

**ACCIONES QUE REALIZAN LOS ENFERMEROS EN EL PROCESO DE LA MUERTE A
LA LUZ DE LA TEORIA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA**



UNAC

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

AUTORES

MARIA ALEJANDRA PANIAGUA ROJAS
MARIA CAMILA MARTÍNEZ GUTIERREZ
MARIA LUISA AGUDELO MELENDEZ
YESICA ALEJANDRA MÁRQUEZ

ASESOR TEMÁTICO

MG. BEATRIZ TORRES AVENDAÑO

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. KEILA MIRANDA LIMACHI

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2023**



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: "**Acciones que realizan los enfermeros en el proceso de la muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida.**", elaborado por las estudiantes MARÍA ALEJANDRA PANIAGUA ROJAS, MARÍA CAMILA MARTÍNEZ VARGAS, MARÍA LUISA AGUDELO MELÉNDEZ, YESICA MÁRQUEZ ACEVEDO, del programa de Enfermería. El proyecto cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- DESTACADO

Medellín, 10 de noviembre de 2023

DRA. KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI
Asesor Metodológico

Mg. BEATRIZ TORRES AVENDAÑO
Asesor Temático

PhD(c). MAVY MARTÍNEZ MUÑOZ
Dictaminador de proyecto

PhD(c). MARYORI ARENAS HERNÁNDEZ
Dictaminador de proyecto

MARÍA ALEJANDRA PANIAGUA ROJAS
Estudiante

MARÍA CAMILA MARTÍNEZ VARGAS
Estudiante

MARÍA LUISA AGUDELO MELÉNDEZ
Estudiante

YESICA MÁRQUEZ ACEVEDO
Estudiante

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a los enfermeros incansables y valientes que día tras día se presentan en cada servicio, dispuestos a brindar su ayuda incondicional, a aquellos que, con su dedicación y compasión, hacen posible que muchas personas puedan enfrentar el final de sus vidas de manera tranquila y digna. Su labor es un testimonio de humanidad y empatía, este trabajo es un humilde reconocimiento a su invaluable contribución.

Que este proyecto sirva como un reflejo de su esfuerzo y dedicación asimismo como un recordatorio de la importancia de su trabajo en nuestra sociedad. Gracias por todo lo que hacen.

AGRADECIMIENTOS

Primero, queremos expresar nuestra más profunda gratitud a Dios, por brindarnos el amor y la pasión, la fortaleza, sabiduría y paciencia necesarias para llevar a cabo este proyecto de investigación.

A nuestras familias, les agradecemos de todo corazón por su amor incondicional, su apoyo constante y su fe inquebrantable en nosotros. Su aliento nos ha impulsado a seguir adelante, incluso en los momentos más difíciles.

A los enfermeros que generosamente colaboraron en las entrevistas, les extendemos nuestro más sincero agradecimiento, su disposición para compartir sus experiencias y conocimientos ha sido invaluable para nuestro trabajo; Su dedicación y compromiso con su labor son una inspiración para todos nosotros.

Finalmente, queremos agradecer a nuestros compañeros que nos apoyaron en el proceso. Su ayuda y colaboración han sido fundamentales para la realización de este proyecto, su amistad ha hecho que este viaje sea aún más gratificante. Gracias a todos ustedes, este proyecto ha sido posible. Estamos profundamente agradecidos por su contribución.

ÍNDICE	
dedicatoria	3
AGRADECIMIENTOS	4
GLOSARIO.....	7
RESUMEN	8
INTRODUCCION.....	9
1. Formulación del problema	11
1.1 planteamiento del problema.....	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 Pregunta del problema.....	13
2. Marco conceptual.....	14
2.1 Marco teórico.....	14
2.2 MARCO REFERENCIAL	15
2.3 MARCO LEGAL.....	18
2.4 MARCO DISCIPLINAr	19
3. Objetivos.	21
3.1 Objetivo general.....	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4. METODOLOGIA	22
4.1 Enfoque	22
4.2 Tipo de Investigación Cualitativa.....	22
4.3 Población.....	22
4.3.1 Criterios de inclusión.....	22
4.3.2 Criterios de exclusión:	22
4.4 Muestra	22
4.5 Instrumento	22
4.6 Validación.....	26
4.7 Estrategias análisis de los datos	26
4.8 Aspectos éticoS	26
4.8.1 Nivel 1 o de LOS PRINCIPIOS eticos	26
4.8.2 nivel 2 o NormaS éticas	28
4.8.3 Comités éticos	29
5. RESULTADOS	30
6. Discusión	32
7. CONCLUSIONES	39

