la información de enfermedades oncológicas.

Las etapas de la entrevista se muestran a continuación:

- Etapa 1: Preparar el entorno. Las características esenciales descritas por Baile y Buckman (2000) citados por Villa (2007) son las siguientes:
  - Es importante iniciar con una revisión exhaustiva de la historia clínica para estar completamente informada de la situación.

- Encontrar un lugar tranquilo, donde no se presenten interrupciones, será necesario para no ser molestado en la comunicación de las noticias.
- Consultar al paciente si desea estar acompañado o solo.
- Transmitir calma, no mostrar prisa, mostrar interés en un clima de respeto, propiciar una conversación, reducir la tensión y aliviar la ansiedad.

A pesar de que la primera etapa se dirige a la notificación de una problemática patológica a los pacientes, es un primer paso en la comunicación del enfermero o enfermera con la familia de un niño o niña fallecido, ésta es una comunicación terapéutica. Según describe Sullivan (2000) es una herramienta funcional para *“comprender la visión del mundo de la persona en crisis y tratar de comunicarse con ella”*.

Es decir, conocer la situación clara del niño o niña que estuvo bajo su cuidado, encontrar un lugar tranquilo y privado para brindar el acompañamiento en los primeros momentos de la muerte del niño o la niña, cerciorarse que el doliente desea compañía y transmitir calma, interés y respeto, son bases para una comunicación efectiva con la familia, produciendo una sensación de confianza para permitir una relación terapéutica entre el enfermero o enfermera y la persona usuaria (Sullivan, 2000).

Al ser la comunicación, según Mejía Lopera, *“un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”* (Alférez, 2012), las características señaladas en la primera etapa de este protocolo permiten iniciar el

proceso en una relación interpersonal de ayuda, el cual es definido por Peplau como *“aquella en la que dos personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa”* (1990).

- Etapa 2: ¿Qué sabe el paciente?
  - Antes de brindar cualquier información Villa (2007) destaca según Baile y Buckman (2000) que el profesional debe reconocer qué sabe y qué sospechas tiene sobre su diagnóstico, además de las preocupaciones, el estrés y la sobrecarga sociocultural.

Esta segunda etapa descrita por los autores mencionados, en el caso del acompañamiento a las familias dolientes es muy importante y se resume en la escucha activa de las inquietudes, temores y demás sentimientos durante el duelo inmediato, se debe prestar atención al lenguaje no verbal que se desarrolla en el proceso comunicativo.

En el desarrollo de la comunicación entre el enfermero o enfermera y la familia doliente es importante recalcar los recursos comunicativos en la escucha activa que permitirán el desarrollo de un buen proceso terapéutico.

Cian describe en su libro cómo la escucha activa se da al establecer una relación terapéutica, donde una persona necesita atención y hay un terapeuta que cumple este objetivo, haciendo que exista una atención de necesidades por parte de la persona, según describe Alférez (2012), esto se relaciona directamente con la segunda etapa de Baile y Buckman (2000) citados por Villa 2007: permitirle hablar a la persona interrumpiendo solo para salvar el hilo de la conversación, utilizar un lenguaje no verbal que denote interés para ayudar al interlocutor a sentirse cómodo y libre de expresarse,

manifestar una actitud de respeto que sea comprensiva, demostrando que se escucha para comprender y no para oír.

- Etapa 3: ¿Qué y cuánto quiere saber?
  - En esta etapa, para los creadores del protocolo, conocer qué quiere saber el paciente es un pilar de la comunicación terapéutica, respetando las decisiones en cuanto la cantidad de información que desea y si prefiere o no que se le comunique al resto de la familia la noticia. (Baile y Buckman, 2000 citados por Villa, 2007).

Con respecto de esta etapa, a pesar de que se pueda suponer que solamente aplica para informar sobre diagnósticos patológicos, también es posible analizar su contenido con respecto del acompañamiento durante el duelo de las familias que viven la muerte de un niño o niña.

Es importante saber y tener claro cuáles son los conocimientos que desea tener la familia respecto de la muerte del niño o la niña y no saturar su dolor con información copiosa, difícil de entender y que no genere ningún alivio al dolor percibido en el momento de la relación de ayuda entre el enfermero o enfermera y la familia.

El elemento clave para poder desarrollar esta etapa con éxito, es haber establecido una escucha activa con las características propias mencionadas, pues por medio de dicha herramienta, tal como Subieta (2014) cita a Hsu (2008), se logra entender un mensaje claro que expresa una persona que necesita información, y de esta forma, se comprende con gran facilidad, cómo decir, qué decir y qué elementos no verbales utilizar en medio del acompañamiento.

- Etapa 4: Información.
  - Los autores Baile y Buckman (2000) citados por Villa (2007) señalan que una vez se detecte lo que el paciente sabe y qué quiere saber, es el momento de dar la información sobre el diagnóstico utilizando un vocabulario sencillo y conciso que simplifique al máximo la comprensión del mensaje. Durante la etapa de la comunicación se le brinda la información al paciente y es necesario asegurar que se comprende la situación de salud de la cual se le informa.

En este caso, quien tiene la tarea de dar la notificación de la muerte del niño o niña a la familia es el médico tratante de la persona usuaria, sin embargo, el personal profesional de enfermería por sus características laborales debe asegurarse durante el proceso de acompañamiento en la muerte del niño, que la familia tiene una información clara, concisa y certera de los motivos de la muerte del niño o la niña o de otros detalles que desee saber.

Para el cumplimiento de esta etapa en el proceso comunicativo es importante mencionar a Campos y Campos (2012) quienes explican que al dar una información referente a una situación de salud, se debe tener especial cuidado en la forma, el contenido y el uso del lenguaje: estos aspectos pueden variar la comprensión del mensaje por parte de la familia doliente. Los autores resaltan la necesidad de tomar en cuenta factores como el rol del enfermero o enfermera, los sentimientos de la familia y de los profesionales bajo el nivel sociocultural de la familia para dar información concreta y certera, entendible para los familiares del niño o niña que ha muerto.

- Etapa 5. Apoyo al paciente o a la familia.
  - En el artículo escrito por Villa (2007), utilizando el protocolo que establecen Baile y Buckman, se cita a Johnston (1992) en esta sección específica, pues el autor describe la labor del personal sanitario en cuanto al apoyo al paciente o a la familia como la ayuda para “*facilitar la resolución de los sentimientos de los individuos y ayudar a los miembros de la familia a comprender y aceptar las reacción de cada uno*”, esto brinda la oportunidad a todos los miembros afectados la expresión de sentimientos y de su perspectiva.

El papel de enfermería durante el acompañamiento a las familias en el momento de muerte de un niño o niña, destacado en el presente trabajo final de graduación, se centra en el apoyo a la familia mediante una relación interpersonal de ayuda, por lo tanto este punto es de gran importancia en el análisis del siguiente protocolo.

Para desarrollar un apoyo efectivo a los dolientes es importante tomar en cuenta actitudes y respuestas terapéuticas de los enfermeros y enfermeras para establecer una relación de ayuda en el acompañamiento a la familia, y así cumplir con el objetivo del personal sanitario descrito por Johnston. Algunas de estas actitudes y respuestas son la validación de los sentimientos de la familia, la clarificación de las situaciones de salud acontecidas, la empatía, la asertividad, la escucha activa y el silencio y la interpretación del lenguaje no verbal (Vida *et al*, 2009 y Díaz, 2011 citados por Campos y Campos, 2012).

Lo expuesto propicia el establecimiento de una relación interpersonal, descrita por Peplau (1990) como *“aquella en la que dos personas llegan a conocerse lo suficientemente bien como para afrontar los problemas que surjan de forma cooperativa”*, se logra entonces poder alcanzar un verdadero apoyo familiar, mediante una herramienta descrita por una enfermera, para ser desarrollada por personas profesionales en enfermería.

- Etapa 6. Plan de cuidados.
  - Después de todo lo sucedido en las cinco etapas anteriores Baile y Buckman (Valle, 2007) señalan que los profesionales sanitarios deberán establecer objetivos claros en el desarrollo de su plan de cuidados dirigidos al alivio de los síntomas y a la expresión de miedos y preocupaciones.

Dentro del proceso de atención de enfermería, un paso elemental consiste en el desarrollo del plan de atención o cuidados que el enfermero o enfermera brindará a las personas que asista en ese momento. En el caso del trabajo que se desarrolla, este plan de cuidados será dirigido a las familias que se encuentran impactados por la muerte un niño o niña, y debe ser antecedido por una etapa de valoración y diagnóstico breve por medio de la escucha activa y el conocimiento claro de las inquietudes y preocupaciones de la familia.

Al puntualizar como acciones de valoración las actividades descritas, se pueden definir las primeras tres etapas del protocolo mencionado como el periodo en que el enfermero

o enfermera debe reconocer las necesidades propias de la familia para establecer un plan de cuidados por desarrollar durante el acompañamiento a los dolientes.

Respecto de esta etapa, según el proceso de atención de enfermería, el cual se define como *“un método sistematizado y racional basado en el método científico, que permite a la enfermera(o) proporcionar cuidados integrales al paciente”* (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011) y al desarrollo de lo esperado en la guía de abordaje que se propone en este proyecto, la etapa seis debería realizarse en forma previa a la etapa cinco, que corresponde al apoyo al paciente o la familia, pues gracias a las acciones definidas en el plan de cuidados de enfermería que se establezcan en esta etapa será posible desarrollar un apoyo más eficaz.

Con la finalidad de crear un plan de cuidados centrado en la familia y las necesidades que pueda presentar en el periodo de valoración es importante tomar en cuenta respuestas y actitudes que no encajan en un trato terapéutico y deben evitar a toda costa los enfermeros y enfermeras que se disponen a brindar su ayuda terapéutica.

Respuestas y actitudes que pueden afectar la relación interpersonal de ayuda y deben evitarse en el desarrollo de un plan de cuidados efectivo, son citadas por Campos y Campos (2012) como el acto de utilizar juicios de valor con las familias sin haber pasado por un proceso de valoración mediante la escucha activa, la universalización de acciones para todas las familias sin tomar en cuenta la identidad familiar y los factores socioeconómicos y culturales, la culpabilización de los familiares por lo sucedido con el niño o la niña, la tergiversación de las palabras expresadas por los dolientes y la desacreditación de sus declaraciones.

Para este caso se pretende utilizar la herramienta NANDA, la cual genera diagnósticos, y en unión con la herramienta NIC, acciones concretas, descritas y aprobadas de forma internacional. Dadas las características de un padre que sufre por la muerte de un niño o niña que fallece, se toma el diagnóstico 00069: Afrontamiento Ineficaz. Se define como: *“Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de las respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles”* (NANDA Internacional, 2015).

- Etapa 7. Auto-chequeo del profesional.
  - Tras el encuentro, el profesional en salud que debió tomar un papel de comunicador de las malas noticias deberá analizar los sentimientos y actitudes experimentadas durante la labor comunicativa. Esta última etapa responde a lo que Baile y Buckman (2000) citados por Villa (2007) denominan como el mantenimiento de la salud mental del profesional para evitar el síndrome de burnout.

Esta última etapa es vital en el establecimiento de una relación interpersonal de ayuda, tanto para evitar el síndrome de burnout en los profesionales, como para finalizar la relación interpersonal de ayuda entre la enfermera o el enfermero y la familia del niño o la niña fallecida.

Una vez descritas las etapas del documento presentado anteriormente, es importante el desarrollo del segundo objetivo de la investigación, el cual consiste en reconocer las necesidades del personal profesional en enfermería en cuanto al acompañamiento a los familiares de las personas infantiles que fallecen, y cómo éstas se relacionan con cinco

grandes área de estudio: los cuidados de enfermería, la formación profesional, las habilidades, las experiencias y el conocimiento personal.

Si se reconoce la enfermería desde la concepción de Peplau (1990) como una relación entre un profesional capacitado y una persona con una necesidad de ayuda (contextualizada bajo una definición de la salud que contempla entre sus dimensiones el ámbito psíquico, emocional y social), el apoyo psicológico y espiritual, el apoyo socioeconómico, el entorno en que se desarrollan las situaciones y el contacto físico entre el enfermero o enfermera y la persona necesitada de ayuda, se vuelven elementos esenciales en el acompañamiento como parte de los cuidados de enfermería.

Respecto del acompañamiento como parte de las acciones inherentes a las labores de cuidado, es importante recalcar lo que se cita en una de las entrevistas realizadas: *“Enfermería es parte del cuidado directo, o sea, es parte de ser un ser humano, porque para esa gracia se contratan máquinas que estén dando cuidado directo, y no es tan fácil, desde que nació enfermería el acompañamiento, el estar ahí y el acercarse son parte de.”* (Entrevista 5, 2015), proyectando a las enfermeras y enfermeros como protagonistas en situaciones de crisis para los familiares que enfrentan la situación de muerte de uno de sus hijos o hijas.

Es decir, desde la visión de la enfermera citada, la labor de cuidado de enfermería responde a la definición que establece Peplau (1990) a dicha profesión, donde afirma: *“La relación humana entre una persona que está enferma o necesita de servicios de salud y una enfermera con una formación especializada para reconocer y responder a*

*la necesidad de ayuda*”, en consecuencia la enfermera o enfermero por medio del cuidado directo, brinda apoyo en los términos descritos.

En cuanto al acompañamiento brindado a los padres, es importante mencionar el apoyo psicológico y emocional, un elemento esencial para cubrir las necesidades de la salud psíquica planteada por Contandriopoulos (2006) como un elemento básico de la totalidad de la percepción de la salud, descrita según el autor como aquella *“que busca incasablemente sentimientos de bienestar, felicidad y plenitud”*.

Esta acción, se especifica entre las acciones NIC, como apoyo emocional (código 5270) y se describe como aquella que *“Proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión”*, es uno de los elementos fundamentales para la totalidad de los entrevistados; quienes mencionan este tipo de acción como clave para el apoyo que se les brinda a los padres.

Lo anterior se evidencia ante la indagación de las herramientas utilizadas por los y las profesionales de enfermería para brindar el acompañamiento a los padres, madres o familiares. Se expresan respuestas como la siguiente: *“Más que todo eso yo siento que tiene que basarse en herramienta de apoyo psicológico”* (Entrevista 3, 2015), la cual busca dar una afirmación clara a los familiares sobre el apoyo de los enfermeros o enfermeras.

A pesar de la importancia otorgada a este tipo de intervención, en la mayoría de los casos se dificulta apreciar con claridad las herramientas específicas que pueden servir para brindar apoyo psicológico como se señala en la Entrevista 1 (2015) *“yo pienso en un acompañamiento como psicológico, pero la verdad ahorita no, no se me ocurre*

*ninguna, así como que yo te diga ¡Esta es la herramienta que se necesita! No ahorita ninguna se me ocurre”,* quien expone una deficiencia en las estrategias que pueden utilizarse para brindar dicho acompañamiento, es por esto importante mencionar las actividades que ayudan a desarrollar dicha acción, utilizando la herramienta NIC.

Es posible identificar cómo se ejecutan algunas acciones que tienen relación con parte del apoyo emocional, y enlazan la intervención directa ante la pérdida de un ser querido, la cual es repentina y como describe Martínez (2010) *“se caracteriza por la negación y rabia en relación a lo repentino de la muerte”,* lo anterior provoca que las personas que laboran en enfermería se centren en atender las necesidades físicas y emocionales perceptibles por los familiares y no comunicados, sin permitirles ser el elemento esencial y conductor de la intervención emocional que se pretende concretar, tal como brindarles un vaso de agua, acción señalada como básica por los enfermeros y enfermeras que se entrevistan.

Además, estas situaciones caracterizadas por ayudar a los padres en necesidades fácilmente identificables se basa en acciones como la orientación, y la preparación física de la persona infante fallecida, como se evidencia en lo descrito por Entrevista 2 (2015): *“alistar al paciente ya una vez que ha fallecido, entonces ya una vez que está listo, vestido, arreglado y todo se llama a ellos para que puedan pasar tiempo con el niño y cuando ya ellos se sienten más tranquilos entonces ya uno les pide que esperen afuera para poder trasladarlos a patología”,* esto, sin tomar en cuenta a los familiares para las acciones relacionadas al *post-mortum*, que según la experiencia de Ernoult (2005), ayuda a las madres y padres despedirse del niño o niña.

Bajo la perspectiva de Peplau (1990) respecto de los roles de enfermería, estos se describen como un medio de ayuda para las personas al responder demandas que sus clientes le formulan, es decir, el cuidado que brindan los profesionales de enfermería dependerá de las características, necesidades y situaciones que atraviesen y expresen las personas, por ello se convierte en un rol dinámico y dependiente de la persona usuaria.

En el caso anterior y según señalan varios de los enfermeros y enfermeras entrevistados, el enfoque se centra en la atención de la niña o niño fallecido, quien a pesar de ser también preocupación del familiar, no responde directamente a una verbalización de sus propias necesidades, lo cual dificultará una intervención efectiva por parte de los profesionales.

Este tipo de intervención dirigida a lo que el profesional de enfermería puede observar, y no enfocada en las necesidades verbalizadas por los padres, en muchos casos inhibe las acciones que el enfermero o enfermera pueda realizar en su rol asesor, en el cual se desea descubrir y revelar las dificultades del cliente, evitando que se ignoren o se distorsionen (Peplau, 1990). No reconocer el rol que debe ejercer el profesional crea confusión en el inicio de su intervención, según describe Entrevista 5 (2015): *“A mí me ha pasado que en el primer momento no pude decir nada”*.

Al pensar en el tipo de situaciones donde no se toma en cuenta el objetivo del enfermero o enfermera bajo el rol asesor, el cual busca que una persona cobre *“conciencia de las condiciones necesarias para la salud, (y) procurar estas condiciones cuando sea posible”* (Peplau, 1990), se vuelve importante capacitar al personal profesional de

enfermería para reconocer herramientas que le permitan dar un acompañamiento enfocado en la persona, bajo un rol asesor como enfermero o enfermera.