8. recomendaciones	40
Bibliografía	41
CONSENTIMIENTO INFORMADO	46
Anexo 2	47
Anexo 3	47
Anexo 4	48
Anexo 5.....	49

GLOSARIO

Acompañamiento: el acompañamiento de enfermería a los pacientes se propone como una de las funciones de las enfermeras y un pilar del cuidado al final de la vida y persiste durante todo el proceso de muerte, porque se ofrece a los pacientes y a sus familiares, lo consideran como una obligación profesional y cultural. (1)

Alivio: disminución o mitigación de una enfermedad, una pena, Sensación de tranquilidad que le queda a una persona al ser aliviada de una preocupación, una molestia, un dolor, etc. (2)

Atención Integral: la atención integral es un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. (3)

Derecho: son normas que reconocen y protegen la dignidad de todos los seres humanos. (4)

Deslindar: establecer los límites que existen entre dos cosas. (5)

Dignidad: cualidad propia de la condición humana de la que emanan los derechos fundamentales, junto al libre desarrollo de la personalidad, que precisamente por ese fundamento son inviolables e inalienables. (6)

Ecpatia: proceso mental voluntario de exclusión de sentimientos, actitudes, pensamientos y motivaciones inducidas por otro. (7)

Enfermedad en etapa terminal: es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología, es aquella que no tiene tratamiento específico curativo. (8)

Eutanasia: práctica médica realizada con la intención deliberada de finalizar la vida del ser humano que sufre una enfermedad dolorosa e incurable. (9)

Fenecimiento: muerte, acto de morir. (10)

Médico tratante: se considera al médico que, en un momento dado, se encuentra más íntimamente relacionado, con las condiciones de salud de un paciente, y, por ende, se halla más capacitado para emitir un juicio más objetivo, respecto a su status de ingreso actual y progresivo. (11)

Morir: llegar al término de la vida. (12)

Suicidio asistido: decisión personal de terminar con su propia vida y para lo cual requieren de asistencia, se limita a la prescripción de un medicamento letal y/o a facilitar el medicamento a la persona que ha decidido suicidarse. (13)

RESUMEN

La muerte es un acontecimiento común en la labor de los enfermeros, y su afrontamiento es un desafío tanto para el personal de salud como para las familias de los fallecidos. La teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore proporciona herramientas a los enfermeros para ofrecer un cuidado completo en esta etapa crucial. **Objetivo:** Conocer las acciones de cuidado que realizan los enfermeros en el proceso de la muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida. **Métodos:** investigación cualitativa, que realizó entrevistas a enfermeros que desempeñaban sus funciones en los servicios de hospitalización de IPS de Medellín, se usó un cuestionario con una entrevista semiestructurada; para el análisis se ha identificado significados, categorías y subcategorías. **Resultados:** del análisis de los discursos emergieron 4 categorías: cuidados y un ambiente tranquilo que promueven la seguridad y el bienestar para manejar el dolor, Garantiza los deseos y preferencias, conservando la dignidad y el respeto, acciones que aumenten y aporten positivamente en las creencias y el soporte espiritual, Involucra a los cuidadores o familiares en el cuidado del paciente. **Conclusiones:** el cuidado de pacientes al final de la vida requiere que los enfermeros se enfoquen en el bienestar, el alivio del dolor, la preservación de la dignidad y el respeto. Esto implica medidas no farmacológicas, el apoyo espiritual y una participación activa de la familia, respetando las preferencias del paciente. La ética y la bioética son principios orientadores en la atención de enfermería en esta fase fundamental.