Para explicar lo anterior es necesario exponer una de las caracterizaciones dadas por Peplau en 1990 sobre la conceptualización de enfermería: ubica dicha profesión como *“un proceso de carácter interpersonal”* que en gran medida comprende un espacio terapéutico para satisfacer necesidades no cubiertas, por lo que para el saber y el quehacer de enfermería el reconocimiento de herramientas como la relación interpersonal de ayuda, que da una respuesta a las intervenciones necesarias para cumplir con el proceso destacado anteriormente, dentro del cual se pueden usar herramientas descritas por Cian para la relación de ayuda, componentes de la Intervención en Crisis referidos por Slaikeu y acciones detalladas por la herramienta NIC.

Las herramientas anteriores son esenciales en la relación interpersonal de ayuda, pues desde este tipo de relación terapéutica se logra un conocimiento suficiente entre la persona que necesita ayuda y el profesional de enfermería para afrontar los problemas de forma cooperativa (Peplau, 1990), donde la persona encargada de dar el acompañamiento podrá realizar su intervención desde las necesidades propias y expresadas de las personas en situación de duelo, de forma organizada y estructurada con instrumentos validados en la labor de enfermería.

Además de la intervención emocional, los enfermeros y enfermeras a quienes se entrevista dan un valor agregado al entorno en el cual se desarrolla tanto la muerte del niño o niña como el espacio brindado al padre para asumir el proceso de duelo en que se

encuentra inmerso, se evidencia así en la entrevista 6 (2015) quien considera una herramienta necesaria un ambiente y entorno apropiado: *“No hay un lugar que provoque que el ambiente y el entorno en que se debe de dar este tipo de situaciones, desde la agonía, hasta en donde estén los padres cuando el niño muere sea efectivo”* y reforzado con la opinión de la entrevista 8 (2015) quien señala que en el entorno es importante *“mantener un espacio en el momento en que fallece el niño, igual después de que se le da el espacio enfermería interviene junto con los padres en un ambiente apropiado”*

En el caso de las muertes sucedidas en los servicios en los que se realiza la investigación, pueden considerarse como inesperadas o repentinas y se caracterizan por dejar un enorme vacío, dolor e incertidumbre en los familiares, por lo tanto tener un espacio que provoque un entorno apropiados para la expresión de sus sentimientos es primordial para un duelo inicial sano, que permita expresar sus necesidades sin temor a que se le juzgue, apesure o ignore.

Esto es un elemento clave para establecer la relación terapéutica, la cual define Bautista (2015) como *“un encuentro terapéutico entre enfermero o enfermera- persona, guiado hacia un objetivo común”*, el cual tener cualidades como facilidad para la comunicación, la escucha activa, la capacidad para responder y las acciones que se realizan, cualidades que no podrían llevarse a cabo en un espacio físico como en el que se desarrollan dichas acciones actualmente.

Si bien es cierto, contar con un lugar específico y exclusivo para establecer una relación terapéutica con familiares que sufren la muerte de un niño o niña se dificulta, es importante ser un profesional activo, innovador y creativo, que busque las formas y

métodos para ejercer desde su rol asesor, el cuidado de la familia del niño o niña que fallece.

Esta facilidad para el establecimiento de una relación terapéutica, logra un mayor alcance emocional, si se logra adecuar el espacio tanto a la familia, como a las necesidades de la agonía de la persona infante y del proceso que iniciarán los familiares que le acompañan, donde tal y como la mayoría de los enfermeros entrevistados coinciden es importante establecer contacto físico durante la intervención profesional de enfermería, en un espacio material adecuado.

Lo anterior se evidencia por la entrevista 10 (2015) quien expresa con respecto al contacto físico: *“A veces uno no sabe qué decirles, pero tan solo un abrazo o hacer así (toca el hombro) yo siento que la persona se siente apoyada”* es decir, a pesar de que en muchos casos no se cuente con las herramientas necesarias para brindar el acompañamiento, el contacto físico puede dar un sentimiento de empatía y apoyo social a los familiares dolientes.

Esto también es una recomendación dada por Ernoult (2005), quien describe el contacto físico establecido entre la enfermera o enfermero y el familiar del niño o niña, como un sentimiento de apoyo y empatía ante la situación de muerte que ocurre en ese momento, tomando en cuenta que el profesional que aborda la situación genera un vínculo con el familiar mediante una relación terapéutica de ayuda.

Contar con compañía es un proceso de empatía, provoca que la persona quien atraviesa una dificultad genere sentimientos de tranquilidad y superación de la crisis, se da al sentirse acompañado, y según lo expuesto por Martínez (2010) con respecto de la

vivencia de la pérdida de un ser querido, donde esto se vive como un proceso personal, individualizado y con particularidades propias de cada persona, el apoyo social expresado mediante el contacto físico estimulará la expresión de sentimientos por parte de la persona doliente, y promueve que el personal de enfermería pueda brindar un acompañamiento emocional con mayor profundidad.

Asimismo, luego de analizar la importancia del acompañamiento emocional, como parte básica de los cuidados de enfermería, es necesario recalcar lo descrito en la entrevista 12 (2015) quien reconoce el valor del rol de enfermería en este tipo de intervenciones cuando señala: *“Yo creo que debe haber enfermeros de programa en eso especialmente, que aborden y no un psicólogo o psiquiatra sino un enfermero que esté en ese grupo.”*

Una vez sustentadas las necesidades emocionales de los familiares del niño o niña fallecidos, los profesionales en enfermería entrevistados señalan la importancia de la intervención socioeconómica como parte de los cuidados de enfermería. Es en este caso donde trabajar de forma interdisciplinario cobra un valor relevante.

Uno de los conceptos de salud expuesto en el marco referencial señala que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino que se expresa como *“un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas”* (O.P.S, 2007) por lo cual visualizar la parte social y económica de quienes atraviesan la muerte de un niño o niña, es un elemento que el personal profesional de enfermería nunca puede dejar pasar.

En este caso, en la entrevista 5 (2015) recalca que parte esencial del plan de intervención relacionado con los cuidados de enfermería establece: *“Ayudarlos en todo lo que uno pueda, muchos no han ni comido, no están pensando en comer pero uno piensa en que*

*ese papá o esa mamá tiene que comer si vienen allá de larguísimo, esas parte de necesidades básicas del ser humano uno tiene que cubrirla y todo lo que tenga que ver con las preocupaciones económicas que tengan por la muerte del bebé”, se sustenta con el apoyo interdisciplinar que se pueda obtener cómo lo menciona en la entrevista 1 (2015): “También es muy importante para nosotros coordinar con las damas voluntarias para que le ayuden a los papás que no tienen recursos”.*

Los cuidados de enfermería que brindan los enfermeros y las enfermeras, los cuales se explican anteriormente, se relacionan de manera directa con la formación profesional recibida, tanto a nivel universitario como en la actualización de conocimientos, ya sea con capacitaciones, seminarios, talleres o cursos respecto del tema.

Estas dos áreas de aprendizaje se complementan en la formación profesional, son temas de importancia para un cuidado de enfermería con enfoque en el acompañamiento de forma eficaz. La formación universitaria se define como *“todos aquellos conocimientos adquiridos a lo largo del desarrollo de una carrera universitaria”* (Puntunet y Domínguez, 2008), en este caso Enfermería, en una institución educativa determinada. Y la segunda como *“aquellos cursos, talleres, capacitaciones, programas, congresos u otros”* (Puntunet y Domínguez, 2008), que le permiten al profesional de enfermería afrontar situaciones de acompañamiento a la familia cuando un niño o una niña fallecen.

La unidad que se analiza actualmente, es relativa al ser y quehacer de la profesión enfermera: con el desarrollo de los conocimientos científicos, se evita la estigmatización de la enfermería, como un oficio técnico, dirigido bajo las indicaciones de otras

profesiones, sin desarrollar el pensamiento crítico y la reflexión de las acciones para mejorar, estabilizar y desarrollar la salud de las personas.

Con base en lo dicho, es importante señalar que el acompañamiento a los familiares de niños y niñas fallecidos, debe acompañarse de preparación teórica fundamentada científicamente, lo cual genera seguridad para un abordaje efectivo de la situación vivida por los familiares de los niños o niñas que mueren.

Se realiza una pregunta sobre la preparación universitaria, para conocer si recibió algún curso o taller que le permitiera estar preparado o preparada para este tipo de situaciones. A continuación se detallan algunas de las respuestas. En el caso de los profesionales entrevistados existen opiniones divididas en relación con este tema.

Algunos participantes comentan, que no sentían que desde su formación profesional les hubieran brindado las herramientas o preparación para afrontar estas situaciones. Al consultar acerca de la preparación universitaria y su capacidad para abordar estos temas, las respuestas negativas son las siguientes: “*No, nunca.*” (Entrevista 6, 2015), “*... Son como tipo charlas, más que todo, lo que uno recibe, como algún taller o algo muy específico para esto precisamente, no...*” (Entrevista 15, 2015), “*Diay no...*” (Entrevista 16, 2015), “*Sinceramente no...*” (Entrevista 7, 2015), “*...en la universidad no hay un curso, ni un cuatrimestre que tenga que ver con eso ni nada...*” (Entrevista 5, 2015).

Algunos mencionan que podría existir la posibilidad de que les hayan dado una preparación o un curso, pero al parecer, no fue tan eficiente debido a que no recuerdan lo aprendido, como se evidencia en la entrevista 9 (2015): “*... Sí hay un curso en el programa, hay un curso, pero no me sirvió, porque ni me acuerdo*”

Esto demuestra que en algunas ocasiones, aunque se brindan talleres, cursos, conferencias o cualquier otra metodología de aprendizaje para la capacitación de los profesionales, no es efectiva; se refleja en que admiten no recordar lo que se vio o se dijo. Por lo tanto, es necesario realizar una reflexión acerca de la mejor estrategia que se debe utilizar para impartir esta temática, con la finalidad de que la información de verdad llegue a los profesionales y pueda usarse para la atención con calidad de las personas a cargo y sus familias.

Por otra parte, también hubo profesionales que sí recibieron, dentro de su formación profesional universitaria alguna capacitación o información que les permitiera estar preparados o preparadas para abordar estas situaciones, y de manera exitosa. A continuación, algunas de sus respuestas: *“Bueno a nosotros sí, pues en lo que es desarrollo personal y parte del curso de relaciones interpersonales le hablan a uno un poco de las etapas del duelo, de comunicación asertiva, de manejo de emociones...”*. (Entrevista 3, 2015), *“Sí, vieras que sí, como le decía, para mí el curso que nos daban de relaciones interpersonales, te hacen ponerte desde una perspectiva de acompañamiento, de entendimiento. Yo creo que las famosísimas RIAs, uno en la universidad no cree que lleguen a surgir tanto efecto, pero ese tipo de herramientas son muy buenas...”* (Entrevista 11, 2015) o *“Sí, creo que sí, no me acuerdo ahorita en cual módulo es que le dan a uno eso... pero uno llega a ver eso, lo de las etapas del duelo y cómo afrontar la muerte y todo eso, pero sí recuerdo que en la "U" en algún momento nos llegaron a dar ese tipo de temas”* (Entrevista 1, 2015)

Asimismo, algunos reconocen que estudios de posgrado, como maestrías, les capacitan para mejorar su capacidad y preparación al afrontar estos casos, lo cual permite una

atención de calidad y especializada a las personas y sus familias, sin necesariamente requerir de especialistas en cuidado paliativo que colaboren en estos casos, como sucede con la entrevista 8 (2015) quien expresa: *“Durante la carrera llevé materias donde nos hablaban de casos de fallecimiento, de casos terminales de los niños, durante la maestría en pediatría”*.

Estos datos demuestran que no existe una uniformidad en la preparación de los profesionales en enfermería. Como se menciona, la presencia de diversas academias y universidades que forman profesionales en enfermería, provoca que se presenten planes de estudio diferentes, con énfasis en distintos tópicos y al no existir un control de dichos programas de estudio, podrían dejarse temas cruciales por fuera, los cuales resultan básicos para una atención integral de los niños o niñas y sus familias.

Si bien es cierto, alcanzar una formación profesional por completo holística, integral e integrada, no es una labor sencilla, sin embargo, las diversas unidades académicas que se encargan de formar profesionales en salud, deben establecer en su plan de estudios, objetivos que apoyen el desarrollo de habilidades para situaciones como la expuesta en este trabajo.

Ahora, se reconoce que una preparación integral es fundamental. Según la teorizante Hildegard Peplau, entre las funciones por ejecutar de un enfermero o enfermera se encuentra la función terapéutica, cuya finalidad es ayudar a la persona en el aprendizaje del afrontamiento de los problemas que afectan la salud (Peplau, 1990).

Al proseguir con el análisis en relación con la educación continua, la cual se define con anterioridad, *“un proceso de formación y/o actualización en conocimientos y*

*habilidades al que las personas se someten con el propósito de mejorar su desempeño profesional...” (Puntunet y Domínguez, 2008), los entrevistados también poseen opiniones diversas respecto de las capacitaciones recibidas, tanto en el centro hospitalario, como por cuenta propia. Se consulta si en el centro hospitalario se les dan alguna capacitación en este tema. Algunas de las respuestas son: “Hace como 7 años yo llevé uno, pero no era para todos, era de paliativos directamente, lo estaban dando y yo vi la oportunidad y como uno está empezando quiere hacer de todo, verdad, entonces lo llevé, pero era más que todo para chicos de cuidados paliativos...”(Entrevista 3, 2015)*

Asimismo en la entrevista 4 (2015) se comenta acerca del tema: *“Al principio, hace 5 años yo llevé el de paliativos, pero eso le sirve a la gente de paliativos que tienen todo un proceso con la familia, pero a nosotros que nos sucede, pues inesperadamente, no ahí sí no nos funciona”,* seguido por la respuesta dada por la entrevista 14 (2015) quien recalca: *“No, eso es algo, digamos, muy de uno. Como uno está en un servicio que es un área crítica, uno tiene que buscar las herramientas propias, pero el hospital no. Tal vez, este, hay un curso que es, hice algún tiempo, que es de la unidad de cuidado intensivo, inclusive nosotros hacemos un curso cada dos años, este, abierto a otras instituciones sobre actualización en emergencias pediátricas, o en este caso era de la unidad de cuidado intensivo, ahí se toca, eh, parte de comunicación de malas noticias, pero es como un curso...”*

Se puede observar que los profesionales entrevistados llevaron capacitaciones, algunas brindadas por el centro de salud o por cuenta propia, para mejorar el currículo o satisfacción personal. Esto refleja que el hospital cuenta con la disponibilidad y apertura para capacitar al personal y así promover la mejora de la atención de los usuarios y

usuarias de dicho centro, aunque queda claro que dicha educación no es continua, ni para todo el personal. Además, denota interés por parte de los profesionales por brindar una mejor atención, según las necesidades que surjan en el servicio, o por corregir algunas deficiencias presentadas en la educación formal de su carrera.

Los trabajadores son conscientes de la importancia de la actualización y la consideran necesaria. Se debe recordar, como dice Puntunet y Domínguez (2008), que la educación continua es una estrategia para fortalecer al personal, lo convierte en un ser proactivo, con capacidad de análisis, mejora la productividad de los trabajadores y sobre todo, y lo más importante en este caso, proporciona cuidados seguros de calidad a las personas que se atiende.

Lo anterior se reconoce por parte de los enfermeros y enfermeras entrevistadas en respuesta a las capacitaciones: “... *uno tiene que mantenerse actualizado siempre*” (Entrevista 14, 2015), o “...*nunca está de más capacitaciones, cursos, guías que lo ayuden a uno a poder manejar bien las emociones cuando a uno le pasan esas cosas...*” (Entrevista 5, 2015).

Precisamente en este punto radica la importancia de la presente investigación, pues se pretende, a través de ella, generar una guía que permita a los profesionales licenciados en enfermería, reafirmar y desarrollar nuevos conocimientos acerca de un abordaje integral y oportuno que podría efectuar a la familia de los niños o niñas que fallecen de forma inesperada en sus servicios, quienes ponen su confianza en los enfermeros y enfermeras para orientarlos en el desconsuelo que los agobia. Un médico realiza una

reflexión acerca de la importancia de la educación continua, que aplica de manera perfecta para la profesión de enfermería. Ibarra (2013) menciona:

“Necesitamos pues, educarnos en forma continua e ininterrumpida, día a día, hora a hora, captar lo preceptos esenciales, los constantes cambios y estar dispuestos a modificar continuamente nuestras conductas en beneficio de los seres humanos a quienes por vocación hemos decidido dedicar nuestras vida”

Además de la importancia otorgada a la formación profesional respecto de los cuidados de enfermería que se brindan en el acompañamiento a los familiares dolientes a causa de la muerte de un niño o niña, las experiencias que transcurran a lo largo de su carrera laboral, se relacionan ampliamente con los temas mencionados.

Para el análisis de dichas experiencias es importante señalar los sentimientos de seguridad para poder abordar a los familiares en duelo, dicha sensación de seguridad es definida como la preparación para afrontar una situación de muerte, sentimiento que se afecta por las barreras emocionales, las cuales limitan la interacción entre el profesional de enfermería y los dolientes, junto con la forma en que se desarrolla la labor interdisciplinaria en dichos casos.