INTRODUCCION

La muerte, sin duda, representa el destino inevitable de todo ser humano y constituye una etapa natural en la vida de todos los seres vivos (14). Es la culminación anticipada de la existencia, aunque su momento y circunstancias son inciertos, involucrando a cada individuo y afectando profundamente a quienes lo rodean. En muchos casos, el impacto de la muerte es especialmente significativo cuando se trata del fallecimiento de un ser querido (14).

A pesar de ser un hecho biológicamente certero, la muerte rara vez es una experiencia consciente hasta que se presencia la agonía y el deceso de seres cercanos. Las primeras vivencias sobre la muerte pueden marcar la personalidad y oscilar entre la aceptación de su naturaleza como un proceso natural y necesario o como una experiencia traumática y desestabilizadora, generando rechazo y temor. A pesar de esto, la muerte, el duelo y el luto son componentes inevitables de la existencia humana (14).

En este contexto, los profesionales de enfermería se encuentran en la primera línea, continuamente expuestos a la experiencia de acompañar a pacientes en el proceso de muerte. Esto subraya la importancia de la educación continua para ofrecer cuidados de alta calidad de manera profesional y empática. La confrontación de la muerte se convierte en un desafío intrincado al considerar las múltiples dimensiones del ser humano, que abarcan lo biológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual. Por lo tanto, es imperativo que estos temas sean abordados de manera integral en la formación de los profesionales de enfermería (15).

Con frecuencia, los enfermeros se enfrentan a la dificultad de encontrar las palabras adecuadas para comunicar a los pacientes que se encuentran en una etapa avanzada de la enfermedad, cercana a la terminalidad. La formación de estos profesionales, en gran medida, se ha centrado en aliviar el dolor y el sufrimiento, dejando en segundo plano la preparación y las herramientas necesarias para enfrentar esta etapa, tanto para el paciente como para la familia y el propio enfermero. Uno de los factores que contribuye a esta carencia en el proceso de cuidado integral es la falta de conocimientos y estrategias proporcionados por las instituciones de formación profesional (20).

En Colombia, actualmente, aunque 23 instituciones incluyen contenidos específicos sobre cuidados paliativos en sus programas de enfermería, solo 3 de las 57 facultades de enfermería ofrecen programas de especialización en esta área. Esto se traduce en que solo tres de cada diez pacientes en el país reciben cuidados paliativos integrales, lo que refleja un déficit en las herramientas terapéuticas e integrales para garantizar una calidad de vida óptima en quienes lo requieren. A nivel mundial, se estima que 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos anualmente, y lamentablemente, solo el 14% de ellas recibe esta asistencia (17).

Se observa que, a pesar de la relevancia de enfrentar el proceso de vida y muerte, muchas personas muestran interés y participación en la primera etapa, pero muy pocos se involucran de manera activa y reflexiva en la segunda. Esta desigualdad se torna aún más significativa en el caso de los profesionales de enfermería, quienes, en muchas ocasiones, enfrentan obstáculos que les impiden ofrecer un apoyo adecuado y aplicar estrategias apropiadas frente a la muerte. Algunos de estos obstáculos incluyen la empatía, el desinterés, la falta de conocimientos, habilidades y estrategias para afrontar esta situación (20).

Abordar la muerte y superar el miedo a afrontarla se ha vuelto esencial para los trabajadores de la salud, especialmente para el personal de enfermería, quienes brindan cuidados integrales a los pacientes y sus familias. Enfrentar la muerte es un desafío en el que los profesionales de enfermería deben lidiar con el sufrimiento y los temores que acompañan a esta etapa. Por lo tanto, profundizar en la perspectiva del personal de enfermería sobre este

tema es fundamental para que puedan ir más allá de las circunstancias del entorno y comprender los procesos de la muerte, lo que les permitirá ofrecer una atención de alta calidad (22).

Esta investigación tiene como objetivo identificar las estrategias que emplean los enfermeros para brindar apoyo durante el proceso final de la vida y promover la sensibilización y la formación en este tema. Al hacerlo, no solo se benefician los enfermeros en su desarrollo profesional, sino que también se garantiza una atención más humanizada e integral para los pacientes en esta etapa crucial de la vida.

La anterior se fundamenta en la teoría desarrollada por Cornelia M. Ruland y Shirley M. Moore, la cual toma como base el modelo de Donabedian y se enriquece con la valiosa aportación de profesionales que han trabajado con pacientes en etapa terminal. Además, se apoya en una amplia gama de investigaciones científicas llevadas a cabo en entornos hospitalarios. Estas investigaciones se centran en identificar factores tanto protectores como de riesgo que influyen en aspectos críticos como el bienestar, el dolor (tanto físico como emocional o espiritual), la nutrición y otros elementos esenciales para brindar un cuidado integral al final de la vida. La teoría resalta que los sucesos y vivencias al final de la vida son experiencias únicas y altamente personales, ya que cada individuo las vive y siente de manera particular. (33,34).

Se han identificado seis postulados de esta teoría con relaciones explícitas; postulados que representan afirmaciones teóricas clave que sustentan la teoría y su enfoque integral para el cuidado de pacientes en etapa terminal:

1. El control y la administración de la analgesia, junto con la aplicación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, juegan un papel fundamental en la experiencia del paciente al garantizar la ausencia de dolor.
2. La prevención, control y alivio de las molestias físicas, la facilitación del descanso, la relajación y la satisfacción, así como la prevención de complicaciones, son esenciales para brindar al paciente una experiencia de bienestar.
3. La inclusión activa del paciente y sus allegados en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado, junto con un trato que refleje dignidad, empatía y respeto, y la atención a las necesidades, deseos y preferencias expresadas por el paciente, contribuyen a que el paciente experimente dignidad y respeto.
4. La provisión de apoyo emocional, el control y la satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, la inspiración de confianza, la orientación en cuestiones prácticas tanto para el paciente como para sus allegados, y la posibilidad de contar con la presencia física de otra persona para brindar cuidados, si así lo desea el paciente, contribuyen a que este experimente tranquilidad.
5. Facilitar la participación activa de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo a sus necesidades y preocupaciones, y ofreciendo respuestas a sus preguntas, al mismo tiempo que se promueve la cercanía y el apoyo de la familia, contribuye a que el paciente experimente la proximidad y el acompañamiento de sus allegados y personas de confianza.
6. Las experiencias del paciente, que abarcan desde la ausencia de dolor hasta el bienestar, la dignidad y el respeto, así como la sensación de paz y la cercanía de allegados o personas de apoyo, en su conjunto, contribuyen a un final tranquilo de la vida, en el que el paciente se siente atendido y cuidado de manera integral.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La vida es un conjunto de situaciones, desafíos, alegrías y pérdidas; es un proceso dinámico que requiere una adaptación y un ajuste continuo para poder mantenerse. Tal como afirmó Weismann: *"la duración de la vida está gobernada por necesidades de la especie, la existencia ilimitada de los individuos sería un lujo sin una correspondiente ventaja evolutiva"*. En efecto, haciendo memoria sobre los procesos ontogénicos, es importante afirmar que los seres vivos nacen, crecen, se reproducen y mueren”.(14)

“La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta ya que no se sabe cuándo y cómo ha de producirse, por lo tanto, forma parte de cada individuo pues hay que tener en cuenta que afecta la vida no solo del que la estaría padeciendo sino de las personas que lo rodean, que en muchos casos el impacto es mayor y más cuando se enfrentan al proceso de muerte de un ser cercano”. (14)

“Aunque la muerte es una certeza biológica, que constituye la culminación de nuestra etapa vital, no se es conscientes de ella hasta presenciar la agonía y la muerte de seres queridos. Las primeras experiencias acerca de la muerte pueden marcar la personalidad, desde una aceptación como un hecho natural y necesario o una experiencia traumática, violenta o imprevista que desestabiliza el entorno familiar y puede ocasionar rechazo y terror ante la referencia de la misma. Sin embargo, la muerte, el duelo y la aflicción son componentes inevitables de la vida del ser humano”. (14)