Respecto de la primera pregunta realizada en la entrevista, para conocer si se sienten preparados para brindar acompañamiento, un gran porcentaje de los enfermeros o enfermeras entrevistados responden de forma negativa, recalcan algunas experiencias sobre el tema, tal es el caso de la entrevista 13 (2015), quien comenta: *“Preparado, yo creo que uno nunca está, porque digamos, uno aquí es un servicio de emergencias y*

*usted no sabe en qué momento pasa algo”, además en la entrevista 6 (2015), profesional de cuidados intensivos, que señala: “Es muy duro para la enfermera porque nunca se está preparado, tal vez no para afrontar la muerte del niño si no para el acompañamiento a los padres”.*

Las situaciones descritas evidencian que no solo es importante el grado de preparación como enfermero o enfermera, sino también el sentimiento de seguridad en relación con sus conocimientos y habilidades para poder abordar un proceso de duelo inmediato con familiares que afrontan la muerte de un niño o niña.

Es importante para la preparación de los enfermeros y enfermeras realizar el acompañamiento bajo la teoría de relaciones interpersonales descrita por Hildegard Peplau, por lo que prepararse en este tema les podría generar la confianza y seguridad necesaria para ser capaces de afrontar estas situaciones de duelo vividas en caso de muerte de niños o niñas.

Reconocer las cuatro etapas en un proceso de relaciones interpersonales como son la orientación, identificación, explotación y resolución (Peplau, 1990), dentro del proceso de atención y acompañamiento a familiares dolientes puede ser de utilidad para los profesionales en enfermería, y sentirse así preparados en el abordaje de este tipo de situaciones, además de reconocer herramientas como la intervención en crisis, empatía y escucha activa.

Ante la falta de preparación de los profesionales de enfermería, se presentan momentos en los cuales se deja a los familiares sin acompañamiento, apoyo y compañía, como indica en la entrevista 1 (2015), al referirse a una experiencia relativa a la muerte de un

niño o niña y el familiar que le acompañaba: *“Al principio fue un poco difícil, yo preferí esperar a que él se calmara un poco, al principio que él se alteró bastante yo preferí no acercarme”*.

Ante estas situaciones, que tanto enfermeras como enfermeros viven cuando se enfrentan a situaciones de muerte de los niños y niñas, ellos identifican que la mayor dificultad la constituye el trabajo referente al acompañamiento que deben brindar a los familiares de los niños o niñas fallecidos, por lo cual, como respuesta protectora, generan barreras emocionales que constituyen sentimientos limitantes de la interacción entre el profesional de enfermería y los familiares.

En una pérdida repentina, aquella que sucede sin previo aviso y no se dispone de un tiempo previo para adaptarse al proceso de duelo (Martínez, 2010), las reacciones de los familiares que atraviesan este momento son diversas, y un acompañamiento efectivo por parte del personal profesional de enfermería es esencial para iniciar un proceso de duelo natural y conducirlo de la mejor manera, lo cual puede verse afectado por las barreras emocionales que interpongan los enfermeros y enfermeras en su trabajo con los familiares dolientes, durante el primer paso de acompañamiento.

Este tipo de barreras emocionales se evidencian con lo descrito en la entrevista 1 (2015): *“Hay una especie de barrera emocional que uno pone para no afectarse con esos casos porque no tenía la capacidad de acercarme en ese momento y poder acompañarlo y decirle algo”*, donde es posible reconocer cómo los sentimientos de inseguridad y desconfianza en sus capacidades hacen que se creen una serie de limitaciones en el

acompañamiento que los profesionales de enfermería pueden brindar a los y las dolientes.

Estas barreras emocionales no son solo un problema afectado por la limitación de herramientas para el acompañamiento, sino también, por la falta de conocimiento en el autocuidado de la salud mental y de cómo evitar que las situaciones laborales afecten su vida personal. En la entrevista 15 (2015) recalca que en muchos casos se limita al acercarse y brindar acompañamiento a los familiares dolientes por las repercusiones en su estabilidad emocional: *“Generalmente, yo trato como de... De no involucrarme mucho porque me afecta mucho esa parte, sí”*.

Es importante señalar que, tal y como menciona Villa, una etapa importante en dicho proceso de acompañamiento de la familia ante la muerte de un niño o niña es la autoevaluación profesional, en ella el profesional deberá analizar sus sentimientos y actitudes experimentadas en el proceso para que, como expresan Baile y Buckman (2000), exista el mantenimiento de la salud mental del profesional, lo cual puede evitar cambios en su actitud laboral.

Parte de las barreras emocionales que se dan en los enfermeros y enfermeras hacen que en muchos casos, se limite el trabajo interdisciplinar sin un profesional de enfermería incluido en el equipo de trabajo. Si bien es cierto, todos los entrevistados señalan la importancia de que la muerte de un niño o niña se aborde en conjunto con trabajo social, psicología, medicina y psiquiatría; sin embargo, desconocen las acciones que pueden realizar por sí mismos como profesión autónoma.

Se pueden ver las expresiones de varios profesionales en enfermería respecto de este tema: *“Una vez me tocó recibir, ya el paciente venía fallecido, y entonces ya, en ese momento, sí, los que se hacen cargo son los médicos”* (Entrevista 16, 2015); *“Pienso que debería de haber un apoyo del profesional de, de... Tanto de psicología como trabajo social, en ese caso, para que ellos abarquen un poco más”* (Entrevista 17, 2015); *“El acompañamiento multidisciplinario porque de repente: “bueno, ¿dónde están los psicólogos?, ¿dónde está el psiquiatra?, ¿dónde está trabajo social?”* (Entrevista 11, 2015).

Es evidente, en los comentarios expuestos, cómo los enfermeros y enfermeras tienen una visión poco alentadora y distorsionada de las acciones que pueden realizar en el acompañamiento a un padre o madre de familia que vive una situación de muerte. Esto se refleja en los vacíos de su formación profesional, en los sentimientos de inseguridad en su preparación para abordar estas situaciones y en las barreras emocionales creadas para evitar las secuelas en su estabilidad emocional.

Para superar el problema que se deriva de la creación de barreras emocionales es importante reconocer el conocimiento personal que tienen los enfermeros y enfermeras sobre sí mismos como profesionales en salud, este tema es uno de los más sobresalientes en las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería, por lo tanto se toma como la cuarta unidad de análisis. Para esta unidad de análisis, se tienen en cuenta tres categorías: apoyo profesional al enfermero o enfermera, manejo de emociones y satisfacción personal.

Al observar las entrevistas, se visualiza que la mayoría de los y las profesionales en enfermería no cuentan con apoyo psicológico o emocional para sí mismos o mismas, posterior al evento de contención. Algunas personas comentan que para ellas es muy difícil abordar estas situaciones, debido a que al terminar, se sienten cargadas de emociones o abrumadas, y esos sentimientos y emociones deben guardarlos para sí, o bien, buscar apoyo con sus amigos, colegas o parientes, debido a que el hospital no cuenta con un profesional en enfermería especializado en salud mental, quien les pueda brindar acompañamiento para expresar cómo se sienten.

Asimismo, otros de los individuos que forman parte de las entrevistas consideran que en muchos casos, es necesario aplicar los conocimientos que poseen sobre apoyo psicológico consigo mismos, buscar métodos propios para calmar lo que sienten en esos momentos, o simplemente ignorar todo aquello que sienten para no llevarlo a la casa o fuera del hospital.

Dentro de las distintas respuestas que se hallan en las entrevistas sobre el apoyo profesional, se encuentran: *“Diay, tener con quien hablarlo, porque uno lo habla aquí cuando ya todo pasa y los papás ya se han ido, uno lo habla entre nosotras, recordamos al chiquito, hablamos de él, y ahí nos va pasando, pero hablarlo entre compañeras no es lo más adecuado”* (Entrevista 4, 2015) y *“Yo lo he abordado bien, en lo personal con hablar entre las compañeras pues lo he solucionado”* (Entrevista 5, 2015).

Es importante tener en cuenta que en el ámbito hospitalario, no sólo se debe velar por la salud de la persona que se encuentra en una cama o sus familiares, sino también por todas aquellas personas que laboran en el centro de salud, se debe buscar la mayor

satisfacción posible de sus necesidades mediante acciones realizadas por ellos, así como también mediante herramientas e insumos brindados por la institución en la que laboran, que devengan en su bienestar físico y su salud psíquica.

Esta última presenta una mayor dificultad de mantener en óptimas condiciones dentro de un hospital, pues *“se revela constantemente dinámica en el sentido de que esos sentimientos (bienestar, felicidad y plenitud) se muestran huidizos, pues la búsqueda de esos últimos no se termina nunca. Ellos representan la razón de ser de la vida”* (Contandriopoulos, 2006).

Referente a su bienestar psíquico y emocional, en la entrevista 6 (2015) se expresa: *“Hablando aquí y a veces en la casa. Y yo creo que es un error, porque uno termina involucrando a la familia y a los otros compañeros también (...) entonces más que todo lo que uno le queda es hablarlo con las compañeras de trabajo o con la familia”* (Entrevista 6, 2015), con lo cual se logra visualizar que gran parte de las personas entrevistadas, así como en el ámbito hospitalario en general, el apoyo que se les da a los y las profesionales en enfermería por parte de otros profesionales, ya sea de la misma carrera con énfasis en salud mental y psiquiatría, o bien, por parte de un profesional en psicología, es relativamente poco o nulo, por lo tanto no se da una liberación adecuada de emociones por parte de las enfermeras y los enfermeros, posterior a un proceso de duelo.

Es importante recalcar que algunas de las enfermeras y los enfermeros que abordan estas situaciones forman un tipo de vínculo afectivo, ya sea con el infante o con la familia, por lo cual, también pueden llegar a sufrir, en mayor o menor medida, las etapas del duelo

que menciona Kübler-Ross (1969), citadas por Cuadrado (2010): negación, ira, negociación, depresión y aceptación o rechazo. Puede que en su propio proceso de dolor no abarquen todas las etapas, o no se presenten en el orden mencionado, sin embargo, cabe recalcar que al ser personas que laboran en busca del bienestar físico, emocional y social de otras personas, forman vínculos con ellas, y la pérdida de alguna puede convertirse en un proceso de duelo personal, por lo cual, contar con una persona que los aborde en el ámbito emocional y les brinde un apoyo adecuado es de suma importancia para mantener la salud mental del profesional.

Si bien es cierto, los niños y niñas con los cuales trabajan en el ámbito hospitalario, cuando ingresan no tienen un vínculo afectivo con el profesional en enfermería, conforme pasa el tiempo se crea una relación en donde ambos involucran sentimientos, no sólo en la relación enfermera-paciente, sino también con los padres y madres de esos infantes, por lo cual adquieren un sentido de identificación, tal como lo expresa en la entrevista 3 (2015): *“Viera qué difícil es, aunque uno no sea mamá, uno se va pensando en esos padres, lo que les pasó y a uno le dan ganas de llamar a la del siguiente turno a ver qué pasó con los papás y todo, y uno de tonto no llama y queda con esa espinita todo el día”*.

Peplau (1990), al momento de explicar la segunda fase de la Relación Interpersonal de Ayuda, denominada *-Fase de Identificación-*, expresa: *“en las situaciones de enfermería es posible el desarrollo de la sensación de estar relacionado con los demás de una forma que permita la expresión de necesidades y deseos subyacentes”*. Esto aplica, no sólo para los usuarios o usuarias del servicio, sino también, se puede observar esta identificación del profesional en enfermería con la persona, así como con sus familiares.

Ante estas situaciones, es común ver la forma como suelen relacionar a los niños y niñas a los cuales les brindan cuidado, con sus propios familiares o conocidos, esto representa que el dolor enfrentado ante la muerte de uno de estos pequeños puede volverse aún más significativo y profundo para enfermeros o enfermeras, según se evidencia en lo expresado en la entrevista 9 (2015): *“Es que uno se ubica como en la familia de uno, si usted tiene hijos, usted se transporta a las edades de sus hijos, si usted, como a mí, esa vez que me tocó habar con esa familia, se va a su casa, si fuera que usted le está diciendo a un tío, a una hermana que ya lo van a llevar y quitar todo los órganos, o usted empieza a pensar, que si me pasara a mí. Uno se lo lleva a experiencias personales”*.

Este es un hecho más que común a nivel hospitalario, las enfermeras y enfermeros de los distintos servicios se vuelven seres tan empáticos que sufren la pérdida como propia, no sólo intentan salvar a esos infantes a toda costa, sino que al ver que ya uno de éstos feneció, sienten la necesidad de mantenerse informados sobre lo que sucede posterior a su muerte. Así lo deja saber en la entrevista 6 (2015), quien expresa: *“Son sentimientos encontrados, porque un paciente crónico que usted sabe que ha sufrido mucho, con una familia con la que uno se ha visto muy relacionado, porque la familia siempre está presente, es muy duro para uno porque sabe que el paciente ya está mejor y ya descansó. Y lo he llorado, he sufrido y he tratado de no involucrarme tanto como con una paciente que me pasó, que me involucré mucho y cuando murió me deprimí (...)Yo a ella la lloré y hasta la enterré, entonces fue muy difícil”*.

Y es precisamente este último punto que toca la enfermera entrevistada, al cual la mayoría de los y las profesionales en enfermería hacen referencia cuando se les pregunta

cómo manejan sus emociones ante las familias dolientes. Si bien la mayoría de ellos expresa que trata de mantener la compostura y ser un apoyo confiable y fuerte para los padres, madres y familiares afectados, también externan que en ocasiones, evitar el llanto se vuelve imposible, por lo cual optan por hacerlo, en algunos casos lejos de los dolientes, y en otros, junto a ellos; por ejemplo: *“a veces las enfermeras también terminan llorando ¿Y qué hace? Uno se va por allá, porque qué va a decir el papá: - ¡Esta que me está dando apoyo y termina llorando!-”* (Entrevista 5, 2015)

Similar opinión expone en la entrevista 9 (2015), quien menciona: *“Es que a uno lo que le dan son ganas de llorar, contener las lágrimas, es un sentimiento de tristeza”*. Esta tristeza que les agobia se torna incontrolable, por ello liberarse mediante el llanto se vuelve una de las pocas opciones para dejar salir los sentimientos en ese momento, sin que esto pueda determinarse como algo bueno o malo para los y las profesionales en enfermería.

Dicho llanto no podría catalogarse como una habilidad o una debilidad, sino una simple expresión de sentimientos y emociones durante una situación que le afecta en menor o mayor medida a la persona, dejando de lado si es enfermero o enfermera, padre, madre o familiar. Este llanto se incluye dentro de las manifestaciones usuales de un duelo, el cual también lo sufren los y las profesionales en enfermería en su campo laboral. El duelo se define como las *“demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”*(RAE, 2014)

En este caso, tanto enfermeros como enfermeras, al tomarse en cuenta primero como personas, podrían expresar dicho dolor sin preocupaciones de juicios o críticas al

respecto, pues se cataloga como una reacción completamente “normal” de quien pierde a un ser querido. En lo atinente a la posibilidad de llorar dentro del ámbito hospitalario, se expone : *“Claro que sí, porque el hecho de que uno llore no quiere decir que uno está mal como enfermero, eso es parte de, no está mal hecho, pero en esa situación que están pasando los familiares, este, el llorar denota que si usted está en enfermería y siente, está en el lugar en el que corresponde, pero ese no es el mejor momento para llorar, entonces es mejor estar preparado para saber qué hacer”* (Entrevista 5, 2015).

Desde el enfoque del cuidado profesional de enfermería descrito por Cibanal (2009) citado por Bautista (2015), la relación terapéutica debe darse desde un abordaje intersubjetivo, global y profundo, donde *“el enfermero o la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería”*, se traduce en una implicación profesional y personal que no puede cuantificarse.

Es esta implicación personal la que genera que enfermeros y enfermeras se vean inhibidos por un sentimiento de tristeza y dolor, el cual se manifiesta mediante el llanto. Pedirle a un profesional en enfermería no llorar cuando sienta que debe hacerlo, responde a la invalidación de sus emociones y a una disociación de su ser como profesional e individuo, lo cual no es asequible.

Para algunas personas el personal de enfermería no debería de manifestar sus emociones mediante el llanto en frente de los padres, esta situación sólo demuestra la empatía y el apego con que algunas personas que laboran en el hospital viven su cotidianidad. Un ejemplo de esto lo refiere en la entrevista 11 (2015), quien expresa: *“Yo toda y cada una de las veces he llorado, no llorado con los papás (...) Sin embargo, yo soy una persona*

*que la manera de expresar mis sentimientos es llorando todo el tiempo; el enojo lloro, la tristeza lloro, a veces con alegría lloro y sí, es una manera. Y siempre yo aprendí a expresar mis sentimientos delante de quien sea, pero aquí he trabajado un poco más en eso cuando tengo que darle la noticia a unos papás que he tenido todo tipo de sentimientos”.*

Si bien es cierto, la disociación del ser profesional y personal de un enfermero o enfermera es inaceptable, se debe contar con herramientas que le permitan a estos profesionales brindar un acompañamiento para generar a los familiares del niño o niña fallecido sentimientos de seguridad en su labor, por ello mantenerse en calma y transmitir seguridad a los afectados generará el desarrollo de un abordaje objetivo y sereno para la familia.

Asimismo, se debe tener en cuenta que ante toda situación laboral, es preciso emplear la inteligencia emocional, con el fin de reconocer los momentos ideales para expresarse, ya sea de forma verbal o no verbal, así como aquellos momentos en que es mejor mantener un silencio terapéutico, con el fin de que el padre, madre o encargado del infante que falleció exprese con libertad sus emociones y se sienta aliviado, lo cual se podría denominar manejo de emociones.

Cabe recalcar que si el profesional no maneja de forma adecuada sus propias emociones, podría incurrir en un episodio de crisis, al no obtener un resultado de su situación mediante estrategias funcionales que haya utilizado previamente o se encuentren establecidas. La definición de crisis es propuesta por Slaiku (1988), citado por Raffo (2005), quien la describe como *“un estado temporal de trastorno y desorganización,*

*caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo*". En este caso, el ideal es que quien atiende a la familia del niño o niña fallecido, logre ayudar a las personas afectadas mediante una expresión sana y sensata de sus propios sentimientos y emociones.

De esta forma, el manejo que se le dé a sus propias emociones puede dar un mejor resultado si las enfermeras y los enfermeros tienen consciencia de cómo deben abordar a las familias en duelo, hasta dónde deben unirse a un niño o niña que se encuentra en hospitalización y qué alternativas tienen para expresar sus sentimientos. En este caso, no sólo basta con externar lo que sienten a otra persona, sino quien los escuche y sea el receptor de todas las emociones vividas debe saber de qué forma puede ayudarle al profesional en enfermería para que continúe brindando cuidado por más tiempo sin sufrir un trauma, o un proceso inconcluso respecto de una pérdida.

De igual manera, este conocimiento sobre sus propias emociones les permitirá abordar mejor una situación de muerte con las familias del niño o la niña, de forma que se sientan en capacidad de poder acompañar a estas familias e involucrarse sin temor en estos procesos de duelo.

Parte importante de este autoconocimiento se basa en la forma en que se involucraron hasta el día de hoy con las familias que sufren la pérdida de un infante en su servicio, y cómo sus conocimientos teóricos, aunados a las distintas situaciones vividas, les permiten mejorar paulatinamente para brindar una mejor respuesta ante los dolientes.

Muchas de las personas receptoras de los cuidados y el acompañamiento por parte de algún profesional en enfermería durante un proceso de duelo inmediato, son capaces de vivenciar cómo, desde lo poco o mucho que se sabe sobre el tema, se busca ayudar a la familia a vivir este momento. Estos múltiples intentos por brindar alivio a la familia, desde las distintas capacidades que tiene el enfermero o enfermera, repercuten en las vidas de esas familias, las cuales logran sentirse acompañadas y por tanto, expresan su agradecimiento a estos profesionales por todas las preocupaciones para que se sientan de la mejor manera posible.

Así lo expresan las enfermeras y enfermeros entrevistados, quienes añaden: *“Es de mucha gratificación para uno, porque de verdad los papás sí le agradecen a uno mucho, y uno se va muy feliz para la casa, porque hoy hice algo por esa persona que, que no, cuando venía para acá pensé que no, que no iba a hacer”* (Entrevista 13, 2015) o, *“La consciencia de uno se queda más tranquila si usted más que todo le da confort a los papás, porque ya el niño está en proceso de muerte”* (Entrevista 3, 2015).

En estos casos, la satisfacción personal para quienes laboran como enfermeros o enfermeras se vuelve incuantificable, las palabras de agradecimiento y las muestras físicas, mediante abrazos o visitas posteriores a la muerte del infante, revelan que estos familiares se encuentran conscientes de que se hizo todo cuanto se pudo, y el hecho de que el niño o la niña haya fallecido no se debió a falta de voluntad por parte de enfermería y los demás profesionales en salud, sino a factores que se salen de las capacidades de estos trabajadores.

En el momento en que los padres y madres de familia entienden que se hizo cuanto se pudo para salvar la vida de sus hijos, comprenden que se explotaron todos los recursos que los enfermeros y enfermeras podían brindarle. En este caso, se cuenta esta satisfacción por parte de los padres y madres de familia como un accionar propio de la etapa de la *-Etapa de Resolución-* dictada por Peplau (1990), quien expresa: *“La resolución es básicamente un proceso de liberación; la enfermería ayuda al paciente a organizar sus actos en esta perspectiva durante toda la estancia hospitalaria con el fin de que quede dispuesto y libre para aplicarse a una actividad social productiva y a relaciones elegidas libremente”*. En otras palabras, los enfermeros y enfermeras ayudan y dan guía a los familiares del niño o niña que fallece para que, posteriormente, logren superar esta pérdida e integrarse a las actividades de vida diaria que realizaban antes de la defunción del infante, en un intento por continuar con su vida de forma regular.

En la entrevista 3 (2015), se brinda un ejemplo de lo anterior, expresa: *“Igual aquí la satisfacción que le queda a uno, es que aquí por lo menos en cuidados intensivos se les hace de todo lo que había que hacerle, sea indígena, sea de Panamá, sea nicaragüense, sea costarricense, sea de San José o sea de Talamanca, sea como sea, “sea con plata o sea si plata” aquí es igual para todos, se les hace de todo, entonces es la satisfacción que a uno le queda porque se luchó hasta el final y si ya no queda nada que hacer y ya murió o pasó otra cosa es porque ya Dios decidió. Entonces esa satisfacción a uno le ayuda”*.

Sus expresiones permiten visualizar que, en su labor como profesionales, los enfermeros y enfermeras, buscan indistintamente de la raza, sexo, género o situación socioeconómica, siempre satisfacer las necesidades de las personas, hasta alcanzar

abordar dichas necesidades que puedan llegar a tener, aun cuando no siempre se dé el resultado que se espera, lo cual les genera sentimientos de satisfacción.

Esa satisfacción de realizar todo cuanto se tuvo al alcance es lo que motiva a los y las profesionales de enfermería a seguir laborando día con día, a reconocer que cada acción que realiza en afán de mejorar la vida de un niño o niña a su cargo, así como la de su familia, es el motor principal para hacer su trabajo efectivo dentro de este centro hospitalario; a pesar de que en algunas ocasiones, vivir todas estas experiencias se torne difícil, especialmente en el área emocional, tal como se extrae de las entrevistas: *“Díay, a veces digo que qué bonito mi trabajo. A pesar de todo y todo, yo digo: -qué bonito mi trabajo-, eso es lo que a mí me gusta, para eso estoy yo aquí, para ayudar a la gente, me siento bien, a pesar de que a veces las cosas no salen como uno quisiera, pero di, es como algo como... Una especie como “sedo”, sadomasoquismo digo yo. Porque hay gente que le dice a uno: -Ay, yo no podría trabajar de...-, y yo digo: -No, pero lo que yo hago no es feo, lo que yo hago es muy lindo-, y entonces, este, di, a veces uno siente, se siente orgulloso”* (Entrevista 14, 2015).

Se demuestra cómo, a pesar de no poseer herramientas y habilidades claras para el acompañamiento de los familiares que viven la muerte de un niño o niña, la satisfacción profesional que genera a los enfermeros o enfermeras hacer su trabajo efectivamente, provoca que busquen la manera de llevar a cabo acciones en estas circunstancias.

Sin duda alguna, la forma en la cual se aborden los padres, madres y familiares de un niño o niña que fallece en el servicio ocasiona una respuesta determinada por parte de ellos, por lo tanto, si se hace de una buena manera, los familiares se mostrarán

agradecidos con el enfermero o enfermera y el hospital, mientras que si se realiza de una manera poco asertiva, sólo se generará molestia a dichas personas.

Es en estas ocasiones cuando la comunicación y transmisión de mensajes juega un papel preponderante a nivel de enfermería, por eso se requiere, no sólo comunicar las ideas, sino que esta comunicación sea de una manera asertiva y funcional. En lo referente a este tema, se explica:

"La comunicación funcional le permite a la persona manejar de manera más competente y precisa las situaciones del ambiente en que se encuentra, por cuanto puede expresarse claramente ante las demás personas, estar en contacto con las señales que provienen de su yo interno, conocer lo que piensa, siente, ve y escuchar lo que está fuera de sí y diferenciarlo de su ser. En contraposición, la persona que se comunica de manera disfuncional no interpreta de forma adecuada los mensajes que le llegan del entorno, por cuanto tampoco es una persona abierta a lo que ella misma piensa y siente"

(Naranjo, 2008).

Lo anterior es un ejemplo claro de cómo se debe manejar la comunicación de noticias, en especial cuando llevan una carga emocional tan fuerte como la notificación de un fallecimiento. Ante estas situaciones es necesario que la persona que realiza la notificación sepa transmitir el mensaje con asertividad. En algunas ocasiones, esta asertividad se trae desde la crianza, mientras que en otras, es una herramienta aprendida, tal como lo menciona en la entrevista 4 (2015), quien afirma "*tal vez en algunos cursos le hablaban a uno sobre comunicación asertiva y todo eso*". Esto también lo expresa en la entrevista 9 (2015), quien menciona que se le habló sobre este tema en la universidad:

*“un curso que llevé que se llama taller de desarrollo personal, que me enseñaron comunicación asertiva, punto, eso fue lo único que pude utilizar ahí”.*

Estos cursos y enseñanzas sobre asertividad son, en definitiva, una herramienta o habilidad con la cual se debe contar en enfermería. Dicha herramienta permite que, cuando se debe comunicar algo, se tome de la mejor forma posible, sin expresarse de forma ansiosa o violenta, y con el fin de minimizar el impacto doloroso que le pueda causar esta noticia a los padres, madres o familiares.

Así lo indican varias enfermeras entrevistadas: *“Eso le ayuda a uno a que con los papás una tenga más asertividad para poder expresar el apoyo que uno le pueda dar”* (Entrevista 1, 2015), *“Cómo reaccionar con los papás asertivamente, más que todo lo que es, digamos, la comunicación, que todo se dé asertivamente”.* (Entrevista 2, 2015) y *“Tratar de mantener una comunicación constante con ellos con respecto al... Al tanto de los procedimientos con respecto a patología y todas esas situaciones, mantenerlos al tanto a ellos”* (Entrevista 17, 2015).

Tal como lo mencionan, la comunicación funcional o asertiva permite amortiguar en cierta medida, el dolor que puede sufrir una persona cuando se le comunica una noticia como esta. En esos casos, no se trata sólo de transmitir la noticia, se tiene que hacer con la mayor cautela y prudencia posible para que el padre, madre o familiares del infante muerto lo tomen con un poco más de calma, dentro de lo posible al recibir una noticia tan fuerte.

Sin embargo, adquirir habilidades como comunicación asertiva, inteligencia emocional, manejo de emociones y demás, no se aprende únicamente a nivel universitario. Muchas

de estas herramientas se logran mediante la experiencia y el conocimiento empírico, el cual juega un papel importante en el quehacer diario de la práctica enfermera. Si bien existe una formación profesional universitaria que le permite a la enfermera y el enfermero desempeñarse con soltura en su ámbito laboral, existen muchas otras prácticas que sólo se adquieren cuando se labora en un centro hospitalario o espacio clínico.

Muchas de estas habilidades no se interiorizan de un día para otro, sino requieren de meses o hasta años de experiencia. Si bien la formación universitaria brinda un esqueleto de lo que se debe hacer ante determinadas situaciones, a la hora de la práctica, el comportamiento que tenga el profesional en enfermería puede variar, por lo tanto estas habilidades se adquieren de forma paulatina, tal como lo menciona en la entrevista 5 (2015), quien habla sobre el manejo de la muerte y la comunicación de noticias a los familiares: *“Esto también tiene que ver con la experiencia que tenga uno, no es lo mismo que a uno le pase una primera vez que cuando le ha pasado 15, 20 o 30 veces (...), pero ahora, al principio me costó mucho más. Hace 20 años cuando empecé me faltaba de todo”*.

Inclusive, esta experiencia le ayuda a los profesionales en enfermería a comunicar mejor las noticias, pues al pasar repetidamente por estas situaciones es posible observar cuáles son las reacciones de los padres ante ciertos comentarios, cuáles les ayudan a minimizar un poco su dolor y cuáles deben evitarse.

Un ejemplo de esto lo expresa en la entrevista 17 (2015), quien refiere: *“Yo pienso que es más la experiencia que le da la vida a uno, más que todo, porque, “yay”, uno tan*

*joven, empezando a trabajar y que te llegue un paciente, no va a tener la misma capacidad de habla para un papá que una persona que tenga mucho tiempo de experiencia. Yo pienso que ese, eso es el tiempo de experiencia, me parece a mí...”*

Las personas entrevistadas opinan que algunas veces es más lo aprendido sobre cómo manejar un proceso de duelo con los familiares de un niño que fenece mediante las experiencias que viven, que respecto a la teoría y los libros de sus cursos universitarios, estos se pueden formular como una base para comportarse de la mejor manera ante los dolientes, pero no se erigen como un modelo único e inmutable de lo que debe hacerse frente a éstos en situaciones de muerte, por lo tanto el profesional en enfermería debe hallar poco a poco cuál es la mejor manera de manejar estos procesos.

Inclusive, a la hora de brindar la noticia o intentar ofrecer un poco de alivio a los familiares afectados por la muerte del infante, las frases que se les logran decir pueden hallarse mediante las experiencias vividas, por ejemplo: *“Cuesta mucho tener siempre las palabras adecuadas para decirle a un papá; entonces eso te lo... Yo siempre lo he dicho, eso lo lleva, se lo da el tiempo a uno, esas cosas en su momento porque, hasta en el momento que uno tenga un “pa”, un familiar que también fallece, hasta uno mismo a veces no se encuentra las palabras para decirle a los mismo familiares, entonces yo pienso que en el momento el personal”* (Entrevista 17, 2015).

Tal como lo menciona la enfermera entrevistada, muchas veces, las experiencias que viven, aún fuera del ámbito hospitalario, sirven para ayudarle al profesional en enfermería a comprender mejor la situación que atraviesa el padre, madre o familiar del niño durante la crisis. Estos procesos de fallecimiento y duelo que experimenta el

profesional en enfermería, con sus parientes y amistades cercanas, no sólo sensibilizan a la persona, sino que también le hace darse cuenta acerca de las palabras que realmente pueden servir de alivio ante una muerte cercana.

En conjunto, tanto las muertes de personas significativas para el enfermero o enfermera como el fallecimiento de los infantes que tienen a su cargo durante sus labores en el centro hospitalario servirán para que este profesional conozca mejor la forma de reacción que puede tener ante estas situaciones; así lo expresa en la entrevista 14 (2015), quien refiere: *“Ya después, como han pasado varias veces, entonces ya uno como que, eh, no deja de ser siempre una situación como muy impactante y que le afecta a uno mucho personalmente, pero, uno como que ya tiene más herramientas para manejarlo mejor”*.

Tal como se expone, este tipo de situaciones nunca deja de afectar personalmente al profesional en enfermería, no sólo porque se pueden sentir identificados con las madres, padres o familiares del niño, sino también porque dentro de las características que suelen poseer dichos profesionales se genera la empatía con las personas, para comprender mejor las distintas situaciones que vive un usuario o usuaria.

Dentro de esos sentimientos que los y las entrevistadas expresan para con los padres y madres de un infante que fallece, se encuentran: *“De identificación, que uno se identifica con el papá, si fuera uno como papá, o si fuera uno el papá que llega con ese chiquito en brazos, ¿qué presentaría uno?”*. (Entrevista 17, 2015)

Tal como expresa la mayoría de las personas entrevistadas, lo más importante después de que un niño o niña fallece es brindarles el apoyo a los padres, madres o familiares

comprender su situación, emociones y sentimientos, para realizar las acciones necesarias que les permitan acompañarlos en el afrontamiento de la muerte de su familiar infante fallecido, tal como lo expresa en la entrevista 6: *“Hoy es ella la que pasa por eso, pero mañana puede ser uno o un familiar y uno va a querer que lo traten bien, entonces pienso que en la universidad también le enseñaron a uno valores de la comunicación asertiva, de cómo hablarle a los familiares y esas cosas”* (2015).

Muy similar opina en la entrevista 13 (2015), quien externa: *“Aunque a uno le dicen: hay que ponerse en los zapatos de esa persona. La empatía sí, pero uno muchas veces, lo que hace, di, es apoyarlos, no sé, le ofrece un vaso con agua, o le dice: este, -señor, ¿necesita llamar a alguien?-”*.

Cabe recalcar que la empatía se define como *“la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales”* (Balart, 2013).

Por tanto, no se trata de sufrir una pérdida como si fuera propia, sino reflexionar sobre cómo debe sentirse en ese momento el doliente, e intentar darle apoyo desde esa perspectiva. Sobre este tema, en la entrevista 15 (2015) menciona: *“Uno sabe que lo están sufriendo más otras personas, verdad, entonces es como ponerse en el lugar de esas personas”*.

El sentimiento de empatía no debe entenderse como una crisis emocional igual a la que sufren los padres y madres que pierden a sus hijos, sino más bien como un comportamiento comprensivo hacia las personas dolientes, reconocer la alteración del estado emocional de las personas y así los cuidados se encausarán a generar apoyo a los

parientes afectados, y evitar un acompañamiento que no brinde comunicación terapéutica.

Para un mejor acompañamiento, una de las entrevistadas expone: *“Ese momento que uno va a poder compartir con ellos es importante acercarse, para que ellos sientan que uno de verdad sí está ahí, y sí les, y uno sí está compartiendo ese sentimiento, aunque no de igual manera, pero sí uno está presente”* (Entrevista 13, 2015).

Esta empatía es sin duda, una característica importante que debe presentar, no sólo quien labora como enfermero o enfermera, sino todas aquellas personas que están en contacto con las personas usuarias de un hospital. En el caso particular de enfermería, se convierte en una de las virtudes más importantes con las cuales debe contar un trabajador de esta carrera, pues le permitirá desarrollarse con un mayor grado de humanidad ante los dolientes, y por ende, brindar un acompañamiento y apoyo más efectivo para quien sufre una pérdida.

Con la finalización del análisis, se alcanzan los objetivos planteados para el momento diagnóstico del proyecto, se genera el material suficiente para avanzar con la segunda parte, correspondiente al tercer y último objetivo de la investigación; la creación de la guía de abordaje para enfermeros y enfermeras en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o una niña, la cual se presentará en el próximo apartado.

## **7. CAPÍTULO VII: GUÍA DE ABORDAJE**

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Guía de abordaje para enfermeros y enfermeras en el acompañamiento a la familia en  
caso de muerte inesperada de un niño o una niña.