“Los profesionales de enfermería están expuestos a presenciar la muerte de pacientes de manera continua, lo que debería traducirse a una educación continua que permita brindar cuidados de manera profesional y empática, además de permitir el desarrollo de habilidades para afrontarla de manera adecuada, pues enfrentar la muerte es un proceso difícil y cuidar de los seres humanos es un trabajo complejo, si se recuerdan las esferas de atención que un profesional de enfermería debe atender (bio-psico-sociales, espiritual), por lo que estos temas deben ser atendidos desde la formación profesional”. (15)

“La comunicación no verbal en el área de cuidados de enfermedades en etapa terminal es tan importante como la comunicación verbal pues en las últimas fases de la enfermedad el paciente es aún más vulnerable y sensible a todo tipo de información, lo que hace aún más inquietante la relación profesional-paciente”. (16)

“En muchas ocasiones, el enfermero no cuenta con las palabras adecuadas para expresarle al paciente que su vida se encuentra en un proceso difícil cercano a la etapa terminal, porque siempre han sido formados para aliviar el dolor y pocas veces se han brindado las herramientas de afrontamiento ante este suceso, ya que es un suceso difícil para el paciente, la familia y para el enfermero; continuando en este razonamiento se ha evidenciado que los factores anteriormente mencionados los cuales impiden un desarrollo de uno de los procesos que hacen parte de un cuidado integral, que es la muerte, entre ellos se encuentra la falta de conocimientos y estrategias brindadas por parte de las instituciones donde los enfermeros se forman como profesionales.

En Colombia actualmente hay 23 instituciones las cuales en su programa de enfermería tienen la inclusión de contenidos específicos de cuidados paliativos, pero solo 3 de 57 facultades de enfermería ofrecen programas de especialización en esta área; teniendo en cuenta lo

mencionado, solo tres de cada diez enfermos en el país reciben cuidados paliativos integrales. Lo que indica un déficit de herramientas terapéuticas e integrales para garantizar calidad de vida a quienes lo requieran. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben”.(17)

Por consiguiente, se ha demostrado que “Miles de enfermos mueren con dolor. La mitad de quienes fallecen en el hospital lo hacen en urgencias o en intensivos, solo el 30% recibe cuidados; el 70% de los pacientes agonizó sin ayuda suficiente: con dolor no controlado, disnea, angustia vital, vómitos, miedo o agotamiento”. (18)

Por lo tanto, “a nivel mundial, deben superarse varios obstáculos considerables para atender la necesidad insatisfecha de asistencia paliativa: es frecuente que las políticas y sistemas nacionales de salud no contemplen ninguna medida sobre asistencia paliativa. La formación en cuidados paliativos ofrecida a los profesionales de la salud suele ser escasa o nula. Según un estudio de 234 países, territorios y regiones realizado en 2011, los servicios de asistencia paliativa solo estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42% de los países carecía de ese tipo de servicios, y un 32% adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados”. (19)

Siguiendo en este razonamiento se ha observado y evidenciado que muchas personas desean participar en el proceso de vida, pero muy pocas en el proceso de la muerte, teniendo en cuenta a las personas en general, sin embargo, se hablará específicamente del profesional de enfermería y la falencia tan grande que se está presentando frente al fenecimiento ya que en muchos casos el personal puede presentar varios factores que le impiden apoyar o aportar estrategias oportunas frente al suceso, a continuación se presentan algunas de ellas, como lo es: la empatía, el desinterés, falta de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento. (20)

Un dato que deja mucho por analizar y a la vez no constata nada; ya que no se encontraron estudios a grandes rasgos donde haya recolección de datos, análisis de resultados, objetivos e informes sobre los resultados que podría impartir de un buen morir, por consiguiente, se podría concluir la deficiencia o el desinterés ante la perspectiva de un morir humanizado, ligado al sentir espiritual y religioso.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde que existe la vida existe su opuesto, la muerte; que, aunque es un suceso natural, el ser humano tiene una mentalidad negativa frente a la idea de vivirlo. Sin embargo, algunas personas, aunque cuenten con un buen estado de salud, ante cualquier dificultad o situación problemática, este ve como una única solución terminar con su vida, pero finalmente cuando están próximos a vivir este suceso algunos se sienten solos y piensan que hubiesen podido realizar más cosas para su bienestar, como también remediar acontecimientos del pasado u otros simplemente lo reciben con serenidad.