Proponentes

Moya Solano Sofía Natalia

Vargas Quesada Ana Sofía

Vargas Rodríguez Marco Antonio

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Enero – Diciembre, 2015

## CONTENIDO

FICHA TÉCNICA _____	124
<i>NOMBRE DEL PROYECTO</i> _____	124
<i>AUTORES</i> _____	124
<i>DENOMINACIÓN DEL PROYECTO</i> _____	124

<i>NATURALEZA DEL PROYECTO</i>	125
<i>Descripción</i>	125
<i>Fundamentación</i>	125
<i>Marco Institucional</i>	126
<i>Finalidad del proyecto</i>	127
<i>Objetivos</i>	128
<i>Metas</i>	128
<i>Beneficiarios</i>	129
<i>Localización Física y cobertura espacial</i>	129
<i>Producto</i>	129
<i>ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES.</i>	161
<i>MÉTODOS Y TÉCNICAS</i>	161
<i>CALENDARIZACIÓN DEL PROYECTO</i>	163
<i>DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS</i>	163
<i>PRESUPUESTO</i>	164
<i>ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO</i>	164
<i>INDICADORES DE EVALUACIÓN</i>	164

## **Ficha Técnica**

### ***Nombre del Proyecto***

Guía de abordaje para profesionales en enfermería 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.

### ***Autores***

La presente guía fue elaborada por Sofía Natalia Moya Solano, Ana Sofía Vargas Quesada y Marco Antonio Vargas Rodríguez.

Se contó con la asesoría técnica de las M.Sc Rocío Barrientos Monge, M.Sc Ernestina Aguirre Vidaurre y M.Sc Karol Blanco Rojas.

### ***Denominación del Proyecto***

El proyecto de investigación nace a partir de la necesidad observada en la población de Enfermería del Hospital Nacional de Niños, acerca de conocer la forma de actuar en el abordaje a los familiares de los niños y niñas que mueren de forma inesperada en los distintos servicios del hospital. Este centro médico se caracteriza por ser una institución de tercer nivel, ubicada en el cantón de San José Central, distrito Central. Al ser un hospital especializado, recibe población infantil y adolescente de todo el territorio nacional.

Con esta guía se brinda a los y las profesionales en enfermería una orientación básica sobre cómo pueden acompañar a las familias durante el suceso de muerte inesperada de

una persona infante, con el fin de brindar alivio y confort a sus familiares durante esta etapa.

### ***Naturaleza del proyecto***

#### **Descripción**

Este documento tiene como finalidad que Licenciados y Licenciadas en Enfermería, posean una herramienta de orientación y guía, con el objetivo de brindar un acompañamiento oportuno a las familias de los niños y niñas que fallecen de manera inesperada.

La guía, basada en la Teoría de Relaciones Interpersonales de la teorizante de enfermería Hildegard Peplau, establece una serie de pautas e intervenciones que las y los profesionales pueden ejecutar con las familias cuando enfrentan la muerte de un niño o niña, y así, brindar un acompañamiento en el cual los familiares se sientan respaldados y apoyados por parte del profesional en enfermería.

#### **Fundamentación**

El principal objetivo de las labores que realizan los enfermeros y enfermeras de un servicio hospitalario es brindar cuidado a las personas que tienen a su cargo, con el fin de tomar las acciones respectivas para favorecer su estado de salud, bajo un rol de recurso.

En algunos casos, este objetivo no se alcanza y, por el contrario, la persona usuaria fallece. En esas ocasiones, tanto la persona a quien se le brinda el cuidado, como el rol

que ejerce el enfermero deben dirigirse al cuidado de los familiares del niño o niña que muere bajo un rol asesor.

Dadas esas condiciones, es importante reconocer recursos, acciones y técnicas para cumplir el cuidado en enfermería, sin embargo, no todos los profesionales cuentan con las herramientas necesarias desarrollar este tipo de abordaje.

Es importante para enfermeros y enfermeras contar con instrumentos que brinden orientación para fortalecer sus habilidades en el trabajo integral con la familia de los niños y niñas, en especial en momentos en que los familiares puedan encontrarse en una situación que altere su salud, tal como la muerte de un niño o niña.

Para esto se genera una guía que brinde a los enfermeros acciones, técnicas y herramientas consolidadas y relacionadas con una teorizante propia de la profesión, en este caso: Hildegard Peplau, bajo su teoría de la Relaciones Interpersonales. Se realiza un diagnóstico previo, triangulando las experiencias y conocimientos de los enfermeros y enfermeras por medio de una entrevista, la teoría en mención y otras fuentes bibliográficas validadas científicamente.

### Marco Institucional

El proyecto se dirige a los y las profesionales en Enfermería que laboran en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, ubicado en la provincia de San José.

Los enfermeros y enfermeras con título de Licenciatura que brinden cuidado directo a niños y niñas de forma integral junto a sus familias, y además, puedan verse inmersos en una situación de muerte inesperada, conforman la población meta de este proyecto.

### Finalidad del proyecto

A través de esta guía se establece una pauta por seguir en caso de que el profesional en enfermería deba brindar acompañamiento a un familiar que atraviese por un momento difícil; específicamente, la muerte de un niño o niña.

Lo anterior se efectúa a través de las fases de la Relación Interpersonal de Ayuda, establecida por la teorizante Hildegard Peplau, donde se expresa la importancia de una valoración profunda para reconocer las verdaderas necesidades de los familiares.

A manera de resumen, se expone que esta guía aborda de forma integral las labores de los profesionales en Enfermería, con el fin de proveerlos de herramientas, técnicas y acciones para reforzar y actualizar sus conocimientos respecto del acompañamiento de familiares dolientes.

## Objetivos

### General:

Proporcionar conocimientos y habilidades para los enfermeros y enfermeras en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o niña para los enfermeros y las enfermeras del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera.

### Específicos:

- Orientar a los y las profesionales en enfermería para el acompañamiento a la familia de un niño o niña que fallece de forma inesperada.
- Proporcionar material actualizado para los y las profesionales de enfermería que laboran en los distintos servicios del Hospital Nacional de Niños, para el acompañamiento a la familia de un niño o niña que fallece de forma inesperada.

## Metas

- Construir una guía que englobe todas las necesidades profesionales manifestadas por la población sujeto de entrevista respecto del acompañamiento.
- Proveer a los profesionales en enfermería herramientas, acciones y técnicas que les permitan brindar acompañamiento a familiares dolientes.

### Beneficiarios

Los beneficiarios serán tanto directos como indirectos:

- Como beneficiario directo se encuentra el Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera. Contará con la guía para implementarla en la inducción que se brinda a los y las enfermeras que inician sus labores en dicho hospital.
- Directamente también se benefician los profesionales de enfermería. Tendrán un instrumento innovador para la atención de familiares que hayan vivenciado el duelo de manera inesperada.
- Y por último, de forma indirecta, se beneficiarán los familiares que tengan niños o niñas que utilicen los servicios del Hospital Nacional de Niños. Podrán contar con profesionales más preparados para acompañarlos durante el duelo inmediato de forma eficaz.

### Localización física y cobertura espacial

La presente guía se implementará en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera y se brindará a todos los profesionales en enfermería, ya sea a aquellos que actualmente laboren en el centro, como quienes ingresen a trabajar a dicho centro de salud.

### Producto

Se realiza la guía tras una etapa diagnóstica con los enfermeros y enfermeras que laboran en los servicios de Medicina 1, 4 y 5, Cirugía 2 y 3, Emergencias Médicas y

Quirúrgicas y Unidad de Cuidad Intensivos. De manera posterior se triangulan los datos obtenidos con la teoría conseguida tras la revisión bibliográfica exhaustiva.

A partir de los resultados obtenidos y el debido análisis de las entrevistas se derivan las herramientas, técnicas y acciones que favorecen la labor del profesional de enfermería para brindar acompañamiento a familiares que sufren la muerte de un niño o niña.

Esta guía genera el producto para alcanzar los objetivos y metas establecidos con anterioridad.

Es importante establecer algunas pautas acerca de esta guía: se fundamenta en la teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau, sin embargo, es esencial señalar cómo se encuentra enmarcada dentro del proceso de Atención de Enfermería, pilar básico en la labor de todo profesional de enfermería.

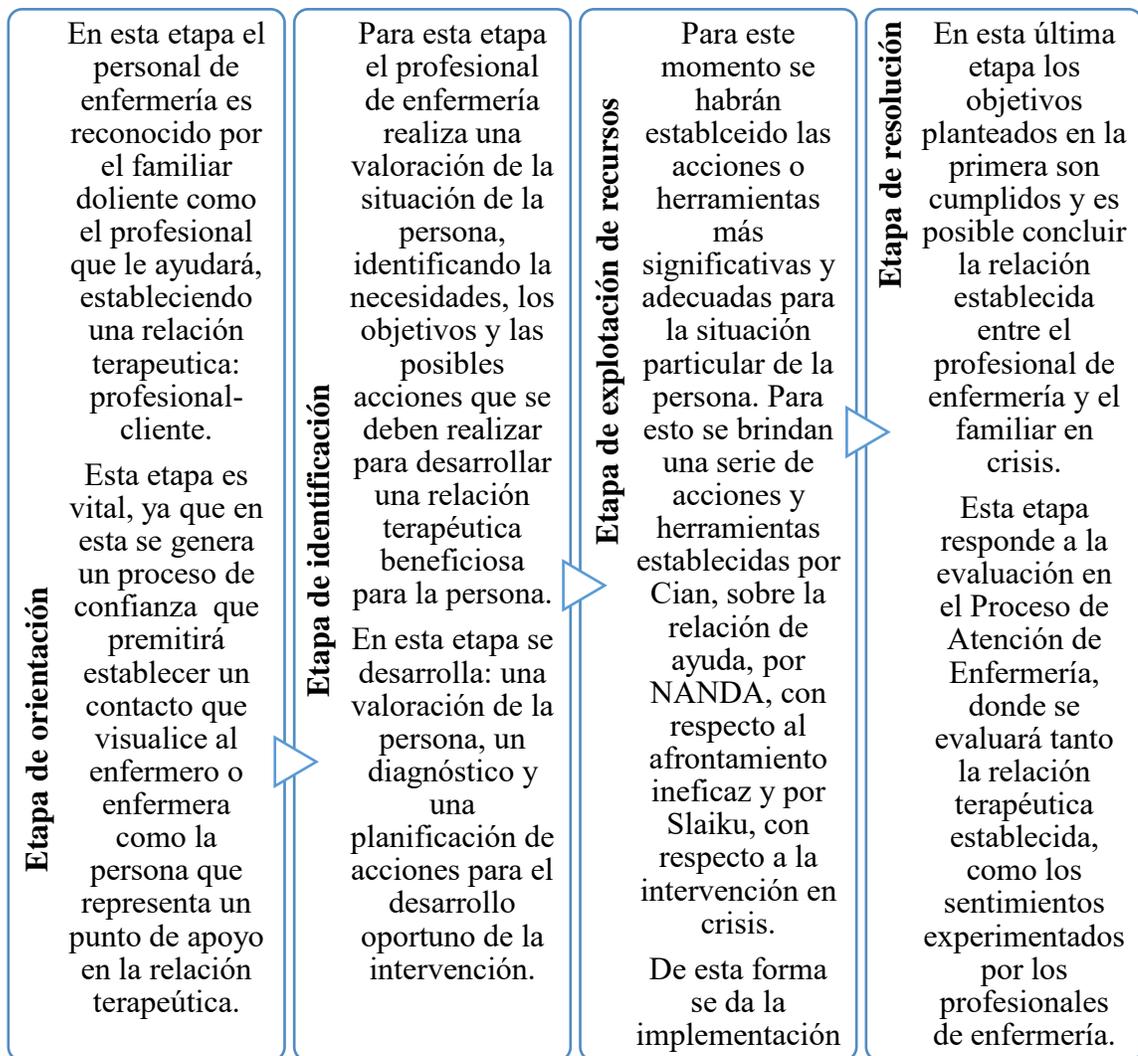
El Proceso de Atención de Enfermería es: *“un método sistematizado y racional basado en el método científico, que permite a la enfermera (o) proporcionar cuidados integrales al paciente”* (Universidad de Ciencias y Humanidades, 2011). Es decir, es la herramienta que permite, a través de la observación, el análisis de la información obtenida y en confrontación con los conocimientos teóricos y prácticos, dar una respuesta a las necesidades de las personas que se tienen a cargo, todo con el fin de proporcionar cuidados integrales a la persona infante y su familia.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco etapas: valoración, formulación de diagnósticos enfermeros, planificación de la intervención, ejecución de dicha

intervención y evaluación del trabajo; es a través de ellas que se podrá implementar esta guía de abordaje.

Relacionar las etapas del Proceso de Atención de Enfermería con las etapas de la Relación Interpersonal de Ayuda, permite visualizar que se realiza el cuidado de los familiares con el método sistematizado y propio de la profesión. Establecer

*Ilustración 2. Etapas de la relación interpersonal de ayuda*



Fuente: Peplau (1990).

Este proceso se realiza bajo el establecimiento de una relación terapéutica, es importante entonces valorar el significado del cuidado en las acciones de enfermería, al ser este el objeto principal de estudio de la profesión enfermera, tal como expresa Kerouac citado por Sanabria, Otero & Urbina (2002) *“el centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que en interacción continua con su entorno vive experiencias en salud”*.

Es decir, al tomar en cuenta que la relación terapéutica establecida entre el enfermero o enfermera y los familiares del niño o niña que ha muerto se basa en una interacción por una experiencia en salud, se da un proceso de cuidado por parte de los profesionales, el cual se ejecuta como proceso de contención emocional que proporciona alivio a la salud psíquica de los dolientes.

Trabajar para y con la familia del niño o niña que muere es un eje principal de la labor enfermera, según se describe: *“Todos los seres humanos nacen en el seno de una familia (...) entonces, tiene un valor de refugio afectivo y de aprendizaje social, si algo puede hacer feliz o infeliz a alguien son las relaciones familiares”* (Cid, 2014).

La muerte de alguno de los miembros de una familia es un suceso trascendente, que debe abordarse de una forma integral, sobre todo si la persona que se encuentra presente en el momento de la muerte del niño o niña es el padre o la madre, pues como lo explica Cid (2014) respecto de la función paterna y materna en la familia, se resalta el valor de la familia en el cuidado, el núcleo familiar es quien tiene la responsabilidad de garantizar la satisfacción de necesidades básicas, entre ellas las acciones de aseo en los

niños para fomentar un hábito, vivienda digna, vestido, atención médica, todo a favor de establecer una vida saludable para el niño o niña.

Desde esta visión, el padre, la madre o la persona que ejerce como cuidador, pueden ver en la muerte del niño o niña un fracaso de su rol familiar, por lo cual brindar una relación terapéutica de ayuda, que reduzca los sentimientos de culpa, ansiedad y dolor, les permitirá iniciar un proceso de duelo donde predominen los sentimientos en mención.

Es importante señalar que el cuidado que se ejerce por los profesiones de enfermería para los familiares que atraviesan la muerte de un niño o niña, es esencial para el desarrollo de la relación terapéutica, sin embargo, al tener en cuenta el rol familiar del cuidado descrito, establecer un proceso de cuidado *post-mortum* para el niño o niña que involucre de forma activa a la familia, se considera por Enorult (2005) según su experiencia con madres de niños o niñas que han fallecido, como básico para ayudar a los familiares a disminuir sus niveles de ansiedad y dolor.

Permitir a los familiares realizar el último aseo del niño, vestirlos con la ropa que ellos escojan y peinarlos como siempre lo hacían, resulta favorecedor para los familiares al asimilar de mejor manera la muerte del niño o niña, así como poder despedirse del niño, y concluir la rutina de aseo típica que llevaban a cabo (Ernoul, 2005).

Por otra parte, es importante utilizar herramientas propias de enfermería, las cuales estén avaladas internacionalmente, por lo tanto en ésta guía se utilizarán herramientas como NANDA y NIC.

NANDA, en su sitio web oficial señala que la: *“implementación de los diagnósticos de enfermería mejora todos los aspectos de la práctica de enfermería (...), NANDA Internacional existe para desarrollar, perfeccionar y promover una terminología que refleje con precisión los juicios clínicos de enfermeras”*. Es por esta razón que en la guía se implementa un diagnóstico NANDA relacionado con la situación vivida por los padres, como es el diagnóstico código 00069; *-Afrontamiento ineficaz-*, definido como: *“La incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles”*(EDUCSA, 2013)

No solo NANDA es considerada una herramienta para enfermería avalada internacionalmente, sino, también es de utilidad la herramienta Nursing International Classification (NIC), la cual describe acciones relacionadas directamente con el diagnóstico descrito.

Luego de dar estas explicaciones, se presenta una guía con base en la relación de ayuda, incluye los aspectos mencionados sobre las relaciones familiares, además de herramientas, técnicas y acciones propias de enfermería.

*Cuadro 4. Guía de abordaje para profesionales en enfermería en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o una niña*

Tema	Objetivo	Contenido	Actividades o herramientas sugeridas	Recursos	Justificación
Etapa I: Orientación.	Establecer la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y la persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del expediente.</li> <li>• Identificación de las partes en la relación terapéutica.</li> </ul>	<p>Revisar el expediente del niño o niña para conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del infante.</li> <li>• Nombre del padre, madre o encargado.</li> <li>• Causa de muerte.</li> <li>• Fecha de ingreso.</li> <li>• Números telefónicos de los contactos de emergencia.</li> </ul> <p>En segunda instancia se debe realizar lo siguiente con los familiares del niño o niña que ha fallecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe iniciar con la presentación personal en donde quede claro su nombre completo y el cargo que ocupa (Enfermera o Enfermero del servicio).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	Es fundamental conocer al menos, datos básicos de las personas a cargo. El nombre, la edad, los diagnósticos, la fecha de ingreso, etc.; es información que debe manejar el profesional de enfermería de todos y cada uno de los usuarios que tiene a su cargo.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posteriormente se procede a identificar a los dolientes (nombre de la o las personas) y su relación con el niño o niña fallecido.</li> </ul>		
Etapa II: Identificación.	Identificar las necesidades de la persona, y el tipo de ayuda que se le brindará.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de necesidades.</li> <li>• Establecimiento de metas por alcanzar con la intervención.</li> </ul>	<p>Esta segunda etapa se centra en la validación de sentimientos de la persona que se atiende, lo cual permitirá identificar la relación terapeuta- persona. Para ello se utilizarán las siguientes preguntas generadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>¿Le gustaría estar acompañado por alguien más en este momento?:</i> Si la respuesta es positiva, verifique si desea que se le comunique con el número del contacto de emergencia del expediente del niño o niña o si desea que se le contacte con otra persona. Después proceda a continuar la intervención, asimismo, si la respuesta es negativa continúe con la intervención.</li> <li>2. <i>¿De qué forma considera</i></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional en enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	Para lograr una optimización de las facultades de la persona, es necesario que se reconozca a sí misma como agente de cambio y perciba el potencial que tiene para superar la situación que esté viviendo. De esta forma, en conjunto con el profesional en enfermería, podrán fijar metas realizables y concretas para alcanzar un mayor desarrollo en su vida. Peplau (1990) dicta: “el aprendizaje constructivo se produce cuando el paciente puede
Etapa II: Identificación.	Identificar las necesidades de la persona, y el tipo de ayuda que se le brindará.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de necesidades.</li> <li>• Establecimiento de metas por alcanzar con la intervención.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser</li> </ul>	



<p>Etapa II: Identificación.</p>	<p>Identificar las necesidades de la persona, y el tipo de ayuda que se le brindará.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de necesidades.</li> <li>• Establecimiento de metas por alcanzar con la intervención.</li> </ul>	<p><i>hija)</i>, “<i>Ya no tiene sentido vivir</i>”, “<i>Me quiero morir con él (o ella)</i>”. Para indagar el riesgo de suicidio haga las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Ha pensado en quitarse la vida? (Si la respuesta es negativa continúe con la etapa III)</li> <li>2. ¿Ha planeado la forma de hacerlo?</li> <li>3. ¿Tiene los medios para llevar a cabo ese plan?</li> <li>4. ¿Hay algo que le impida quitarse la vida?</li> </ol> <p>Si alguna de esas respuestas resulta positiva, solicite una interconsulta con el servicio de psiquiatría y hasta que no consiga el apoyo interdisciplinar, mantenga el acompañamiento. Mientras realiza el acompañamiento, utilice la herramienta que se explica más adelante: Intervención en crisis de primer orden o primeros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--------------------------------------	--	--	---	---	--

			auxilios psicológicos.		
Etapa III: Explotación de recursos.	Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.	Herramientas propias de la relación de ayuda descritas por Luciano Cian.	<p>Luciano Cian (1994), psicólogo italiano, describe ciertas habilidades o características que debe poseer una persona para fomentar una relación terapéutica que devenga en el bienestar de quien le solicita ayuda; estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Confianza en la persona:</b> El que tiene confianza en una persona no se pone nunca por encima de ella, no la juzga, no la domina, no la humilla, ni acobarda. En la persona existen cualidades desconocidas y por tanto no apreciadas; si alguno las nota y las pone de manifiesto, se gana al instante la simpatía y produce autoestima y seguridad.</li> <li>• <b>Comprensión empática:</b> La empatía es la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y de participar en su experiencia, en la medida en que lo permite la comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>Durante la explotación de recursos, el cliente se ve favorecido por las acciones, herramientas o conocimientos que puedan tener los enfermeros.</p> <p>En esta relación, es importante que se reconozca que el enfermero o enfermera cumple un rol asesor.</p> <p>Peplau (1990) explica que mientras el enfermero o enfermera ejerce una labor relacionada con el rol asesor será importante alcanzar una condición de relación interpersonal para poder descubrir y</p>

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Herramientas propias de la relación de ayuda descritas por Luciano Cian.</p>	<p>verbal y no-verbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Consideración positiva:</b> Esto significa la aceptación sin condiciones de todo el presente, el pasado y el futuro de la persona, de su modo de expresarse y de vivir, sin reservas ni valoraciones.</li> <li>• <b>Autenticidad:</b> Se trata de entrar en relación con toda la propia personalidad, tal como es, sin disfraces ni formas protocolarias, sin apaños ni diplomacias, mirándole a los ojos. Es el acuerdo entre experiencia y simbolización, en la consciencia y en la comunicación.</li> </ul> <p>Asimismo, Cian menciona que la herramienta más importante que debe utilizar un terapeuta o facilitador es la Escucha Activa, la cual considera que debe ser la base sobre la cual se pueda ayudar a la persona necesitada. Sólo mediante una escucha activa se logra conocer realmente al otro, pero debe hacerse de forma atenta, receptiva, acogedora y que la persona sienta que puede expresarse con confianza,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo</li> </ul>	<p>revelar las necesidades del usuario o la usuaria en lugar de suprimirlos o distorsionarlos.</p> <p>Este rol es explicado por Peplau como aquel que <i>“tiene que ver con la forma en que las enfermeras responden a las demandas que se les formulan”</i>.</p> <p>Es por esto que se presentan una serie de herramientas y acciones que brindan apoyo a los y las profesionales de enfermería para responder a las demandas que se les formula.</p> <p>Desde una visión en la que la intervención se centra en el cliente, Cian señala una serie de actitudes necesarias</p>
<p>Etapa III:</p>	<p>Explicar</p>				

Explotación de recursos.	diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.	Herramientas propias de la relación de ayuda descritas por Luciano Cian.	mostrándose de manera sincera y transparente. Para ir aún más a fondo, conviene prestar y vivenciar una atención serena que permita decantar lo que es superficial o demasiado sensible o emotivo. De este modo, lo sensible se vuelve participación psicofísica profunda, lo racional deja espacio a lo intuitivo, que ayudará al cliente a descubrir las pistas vitales que busca para liberarse y madurar.	profesional de apoyo (de ser necesario). • Espacio físico.	para desarrollar una relación de ayuda, siendo esta “ <i>el fruto de una lenta formación sobre elementos innatos, educables y orientables mediante entrenamiento...</i> ” (Cian, 1994)  Por otra parte, es importante utilizar elementos propios y probados del quehacer de la profesión enfermera, por lo que NANDA y NIC se convierten en un instrumento clave para la generación de opciones en la atención brindada.
Etapa III: Explotación de recursos.	Explicar diferentes acciones propias del	Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.  Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.	<b>Intermediación cultural (7330)</b> <i>“Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico”.</i>  • Utilizar un lenguaje sencillo sin tecnicismos. • Proporcionar información al personal sanitario sobre la cultura del paciente. • Modificar las intervenciones de manera culturalmente adecuada.  Si no tiene conocimientos sobre	• Personal Profesional de Enfermería. • Equipo profesional de apoyo (de ser necesario). • Espacio físico.	Según las características de las personas que se favorecerán de esta intervención, se determinó que los

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p> <p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>el sistema cultural en que se desarrolla la familia del niño o niña, busque información sobre la misma, y trabaje con ellos bajo su línea cultural sin querer cambiar o alterar sus tradiciones culturales. Permítale realizar sus propios ritos y hágales sentir incluidos en el proceso de muerte del niño o niña.</p> <p><b>Presencia (5340)</b></p> <p><i>“Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.</li> <li>• Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.</li> <li>• Permanecer con el familiar y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza en los momentos de ansiedad.</li> </ul> <p>Si en la etapa de valoración, la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>familiares atendidos pueden cumplir las características definitorias para el diagnóstico 00069: Afrontamiento ineficaz.</p> <p>NANDA define el diagnóstico utilizado como: <i>“La incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles”</i></p> <p>A partir de este diagnóstico se describen una serie de acciones descritas en Nursing Intervention Classification (NIC), las cuales son</p>
--	--	--	---	---	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>persona a mejorar su salud.</p> <p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>persona a quien se acompaña refirió no querer conversar sobre la muerte del niño o niña pero solicitó su presencia, no se aparte de la persona, acompañe la cantidad de tiempo que sea necesario, esto hará sentir al familiar comprendido y apoyado.</p> <p><b>Manejo ambiental (6482):</b></p> <p><i>“Manipulación del paciente para facilitar una comodidad óptima”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las fuentes de incomodidad.</li> <li>• Colocar a los familiares de forma que se facilite la comodidad.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> </ul> <p>En un momento tan complicado como la muerte de un niño o niña, el ambiente y entorno que se les proporcione a los familiares es un punto clave para reducir el riesgo de alteraciones emocionales que afecten el inicio del proceso de duelo. Buscar un</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>utilizadas según el criterio profesional del enfermero o enfermera.</p> <p>Además, tomando en cuenta que en muchos casos las personas se encuentran en un estado de desorganización mental <i>“caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución del problema”</i>, es importante reconocer acciones y herramientas propias de la intervención en crisis de primer orden.</p> <p>Este <i>“proceso de ayuda dirigido a</i></p>
--	--	--	--	---	---

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>sitio cómodo, lejos de otras personas y niños o niñas que se encuentren hospitalizados le proporcionará al familiar del fallecido un ambiente adecuado para la expresión verbal y no verbal de sus emociones, además de crear un espacio seguro con el infante que ha fallecido para la implementación de sus costumbres sociales, culturales y religiosas.</p> <p><b>Apoyo espiritual (5420)</b></p> <p><i>“Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</li> <li>• Rezar, meditar u orar con el individuo si él así lo desea.</li> <li>• Facilitar la participación de costumbres culturales y religiosas con respecto de la muerte si así lo desea la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p><i>auxiliar a una persona a soportar un evento traumático de modo que la probabilidad de debilitarse por efectos físicos o psicológicos se aminore”</i> es una acción importante para desarrollar una relación terapéutica efectiva.</p>
--	---	--	--	---	---

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir la cercanía de un pastor, cura, o guía espiritual si la familia así lo desea.</li> </ul> <p>El respaldo espiritual es para los seres humanos un deshago de las emociones que son incapaces de superar con facilidad, por lo que permitirle a las personas el acercamiento de su guía espiritual, la proximidad religiosa con el Ser Superior en quien tengan confianza y permitirles realizar sus rituales espirituales con el apoyo del equipo en salud genera, en algunos casos, sentimientos de comodidad y tranquilidad.</p> <p><b>Apoyo a la familia (7140):</b></p> <p><i>“Estimulación de valores, intereses y objetivos familiares”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar a la familia que al niño o la niña se le brinden los mejores cuidados <i>post-mortum</i> posibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> </ul>	
--	---	--	--	--	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p> <p>Acciones descritas por NANDA, relacionados</p>	<p>El enfermero o enfermera, como encargado de los cuidados <i>post-mortum</i> del niño o la niña tienen en sus manos la posibilidad de reducir el impacto en los familiares al ver a su hijo o hija que ha fallecido en un mal estado físico. Para este punto es importante permitirles a los familiares ser parte del proceso <i>post-mortum</i>.</p> <p>Permitir que los padres sean parte de este proceso le permitirá a la familia desarrollar actividades como tocar y acariciar al niño, expresarles su amor, realizar el último aseo de su niño o niña y brindarles por última vez el cariño y ternura que sienten hacia el infante como sus padres, elegir la ropa que el niño usará, invitar a los padres a realizar alguna actividad significativa para el niño, contarle un cuento, cantarle una canción de cuna, peinar al niño por última vez y si lo desean cortar un mechón de su cabello. Estas acciones son recomendadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> </ul>	
--	---	--	--	--	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p> <p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>por Annick Ernoult en su artículo “<i>Le point de vue des parents</i>” (s.) tras una recopilación de historias de madres que han sufrido la muerte de sus hijos o hijas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>• Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.</li> </ul> <p>No deje a la familia con dudas, tome un tiempo para sentarse con ellos y permitirles evacuar todas las dudas que tengan con respecto del proceso de enfermedad y muerte por la que el niño o niña pasaron. No se les debe engañar, sin embargo, si considera que hay detalles que pueden ser dolorosos para los familiares omite esa información. Atender las dudas que tengan los familiares hará que conozcan las verdaderas causas de muerte y no tengan sentimientos de auto culpabilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacio físico.</li> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--	---	--	---	--	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>o de culpabilización al personal de salud del centro hospitalario.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar ayuda para atender las necesidades básicas de la familia.</li> </ul> <p>Conocer la condición socio-económica de los familiares del niño o niña que ha fallecido le permitirá tomar en cuenta aspectos como el apoyo de trabajo social, de las damas voluntarias o de grupos de apoyo económico. Para esto usted también necesita saber el domicilio de la persona atendida, si tienen medios para movilizarse de nuevo a su zona residencial o si necesita apoyo en el transporte. Pregúnteles si se han alimentado, si no es así busque apoyo con el servicio de nutrición del hospital y estimule su apetito.</p> <p><b>Apoyo emocional (5270)</b></p> <p><i>“Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes</p>				

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p> <p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanecer con el usuario y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</li> <li>• Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo.</li> <li>• Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</li> </ul> <p>Mostrar el apoyo tanto físico como psico-emocional le permitirá al familiar doliente tener sentimientos de seguridad y confianza con el personal de salud que atendió a su hijo o hija y que en ese momento les brinda apoyo, se sentirán acompañados y creará el vínculo necesario para propiciar la verbalización de sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a reconocer y verbalizar sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>• Escuchar de forma activa sus expresiones.</li> </ul> <p>Una vez que el familiar y el profesional de enfermería han logrado alcanzar un vínculo que</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--	---	--	--	---	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>ayudar a la persona a mejorar su salud.</p> <p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>les permite el desarrollo de una relación interpersonal de ayuda, realice preguntas generadoras que le permitan al familiar reconocer si tienen emociones relacionadas con la ansiedad, el temor, la ira o la tristeza, siempre recuerde escuchar activamente cada una de sus expresiones.</p> <p><b>Asesoramiento (5240)</b></p> <p><i>“Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>• Pedir al familiar que identifique lo que se puede y lo que no se puede hacer sobre lo que sucede.</li> </ul> <p>Ayudar al paciente a realizar una lista de prioridades para buscar la manera que él considere es la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal</li> </ul>
--	--	--	---	---	--

Etapa III: Explotación de recursos.	Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.	Acciones descritas por NANDA, relacionados con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz.	mejor forma de conducir la situación de duelo inmediato que atraviesa, esto le dará al familiar una visión realista de lo que sucede, poder asimilar la situación de una forma serena y asertiva.	Profesional de Enfermería. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
		Componentes de una intervención en crisis de primer orden, descritos por Slaiku (1988).	<b>Hacer contacto psicológico.</b> <i>“Definido como empatía o sintonización, con los sentimientos de la persona en crisis”</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitar a la persona a hablar y comunicar lo sucedido.</li> <li>• Escuchar la visualización de la situación por parte de la persona en crisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de</li> </ul>	



<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Componentes de una intervención en crisis de primer orden, descritos por Slaiku (1988).</p>	<p>que puede pasar el familiar, relacionándolo con situaciones pasadas y las situaciones presentes y cómo estas puede fortalecer o debilitar su estado emocional.</p> <p><b>Sondear posibles soluciones.</b></p> <p><i>“Se refiere a la identificación de un rango de soluciones alternativas”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar con la persona en crisis alternativas para mejorar su salud emocional.</li> <li>• Analizar los obstáculos que puedan evitar que la intervención sea efectiva.</li> </ul> <p>Realizar éstas acciones provoca que las personas sean parte de la intervención y encuentren ellas mismas otros caminos para iniciar un proceso de desapego con el niño o niña de forma saludable.</p> <p><b>Asistir en la ejecución de pasos concretos.</b></p> <p><i>“Involucra a la persona a ejecutar alguna acción concreta</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--	---	--	--	---	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Componentes de una intervención en crisis de primer orden, descritos por Slaiku (1988).</p>	<p><i>para dar el siguiente paso”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular, facilitar y acompañar a la persona en la ejecución de las soluciones planteadas.</li> </ul> <p>Hacer sentir a la persona en control de sus decisiones y acciones, tomando el profesional de enfermería un papel facilitador más que ejecutor.</p> <p><b>Registro y seguimiento para verificar el progreso.</b></p> <p><i>“Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir el objetivo de completar el circuito de retroalimentación, siendo el enfermero o enfermera el profesional con quien más contacto se mantuvo en el suceso de la muerte del niño o niña.</li> </ul> <p>Estar atento al progreso de la situación de duelo de los familiares ayudará a identificar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--	---	--	---	---	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>	<p>Componentes de una intervención en crisis de primer orden, descritos por Slaiku (1988).</p>	<p>su mejora y hacer sentir el apoyo a los familiares por parte de los profesionales en enfermería.</p> <p>Es importante registrar en las notas de enfermería el desarrollo de la intervención en crisis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	
--	---	--	---	---	--

<p>Etapa III: Explotación de recursos.</p>	<p>Explicar diferentes acciones propias del quehacer enfermero para ayudar a la persona a mejorar su salud.</p>				
<p>Etapa IV: Resolución.</p>	<p>Finalizar la relación de ayuda entre el profesional de enfermería y la persona.</p>	<p>Existen dos fases que deben realizarse para concluir adecuadamente la intervención: la liberación de las personas atendidas y la evaluación del acompañamiento brindado.</p>	<p>La etapa de resolución implica la liberación gradual de las personas atendidas, y la creación y fortalecimiento de la capacidad para actuar por uno mismo (Peplau, 1990).</p> <p><b>Sumar, organizar y secuenciar:</b> Se debe agrupar los aspectos más significativos que han ocurrido y el aprendizaje generado. (Rodríguez, 2013)</p> <p><b>Formular un plan de acción:</b> Solicitar al cliente que efectúe un listado de situaciones,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>Al sumar, organizar y secuenciar lo ocurrido aumenta la conciencia de la persona del progreso, se interioriza lo aprendido y se valoran las potencialidades que poseen para efectuar cambios positivos. (Rodríguez, 2013)</p> <p>El contar con un plan de acción permite a los usuarios y las usuarias</p>