“Prepararse para morir significa a menudo terminar el trabajo de toda la vida, dejar bien arreglados los asuntos con la familia y amigos, y hacer las paces con lo inevitable. Para muchas personas en fase terminal y sus familiares son importantes las cuestiones de orden espiritual y religioso. El servicio religioso forma parte del equipo terapéutico en algunos hospitales y centros de cuidados paliativos, y los proveedores profesionales de atención

médica pueden facilitar al afectado y a sus familiares una ayuda espiritual apropiada si ellos no disponen de un sacerdote, un pastor u otro consejero espiritual.

Ante la perspectiva de morir surgen preguntas acerca del origen y el significado de la vida y las razones por las cuales se sufre y se muere. No hay respuestas fáciles a estas preguntas existenciales. Ante la necesidad de respuestas, las personas con una enfermedad grave y sus familiares pueden recurrir a la religión, a otros parientes, asesores, amigos, o a la ciencia. Pueden hablar y participar en actos religiosos o familiares, o tomar parte en actividades que tengan un significado para ellos. El antídoto más eficaz contra la desesperación es sentirse querido por otra persona. Los diagnósticos médicos y los tratamientos no deben impedir preocuparse por las cuestiones de mayor significación ni hacer olvidar la importancia de las relaciones humanas.

El duelo es un proceso normal que suele empezar ante el pronóstico de muerte. Según Elisabeth Kübler-Ross, una pionera en los estudios sobre la muerte y la agonía, las personas en fase terminal suelen pasar por los siguientes cinco estadios emocionales: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.(21)

“Grosso modo encarar la muerte y el miedo a enfrentarse a ella a cada instante se ha convertido en esencial para los trabajadores del área de la salud, en especial para el personal de enfermería, que a su vez es quien presta los cuidados integrales al paciente y a la familia, ya que este debe luchar con el sufrimiento y con los miedos que pueden existir en los diversos momentos que acompañan el cuidar. Por tanto, es necesario profundizar en la visión del personal de enfermería sobre el tema, de modo que pueda ver más allá de las circunstancias del contexto, y conocer los procesos de la muerte, para que su asistencia sea de calidad”. (22)

Por consiguiente, con dicha investigación se pretende identificar las estrategias que utilizan los enfermeros para el apoyo en el proceso final de la vida, asimismo sensibilizar al personal y motivar a que deseen capacitarse en el tema, beneficiándose así no solo el enfermero, ya que tendrá estrategias para el desarrollo adecuado y completo de su quehacer diario, sino también el paciente, ya que recibirá una atención más humanizada e integral.

El presente estudio se considera viable debido a que cuenta con los elementos necesarios a saber, recurso humano ya que tiene investigadores y tutores; a su vez se da la facilidad de adquirir a información bibliográfica tanto digital como físico (bibliotecas), base de datos y por último con recursos tecnológicos como computadores y herramientas que permitirán la recopilación de la información.

Las limitaciones que quizás encuentren los investigadores podrían ser: acceso a la población, el tiempo, los horarios no coinciden en el lugar a aplicar el programa, personas que no deseen participar de este y por ultimo las instituciones que nieguen los permisos para acceder a parte de la información.

1.3 PREGUNTA DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las acciones de cuidado que usan los enfermeros en el proceso de la muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO TEÓRICO

“El proceso de morir y la muerte son sucesos naturales, universales e inevitables en la condición humana y han evolucionado a lo largo de la historia hasta percibirse en la actualidad como un tema tabú. Los enfermeros tienen dentro de sus competencias el prestar cuidados al paciente moribundo, paliando su dolor y atendiéndole con compasión para que pueda afrontar la propia muerte. Estos sanitarios, debido al contacto diario y directo con los pacientes, acaban sintiendo como propios el sufrimiento, dolor o angustia ajenos, al realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte”. (23)

“Para el ser humano, la finitud se hace consciente de forma angustiosa, dado que la vida es celebrada diariamente, dejando la muerte de lado, como si nunca fuese a acontecer. Esta angustia es antigua, se reproduce en las más variadas culturas del mundo, proyectando la muerte como un evento banal, y del que se evita hablar”. (22)

“La muerte, al igual que el nacimiento, está presente en nuestro día a día. Se trata de una de las experiencias más impactantes tanto para el propio individuo como para su familia, que van a influir en el sentido de la vida. Es un suceso natural que aparentemente tiene un gran reconocimiento social, es decir, se sabe que va a ocurrir inevitablemente, sin embargo, se sigue intentando evadir su afrontamiento”.(14) En cuanto a su definición, cabe destacar la imprecisión terminológica pues, a pesar de la evolución y el aumento de las investigaciones en torno a este tema, sigue habiendo una gran carencia.

De manera general, se puede decir que la muerte se caracteriza por el cese total, definitivo e irreversible de todas las funciones vitales del organismo humano. Sin embargo, es conveniente aclarar que la definición de muerte se redefine continuamente debido a las dimensiones históricas, sociales y culturales que la rodean.

En este sentido, cabe destacar que en la muerte del hombre están involucradas varias personas, lo que “Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

Dado que el papel de la enfermería es importante para proporcionar una muerte digna, es preciso destacar que hay muchas dificultades en torno a este objetivo. En la actualidad hay una escasa universalización de los cuidados, faltan protocolos/programas especializados en los Cuidados Paliativos, la aplicación de los mismos muchas veces es tardía, debido a una incorrecta valoración de necesidades de las personas con enfermedades crónicas y/o cáncer, faltan profesionales tanto en número como formados suficientemente en este ámbito, y estructuras dedicadas a los Cuidados Paliativos, entre otras. Por ello, ante la falta de unificación y expansión de los estándares básicos para la atención a pacientes en situación terminal, se hace necesario reflexionar y conocer si las enfermeras tienen la misma concepción de muerte digna y de cómo se consigue”. (24)

Como ya se mencionó anteriormente “la muerte es el cese de las funciones del órgano que regula la fisiología del cuerpo humano. Es decir: El cerebro pierde la capacidad de controlar el latido cardíaco, la respiración y la actividad de los diferentes sistemas.

Estadios de la muerte:

1. Muerte Aparente: Aparece un síncope prolongado, el paciente puede estar en coma profundo, sin conocimiento ni respiración, con sus actividades cardiacas y circulatorias débiles y difíciles de notarse.
2. Muerte Relativa o Clínica: Hay suspensión completa y prolongada de la circulación, el paciente está prácticamente muerto y se puede enterrar.
3. Muerte Individual Orgánica Absoluta: La alteración de algunos órganos vitales es tal, que se hace imposible restaurar las funciones vitales y progresivamente se llega a la muerte.

Cambios preliminares a la muerte:

1. Gravedad: Estado en que las funciones orgánicas del paciente están disminuidas y pueden preceder a la muerte. Manifestaciones clínicas: Pérdida del tono muscular, disminución de la circulación, dificultad respiratoria, alteración y pérdida de los sentidos y disminución de la temperatura
2. Agonía: Estado que precede a la muerte y donde la vida se extingue gradualmente. Manifestaciones clínicas: Somnolencia, Estupor o Coma.
3. Muerte: Cese de todas las funciones vitales. Manifestaciones clínicas: Falta total de respiración, ningún latido cardiaco, inmovilidad total, insensibilidad a los estímulos o Inercia en los miembros, caída de la mandíbula, relajamiento de esfínteres, dilatación de la pupila, palidez, apertura de ojos y enfriamiento". (25)