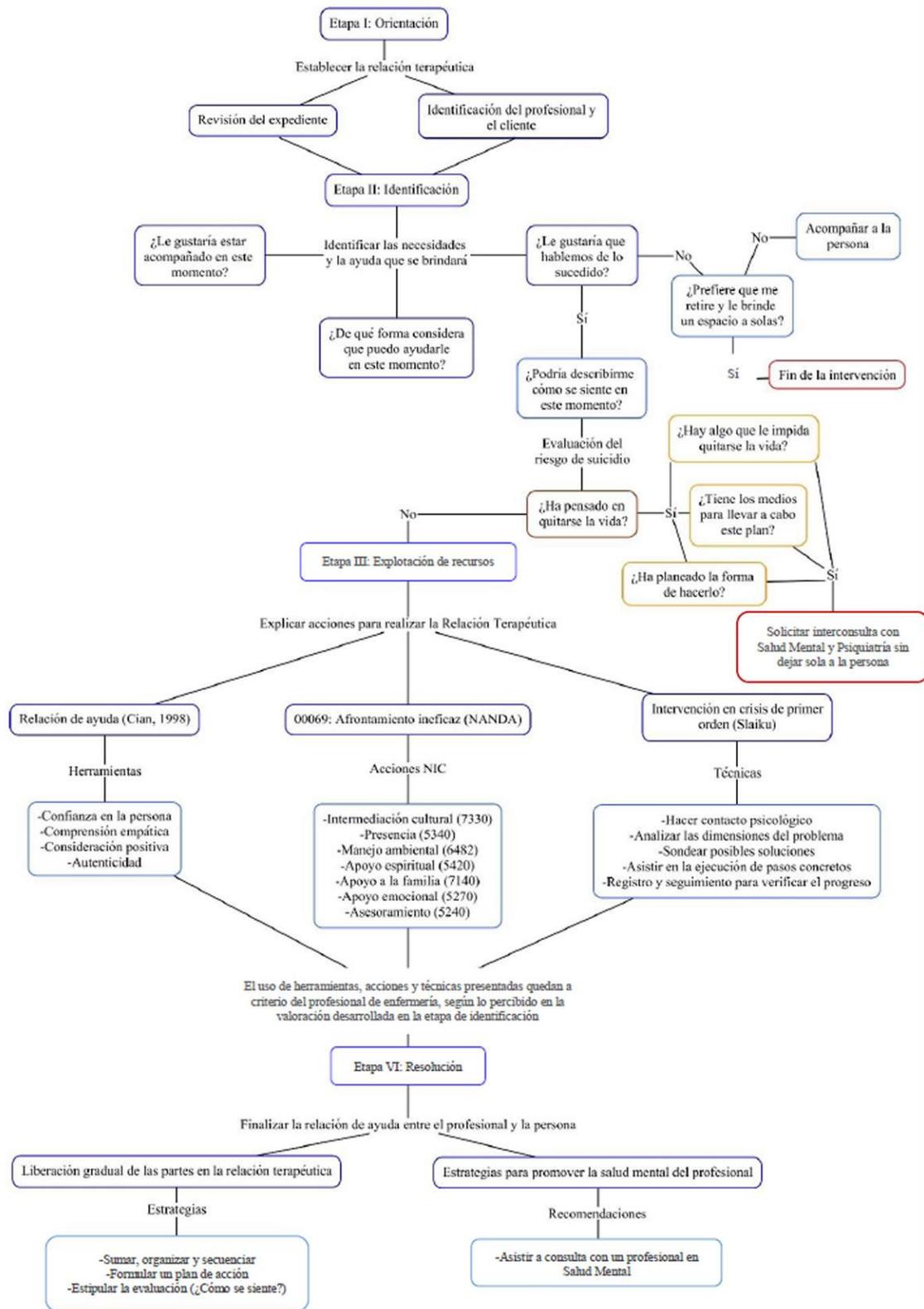
<p>Etapa IV: Resolución.</p>	<p>Finalizar la relación de ayuda entre el profesional de enfermería y la persona.</p>	<p>Existen dos fases que deben realizarse para concluir adecuadamente la intervención: la liberación de las personas atendidas y la evaluación del acompañamiento brindado.</p>	<p>problemas, conductas, y/o, actitudes, que haya identificado que aún permanecen inconclusos. A partir de ellos, buscar en conjunto las alternativas para afrontarlas de manera positiva. (Rodríguez, 2013)</p> <p><b>Estimulando la evaluación:</b> Se pretende librar a las personas de las influencias nocivas de su entorno como personas, valores, hábitos, etc. que produzcan algún daño o interferencia para la recuperación.</p> <p>Además, el terapeuta debe valorar los sentimientos de la persona mediante preguntas sencillas pero directas: <i>¿Cómo se siente?</i></p> <p>Por otra parte es fundamental observar el comportamiento o la actitud de los familiares para determinar si esta se ha modificado evidenciando la satisfacción de las necesidades planteadas en las primeras etapas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>observar lo que han crecido e interiorizado en la relación de ayuda. (Rodríguez, 2013)</p> <p>En la estimulación de la evaluación se pretende que los familiares logren desechar aspectos sociales, culturales o personales que limiten la correcta evolución del duelo inmediato, para así afrontar la situación. (Rodríguez, 2013)</p> <p>Por otra parte la validación de sentimientos y la observación de la actitud de la persona permiten evaluar si la intervención y el acompañamiento han logrado satisfacer las necesidades</p>
------------------------------	--	---	---	---	---

<p>Etapa IV: Resolución.</p>	<p>Finalizar la relación de ayuda entre el profesional de enfermería y la persona.</p>	<p>Existen dos fases que deben realizarse para concluir adecuadamente la intervención: la liberación de las personas atendidas y la evaluación del acompañamiento brindado.</p>	<p>del proceso.</p> <p>Es importa reconocer, si la persona no expresa verbal o no verbalmente una mejoría, comunicarse con profesionales en salud mental, para una intervención más especializada de la persona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal Profesional de Enfermería.</li> <li>• Equipo profesional de apoyo (de ser necesario).</li> <li>• Espacio físico.</li> </ul>	<p>inmediatas de los familiares que afrontan la muerte de un niño o niña.</p>
	<p>Promover la restauración de la salud mental de los profesionales en enfermería que han atendido casos de infantes fallecidos que provocaron afectación en su</p>	<p>Estrategias para fortalecer el bienestar de los profesionales en enfermería, en ocasiones cuando un fallecimiento de un niño o niña derrumba su salud mental, física o emocional.</p>	<p>Los y las profesionales entrevistadas comentan la necesidad de recurrir a otros profesionales, para hacer catarsis de las situaciones fuertes que desbalancean a los profesionales.</p> <p>Para esto se recomiendan varios aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La disponibilidad de un Profesional en Salud Mental</b> para que los profesionales</li> </ul>	<p>Profesional de Enfermería en Salud Mental.</p> <p>Espacio físico.</p> <p>Recurso Temporal:</p> <p>Disposición de tiempo para asistir.</p>	<p>Peplau (1990) define ese proceso interpersonal como: <i>“La relación humana entre una persona que está enferma o necesita de servicios de salud y una enfermera ...”</i></p> <p>Por lo tanto, al reconocer a la</p>

<p>Etapa IV: Resolución.</p>	<p>salud.  Promover la restauración de la salud mental de los profesionales en enfermería que han atendido casos de infantes fallecidos que provocaron afectación en su salud.</p>	<p>Estrategias para fortalecer el bienestar de los profesionales en enfermería, en ocasiones cuando un fallecimiento de un niño o niña derrumba su salud mental, física o emocional.</p>	<p>puedan expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones después de situaciones fuertes o desgastantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La existencia de un espacio adecuado, cómodo y equipado</b> con lo necesario, en donde el profesional de enfermería y el especialista en Salud Mental puedan conversar y realizar una intervención conveniente.</li> <li>• <b>La apertura de contar con un espacio de tiempo prudencial</b> para asistir a la consulta con el especialista en Salud Mental cuando se requiera.</li> </ul>	<p>Profesional de Enfermería en Salud Mental.  Espacio físico.  Recurso Temporal: Disposición de tiempo para asistir.</p>	<p>enfermera como un ser humano y después como profesional, permite admitir que existen situaciones que afectan emocionalmente a cualquier profesional, por motivos diversos, y que por ende este puede requerir de ayuda de otros profesionales más especializados.</p>
----------------------------------	--	--	--	---	--

Fuente: (Bulechek, 2013)(Cian, 1994) (EDUCSA, 2013) (Ernoul, 2005) (NANDA Internacional, 2015)

Ilustración 3. Algoritmo para brindar acompañamiento



Fuente: Elaboración propia.

### ***Especificación operacional de las actividades.***

Los profesionales de enfermería a quienes se les brinde la guía de abordaje, serán capaces de proporcionar a los familiares de los niños o niñas que fallezcan, atención y cuidados basados en la teoría de Hildegard Peplau y en relación con técnicas de diversos autores, validados internacionalmente. Esto traerá beneficios al hospital, pues se brindará una atención integral e integrada para los familiares de niños o niñas que mueran en el centro hospitalario.

Para implementar la guía en su puesto laboral se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Tener grado de Licenciado o superior en Enfermería.
- Laborar en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera.
- Demostrar interés en el tema.
- Mostrar compromiso y actitud positiva al desarrollo de nuevas herramientas.
- Asistir a una capacitación para el uso de la guía.

### ***Métodos y técnicas***

Para el desarrollo del proyecto se implementan seis etapas necesarias, van desde el desarrollo del anteproyecto hasta la creación de la guía.

- Etapa I: Se realiza la creación del anteproyecto de investigación, donde se establecen los objetivos de la investigación y el del proyecto, la búsqueda de investigaciones o documentos que anteceden el presente, la metodología de ambas partes y la revisión bibliográfica.

- Etapa II: Se establece la coordinación respecto de permisos con la Licenciada Yadira Umaña, se informa a otras jefaturas del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera.
- Etapa III: Se estructura la entrevista y se valida mediante la revisión de profesionales en Enfermería, especializados en Salud Mental, todos profesores de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- Etapa IV: Se entrevista a 18 profesionales en enfermería, con la finalidad de conocer sus experiencias, conocimientos y necesidades relacionadas con el acompañamiento de los padres.
- Etapa V: Se analizan los resultados mediante la triangulación de los datos obtenidos en el anteproyecto y las entrevistas, además se analiza el documento facilitado por la enfermera de Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, el cual se utiliza para notificar a los familiares de la patología oncológica de un niño o niña.
- Etapa VI: Se construye la propuesta mediante la elaboración de la guía.

## *Calendarización del proyecto*

*Cuadro 5. Calendarización del proyecto*

<b>Cuatrimestre</b>	<b>Meses</b>	<b>Año</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsables</b>
<b>I Cuatrimestre</b>	Enero - Abril	2016	Presentación de la propuesta a las autoridades.	Sofía Moya Sofía Vargas Marco Vargas
<b>II Cuatrimestre</b>	Mayo - Agosto	2016	Implementación del proyecto	Beneficiarios
<b>III Cuatrimestre</b>	Setiembre - Diciembre	2016	Autoevaluación del proyecto	Beneficiarios

Fuente: Elaboración propia.

## *Determinación de los recursos necesarios*

- **Humanos:** Abarca los autores de la guía de abordaje, así como las personas entrevistadas para determinar las necesidades de los y las profesionales en Enfermería del Hospital Nacional de Niños.
- **Materiales:** Principalmente se requiere de artículos de oficina, dentro de los cuales se pueden incluir hojas blancas para impresiones, lapiceros y tinta para impresora.
- **Técnicos:** Necesarios a nivel general para la redacción de la guía de abordaje, así como la capacitación sobre la guía que se deba dar dentro del hospital, lo cual comprende principalmente recursos audiovisuales: computadoras, proyectores e impresoras.
- **Financieros:** En este caso, los recursos económicos requeridos se obtienen de los autores de la guía, sin embargo, para las capacitaciones, se requiere de fondos otorgados por el hospital.

### ***Presupuesto***

Durante la formulación del proyecto, el presupuesto se toma de los fondos propios, es decir, del dinero aportado por cada una de las tres personas que desarrollan la investigación.

### ***Administración del proyecto***

La organización y manejo de recursos utilizados durante el proyecto se da en forma equitativa por parte de sus autoras y autor, con base en la toma de decisiones conjuntas y por mayoría, se evidencia así juicio crítico y pensamiento gerencial.

### ***Indicadores de evaluación***

Como parte del proceso que se lleva a cabo al hacer cualquier intervención de Enfermería, la evaluación es un paso esencial con el cual se debe concluir todo accionar enfermero.

En el caso de la guía y el abordaje en caso de muerte inesperada de un niño o niña en el hospital, la evaluación se dirige a en tres momentos distintos: los familiares del fallecido, a los y las profesionales en enfermería que abordan la situación, y la guía como instrumento.

En el primero de los casos, es decir, con los familiares, la intervención finaliza de acuerdo con varios aspectos. Inicialmente, mediante la expresión por parte del enfermero o enfermera involucrados de los objetivos alcanzados por el padre, madre o encargado. Con ello, se podrá reforzar la capacidad de resiliencia que presente la persona, se verán

los aspectos positivos de la situación, y se promoverá la fortaleza y el alivio del dolor de la persona afectada.

En segunda instancia, la persona podrá verbalizar al enfermero o enfermera que le brinda acompañamiento y guía durante esta situación, cuáles acciones son las más convenientes por seguir en el momento en que se retire del servicio. Si estas acciones tienen un hilo conductor razonable, la persona es capaz de actuar mesuradamente, y de esta forma, podrá establecer los pasos necesarios ante una situación de este tipo. Además, el padre, madre o familiar expresará de manera tácita su satisfacción con el acompañamiento brindado por el enfermero o enfermera cuando éste se lo pregunte.

Finalmente, y tal vez es el punto más importante, la evaluación se hará en el aspecto observacional; es decir, el o la profesional en enfermería debe poseer un pensamiento crítico acerca de si la persona doliente puede abandonar el lugar y no requiere que su intervención se extienda por mayor tiempo, o bien, si por el contrario, necesita el abordaje de una enfermera o enfermero especialista en Salud Mental.

Éste último, se convierte en un aspecto fundamental en el proceso evaluativo, las maneras de expresar el dolor y el manejo del duelo inmediato que tenga cada persona varían, sin embargo, el enfermero o enfermera debe ser capaz de razonar acerca de si debe intervenir de manera más profunda en un determinado asunto o si la persona se encuentra preparada para continuar con las pautas usuales por seguir en caso de muerte de un familiar.

Si al finalizar estos tres pasos la persona y el o la profesional en enfermería, en forma conjunta, consideran que ya la intervención por parte del enfermero o enfermera es

satisfactoria y que lograron explotar todos los recursos existentes, entonces el familiar puede abandonar el servicio y continuar con las acciones expresadas.

Por otra parte, la evaluación también estará dirigida a los y las profesionales en enfermería que abordaron la situación. De esta forma, su intervención no quedará inconclusa y podrán recibir ayuda por parte de otros profesionales en caso que así lo requieran.

Con esta población, la parte evaluativa enfoca principalmente la expresión de sentimientos, es decir, quienes se ven involucrados y brindan acompañamiento a la familia del niño o la niña fallecidos, contarán con un enfermero o enfermera especializado en Salud Mental, a la vez que tendrán un espacio físico y temporal para externar cómo se sintieron durante este proceso.

De esta forma, pueden obtener la orientación necesaria para manejar este tipo de situaciones y evitarán la limitación de sus expresiones en cuanto al grado en que una situación así pueda afectarles. Al tener esta posibilidad de obtener consejo y libertad para expresarse, el o la profesional podrá recibir una retroalimentación significativa acerca de su intervención, con el fin de conocer si su accionar es el más adecuado o si debe mejorar en algún aspecto.

Por último, la evaluación de la guía se hará con la siguiente lista de cotejo, y valora qué tan funcional es el producto de este proyecto como instrumento de apoyo para los enfermeros y enfermeras que la utilizan para brindar acompañamiento a familiares dolientes por la muerte de un niño o niña.

*Cuadro 6. Evaluación de la guía de abordaje*

Aspecto	Sí	No
¿Fue posible desarrollar la etapa de orientación?		
¿Fue fácil establecer la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y la persona usuaria con las recomendaciones brindadas?		
¿Logró identificar las necesidades de la persona por medio de las preguntas generadoras sugeridas?		
¿Fue posible identificar el riesgo de suicidio?		
¿Las herramientas propias de la relación de ayuda descritas por Luciano Cian fueron de utilidad?		
De las acciones descritas por NANDA, relacionadas con el diagnóstico código 00069: Afrontamiento ineficaz: ¿Las que utilizó en sus intervención fueron pertinentes para el acompañamiento?		
De presentarse una situación de crisis, ¿Las técnicas descritas por Slaiuku fueron suficientes?		
¿Su intervención fue eficaz y eficiente gracias a las recomendaciones brindadas por esta guía?		

Fuente: Elaboración propia.

## **8. CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **8.1. Conclusiones**

- Después de la revisión del material existente en el Hospital Nacional de Niños, facilitado por la enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos de dicho Centro Hospitalario, es posible identificar la inexistencia de protocolos o guías específicos que indiquen cómo brindar apoyo o acompañamiento a los familiares de los niños y niñas. Hay existencia de referencias bibliográficas para dar charlas y abordar el tema, enfocado en la notificación de malas noticias y un libro de texto, relacionado directamente con patologías tratadas en la unidad de cuidados paliativos, que no responden a las necesidades identificadas en los enfermeros y las enfermeras.
- Las necesidades detectadas, según la información que brindan los enfermeros y las enfermeras son de gran importancia, desde la urgencia de una mayor capacitación, tanto a nivel universitario como en el centro hospitalario, y de espacio y tiempo para acompañar a los familiares.
- Este proyecto se presenta como una oportunidad de crecimiento para que la disciplina de enfermería sobresalga con una intervención con excelencia, eficiente, oportuna y creativa. Para esto, debe cimentar su accionar con herramientas y conocimientos que la fortalezcan y permita ejecutar sus acciones

basadas en los fundamentos teórico-científicos que la componen, como la guía planteada.

- La guía se elabora con metodología, lenguaje y herramientas utilizadas en el plan de estudios del programa de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica, por lo tanto, cualquier profesional puede leerla, comprenderla y hacer uso de ella, cuando las circunstancias así lo requieran.

## **8.2. Recomendaciones**

- A la Caja Costarricense de Seguro Social: Se considera necesario brindar capacitaciones y actualizaciones continuas a los y las profesionales en enfermería, con el objetivo de refrescar y/o adquirir nuevos conocimientos en variados temas, en este caso el acompañamiento a familias que sufren la muerte de una persona cercana.
- Al Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera: Se recomienda contar con un profesional en enfermería con Maestría en Salud Mental como miembro del equipo interdisciplinario.

Además, se recomienda que la: *“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”*; sea parte del proceso de inducción para los enfermeros y enfermeras que inician sus labores en el Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de Niños.

- A Universidades Públicas y Privadas: Es importante favorecer la capacitación de los futuros profesionales en temas que fortalezcan las habilidades, como empatía,

relaciones interpersonales y otras herramientas para brindar el acompañamiento a las familias.

En el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se podría reforzar mediante la modificación del curso “Dolor y Cuidados Paliativos” como parte del plan de estudios y no solamente como optativo.

Sería de sumo provecho para las personas que se están formando en la disciplina de Enfermería en la Universidad de Costa Rica, que la *-Guía de abordaje para profesionales en enfermería en el acompañamiento a la familia en caso de muerte inesperada de un niño o una niña-* forme parte del curso EE-0310: Relaciones Interpersonales en Enfermería, donde se aborda la teoría de Hildegard Peplau.

- Por último, a enfermeras y enfermeros, así como a los futuros profesionales, la recomendación más importante es no quedarse solo con lo aprendido en las academias, sino motivarles a buscar por sus propios medios: herramientas, artículos, metodologías, entre otros, en relación con el acompañamiento en procesos de duelo, para así, mantener una capacitación continua y brindar una atención integral a usuarios, usuarias y familia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguirre, E. (2009). *Formulación de proyectos en el área educativa, social y cultural: texto básico para una autoconstrucción*. (1er ed.). San José, Costa Rica: URUK Editores.
- Aguirre-Gas, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Rev. Cirugía y Cirujanos*, 72(6), 503-5010. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>
- Alfárez, A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147-157. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>
- Apolo, G. (2003). El Duelo: Entre el Dolor y el Desafío. *Psicopatología*. Obtenido de <https://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Letra%20Anal%C3%ADtica/Apolo%20Guillermo/El%20Duelo%20entre%20el%20dolor%20y%20el%20desafio.pdf>
- Araya, P. (2013). Validación de un programa de acompañamiento en el proceso de duelo: Una experiencia en trabajadores y trabajadoras que han perdido un ser querido. El caso del instituto Costarricense de Electricidad. *Trabajo Final de Graduación*. Costa Rica.: Universidad de Costa Rica.
- Artiaga, F. &. (2005). Módulo de capacitación para profesionales en el área de medicina y enfermería: Manejo del duelo en intervención en crisis con pacientes y sus familias. *Tesis de Licenciatura Publicada*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

- Baez, J. &. (2009). *Investigación Cualitativa* (2da ed.). España: ESIC Editorial.
- Balart, M. (2013). La empatía: La clave para conectar con los demás. *Observatorio de recursos humanos y relaciones laborales*, 86-87. Obtenido de [http://www.gref.org/nuevo/articulos/art\\_250513.pdf](http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf)
- Barrios de Miranda, z. G. (2005). *Atención de la persona politraumatizada: guías de ACOFAEN*. Biblioteca Lascasas. Obtenido de [http://www.idexf.com\(lascasas/documentos/lc0024.php](http://www.idexf.com(lascasas/documentos/lc0024.php)
- Bautista, L. (2015). Relación terapéutica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 5-13. Obtenido de <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/viewFile/318/332>
- Bayés de Luna, A. &. (2012). Muerte inesperada. *Revista Española de Cardiología*, 65(11), 39-52. Obtenido de <http://www.revespcardiol.org/es/muerte-subita/articulo/90156801/>
- Boó, M. (2013). El duelo: Cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos. *Trabajo Final de Grado*. Cantabria, España: Universidad de Cantabria. Obtenido de <http://bucserver01.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>
- Bulechek, G. B. (2013). *Nursing Intervention Classification* (6ta ed. ed.). St. Louis., EEUU: Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness.

- Calle, R. (2011). *Enseñanzas para una muerte serena* (1er ed.). Barcelona, España: Ediciones Luciernaga.
- Campos, A. C. (2012). Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 133-146. Obtenido de [http://www.aecs.es/3\\_2\\_5.pdf](http://www.aecs.es/3_2_5.pdf)
- Canales, M. (2006). *Metodología de investigación Social: Introducción a los Oficios*. (1er ed.). Chile: LOM Ediciones.
- Castanedo, I. S. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Revista Enfermería Docente*, 91, 16-18. Obtenido de <http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>
- Cian, L. (1994). *La relación de ayuda*. Madrid, España: CCS.
- Cid, M. M. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Rev. med. Electrón*, 36(4), 462-472. Obtenido de <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1684-1824.
- Contandriopoulos, A. (2006). Elementos para una "topografía" del concepto de salud. *Revista Interdisciplinaria de la salud*, 11, 86-99. Obtenido de <http://mspas.gob.gt/decap/files/descargas/bibliotecaVirtual/Art%C3%ADculos%20de%20salud/Elementos%20para%20una%20topograf%C3%ADa%20del%20concepto%20de%20salud.pdf>

Cuadrado, D. (2010). Las cinco etapas del cambio. *Capital humano*, 241(54). Obtenido de

[http://www.factorhuma.org/attachments\\_secure/article/420/c303\\_cincoetapas.pdf](http://www.factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf)

EDUCSA. (2013). NIC. (5ta ed.). St. Louis, EEUU.

Ernault, A. (2005). Le point de veu des parents. En N. Humbert, *Les soins palliatifs pediatriques* (págs. 474-503). Paris: Intervenir.

Gaceta Universitaria de la Universidad de Costa Rica. (2003). Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. San José.

Gaceta Univertsitaria de la Universidad de Costa Rica. (03 de Setiembre de 2003). Reglamento de Trabajos finales de graduación. San José, Costa Rica.

García, A. (2012). *El duelo: Un espacio intermedio de aprendizaje de vida* (1er ed.). España: Bubok Publishing SL.

García, A. (2012). *La pérdida y el duelo: Una experiencia compartida* (1er ed.). España: Bubok Publishing SL.

Gil-Juliá, B. B. (2008). Duelo: Evaluacióndiagnóstica y tratamiento. *Psicooncología Norteamérica*, 5, 103-116. Obtenido de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A/15522>

GPC, G. d. (2007). Elaboración de guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. *Manual Metodológico*. Madrid, España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Obtenido de

<http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual%20metodologico%20-%20Elaboracion%20GPC%20en%20el%20SNS.pdf>

Hernández, R. F. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: McGrawHill.

HNN. (2014). *Hospital Nacional de Niños*. Obtenido de [http://www.hnn.sa.cr/Paginas/Publicaciones/Pub\\_ListaPublicaciones.aspx?TipoPublicacion=9](http://www.hnn.sa.cr/Paginas/Publicaciones/Pub_ListaPublicaciones.aspx?TipoPublicacion=9)

Ibarra, E. (2013). *La importancia de la actualización médica*. Obtenido de [http://fcs.uta.edu.ec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=119%3A1a-importancia-de-la-actualizacion-medica&catid=36%3Ademo-articles&Itemid=1&lang=en](http://fcs.uta.edu.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=119%3A1a-importancia-de-la-actualizacion-medica&catid=36%3Ademo-articles&Itemid=1&lang=en)

INEC. (2013). *Tasa Bruta de Mortalidad 1950-2013*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censo: 1. <http://www.inec.go.cr/A/MT/Poblaci%C3%B3n%20y%20Demograf%C3%ADa/Defunciones/Infantiles/Publicaciones/C1/01-2013/Bolet%C3%ADn%20Anual%20de%20Mortalidad%20Infantil%20y%20Evoluci%C3%B3n%20Reciente.pdf>

INEC. (2014). *Mortalidad Infantil y Evolucion Reciente*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censo: 1. <http://www.inec.go.cr/A/MT/Poblaci%C3%B3n%20y%20Demograf%C3%ADa/Defunciones/Infantiles/Publicaciones/C1/01->

2013/Bolet%C3%ADn%20Anual%20de%20Mortalidad%20Infantil%20y%20Evoluci%C3%B3n%20Reciente.pdf

López, L. (2010). Programa educativo de enfermería para capacitar al personal docente en el abordaje del proceso de duelo en el Instituto Julio Acosta. *Trabajo Final de Graduación*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Mancilla, M. Z. (2012). Importancia de las guías de práctica clínica en enfermería. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 1-3. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121a.pdf>

Martin, M. (2010). *Ganar perdiendo: los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: muerte, divorcio, migración*. (1er ed.). España: Descleé de brouwer.

Martinez, R. (2010). *Cicatrices de corazón: tras una pérdida significativa*. (1er ed ed.). España: Descleé de Brouwer.

NANDA Internacional. (2015). *nanda.org*. Obtenido de <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>

Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica -Actitudes Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>

National Research Council. (2011). *Clinical Practice Guidelines: We can trust*. Washintong, DC.: The National Academies Press.

Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Infografía del Desarrollo del Milenio (ODM)*. Obtenido de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/childhealth.shtml>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Países y agencias internacionales buscan reducir inequidades en salud que provocan la muerte de madres y niños en las Américas*. Obtenido de [http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=729](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=729)

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud*. Washintong, DC. Obtenido de [http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo\\_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf)

Ortiz, R. (2007). *Aprender a escuchar*. EEUU: Editorial Lulu.

Peplau, H. (1990). *Relaciones Interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. España: Salvat Editores S.A.

Puntunet, M. D. (2008). La educación continua y la capacitación del profesional de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 13(3), 115-117.

RAE. (2014). *Diccionario de la real Academia de la Lengua Española*. Obtenido de [Duelo: http://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEEmPUc7](http://dle.rae.es/?id=EEI28uS|EEEmPUc7)

Raffo, S. (2005). *Universidad de Chile*. Obtenido de Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur: [file:///C:/Users/Sof%C3%ADa/Downloads/7A.\\_Intervenci\\_n\\_en\\_Crisis.pdf](file:///C:/Users/Sof%C3%ADa/Downloads/7A._Intervenci_n_en_Crisis.pdf)

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Obtenido de Duelo.
- Rimponché, L. (2012). *Consejos esenciales para el momento de la muerte* (1er ed ed.). España: Ediciones Mahayana.
- Rodríguez, A. (2003). *El diálogo y la Relación Holística de Ayuda: El puente que tendemos a otros para el reencuentro con su verdad interior*. San José, Costa Rica: UCR.
- Rodríguez, A. (2003). Elisa y su incasable y dinpamica Rueda de la Vida. *Ensayo sobre el desarrollo del Ser Humano que nace y crece inserto en una familia y cultura determinadas*. San José, Costa Rica.
- Rosales, R. (2012). *La formulación y la evaluación de proyectos con énfasis en el sector agrícola*. (1er ed.). Costa Rica: EUNED.
- Sanabria, L. U. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev Cubana Edc Med Super*, 16(4), 5-16. Obtenido de <http://bvs.sld.cu/revistas/ems/indice.html>
- Subiela, J. C. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la Intervención Enfermera. *Revista Enfermería Global*(34). Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n34/administracion4.pdf>
- Sullivan, D. (2000). *Personas en crisis: Intervenciones Terapéuticas* (1er ed.). México: Pax.

- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.
- UNICEF. (2014). *The under-five mortality rate fell by almost half since 1990*. Obtenido de <http://data.unicef.org/child-mortality/under-five>
- Universidad de Ciencias y Humanidades. (2011). *Metodología del Cuidado de Enfermería: Guía Docente*. Lima, Perú: Estrategias Didácticas para la enseñanza-aprendizaje del proceso de cuidado de Enfermería.
- Vega, G. P. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras pediátricas que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa de cáncer. *AQUICHAN*, 13(1), 15-21.
- Vidal, R. A. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global*(17), 3-12. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext)
- Villa, L. (2007). ¿Cómo dar malas noticias? *Nure Investigation*.

## ANEXOS

### Anexo 1. Fórmula de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

### FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Guía clínica para el personal de enfermería en el acompañamiento a la familia o allegados en caso de muerte inminente en el Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera; en el primer semestre del año 2015.

Investigadores: Moya Solano Sofia Natalia, Vargas Rodríguez Marco Antonio, Vargas Quesada Ana Sofía.

Nombre de la participante: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Los y las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, que finalizan la carrera de Licenciatura en Enfermería, estamos realizando una investigación para crear una guía para los profesionales en la mencionada carrera, con algunas pautas para brindar contención a personas que han sufrido una pérdida inesperada; esto con el fin de conocer cuáles son las habilidades y destrezas que requiere el personal de Enfermería del Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera, para atender y brindar contención a familiares y allegados que sufren una pérdida repentina. Dicho estudio se realizará durante los meses de marzo a julio del año 2015.

**¿QUÉ SE HARÁ?:** Se pretende realizar una entrevista semiestructurada de corta duración a profesionales en enfermería, donde se obtendrá la información acerca de las experiencias y mecanismos utilizados para brindar contención a familiares y/o allegados que hayan atravesado por una pérdida repentina. A solicitud del investigador y con acuerdo de parte del profesional en enfermería, se procederá a grabar las entrevistas, además de tomar apuntes al respecto.

**RIESGOS:**

La participación en este estudio no propone ningún riesgo para usted.

**BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en este estudio, los investigadores e investigadoras aprenderán más acerca de las necesidades específicas de la población en estudio, lo cual podría favorecer la implementación de estrategias que puedan satisfacerla; esto es un beneficio para la población actual y futura, tanto para la o el profesional, como para los usuarios que se enfrenten a la situación descrita.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguno de los investigadores sobre este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte su record laboral.

Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica; pero de una manera anónima.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

### **CONSENTIMIENTO**

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me brinda la oportunidad de hacer preguntas y éstas se contestan en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

---

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

---

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

---

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

fecha

**Anexo 2. Entrevista.**

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Proyecto Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería:  
Guía de abordaje para profesionales en enfermería 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.

Encargados del estudio: Sofía Moya Solano, Sofía Vargas Quesada y Marco Vargas Rodríguez.

Persona entrevistada: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Años de laborar en el HNN: \_\_\_\_\_ Servicio en el que labora: \_\_\_\_\_

**Experiencia**

En algún momento de su práctica laboral, ¿Ha tenido la experiencia de brindar acompañamiento a la familia de algún niño o niña que haya fallecido durante su turno en el servicio en el que labora?

¿Podría comentarnos sobre su experiencia en este acompañamiento durante el duelo inmediato?

Cuando brindó este acompañamiento, ¿Se sentía preparado o preparada?

En su preparación universitaria, ¿Recibió algún curso/taller que le permita estar preparado o preparada para este tipo de situaciones?

En este centro hospitalario, ¿Ha recibido algún tipo de capacitación que le brinde herramientas necesarias para acompañar a las familias que experimentan duelo por la

muerte de infantes mientras se encuentran internados en su servicio? En caso afirmativo, ¿Qué tipo de capacitación?

¿Conoce usted si en el centro hospitalario cuentan con un protocolo establecido ante la muerte inesperada de un niño o niña que abarque la dimensión psíquica y social de la familia?

¿Qué herramientas considera necesarias para poder brindar este tipo de acompañamiento por parte del personal profesional de enfermería?

### **Sentimientos**

Cuándo se ve la necesidad de notificar o acompañar a una familia en su proceso de duelo, ¿Qué sentimientos y emociones ha reconocido en usted mismo o misma?

¿Cómo ha reaccionado ante estos sentimientos y emociones experimentados ante los y las dolientes?

En su vida personal:

¿Qué necesitó para abordar mejor estos casos de duelo y no lo tuvo en ese momento?

¿Cómo le ha afectado este tipo de experiencias?

### **Cuidados de enfermería**

Para usted, ¿Cuáles son las áreas centrales de la intervención de enfermería con la familia de un niño o niña que ha fallecido?

¿En qué se basa el plan de cuidados de intervención de enfermería que usted realizaría con la familia de un infante muerto de manera inesperada?

Desde su formación profesional, ¿Encontró herramientas comunicativas eficientes para propiciar la expresión de sentimientos y emociones en la persona doliente?

¿Considera necesario el contacto físico con la persona doliente como parte de los cuidados de enfermería que brinda?

### **Opiniones**

¿Piensa usted que es necesario que el personal profesional de enfermería se encuentre preparado para realizar un acompañamiento ante el duelo vivido por las familias cuando fallece un niño o niña de forma inesperada? ¿Por qué?

¿Considera importante que el hospital le brinde alguna capacitación, guía o protocolo para asistir en el acompañamiento de la familia en su duelo?