Una de las estrategias más usadas durante el proceso de la muerte son los santos oleos. En el judaísmo y el cristianismo medieval se utilizó para consagrar a los reyes. En la actualidad se sigue usando en la Iglesia Católica y en la Iglesia Ortodoxa en diversos sacramentos y ceremonias. (se considera sagrado) En la unción, el aceite trae la dimensión de muerte y resurrección. (26)

2.2 MARCO REFERENCIAL.

La muerte es un fenómeno natural que no puede deslindarse de la condición humana, ha sido definida como la pérdida total de las funciones vitales, además de preferir como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre. Es difícil crear una actitud correcta ante la muerte debido a que existen muchos componentes que la degradan (social, cultural, religiosa, económica) que hacen que cada persona viva el proceso de establecer su postura de una manera distinta. (27)

Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que pueden emplear las enfermeras para manejar las reacciones emocionales que surgen a raíz de situaciones estresantes, como el proceso de muerte de un paciente.

El trabajo de un enfermero implica mucha responsabilidad. Mantiene contacto con los pacientes y sus familiares, su principal objetivo es brindar una atención integral y permitir al paciente tener mejor calidad de vida o de momentos.

Los supuestos de este factor implican como los profesionales de enfermería encaran, sus sentimientos, en especial en lo referente al miedo, aunque no hay demasiada evidencia científica, en un estudio realizado en el 2012, destaca que las habilidades emocionales necesarias para enfrentar los miedos a la muerte y el proceso de morir se pueden fundamentar desde la capacidad de percibir, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información como guía de los pensamientos y acciones. (28)

Las enfermeras consideraran importante dejarse conmover por el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, pues afirmaron que así el cuidado puede ser mejor: *yo tengo un lema personal que el día que yo deje de sentir dolor por las personas y no haga ese acompañamiento, dejo de ser enfermera, hasta ese día llego (Ana Karenina,).*

Para las enfermeras el cuidado de una persona en el proceso de muerte es, en gran medida, responsabilidad de enfermería, así el cuidado del moribundo afecte su vida profesional, pero también emergió que ellas sienten afectación en su vida personal, aspecto que coincide con los hallazgos de Castañedo, quienes encontraron que la muerte de los pacientes las afecta en ambos aspectos.

La muerte es asunto de enfermería: el deber de cuidar hasta el final, las enfermeras participantes consideran que tienen el deber de cuidar al paciente y sus familiares, en un cuidado que no termina, con el fin que este tenga confort, compañía y alivio de los síntomas molestos. De la misma manera, Hodo y Buller opinan que el cuidado de enfermería es crucial para crear una experiencia pacífica al final de la vida. En esta medida, tienen un rol y funciones que cumplir en el cuidado al paciente.

La primera de estas funciones de cuidado al final de la vida es el servicio, lo que coincide con Paredes, quien además lo menciona como parte importante de la identidad profesional. La función asistencial surgió como la manera de suplir las necesidades del paciente y sus familiares con cuidados pertinentes a la situación que están viviendo, lo que contrasta con categorías teóricas como cuidados básicos o invisibles que han sido descritas por autores como De la Rosa y Zamora. La asistencia implica que sea directa y dirigida a las necesidades de todo tipo, incluyendo las emocionales, que los participantes de este estudio llaman apoyo psicológico ofrecido por la enfermera, aspecto que coincide con Almenares. Sin embargo, decir asistencia de enfermería directa podría ser una tautología, puesto que el cuidado se entiende como la interacción entre el paciente y la enfermera.

Además, Las enfermeras describen la ayuda como una de sus funciones que significa ser y sentirse útil; este significado parte del convencimiento de que sus acciones hacen la diferencia ante el estado de vulnerabilidad de los pacientes. Asimismo, Waldow encontró que el cuidado es una manera de ayudar a las personas con sufrimiento. La cuarta función de enfermería es el acompañamiento, la cual se torna como una indispensable, pues hace sentir a los pacientes que son importantes. También, encontraron que las enfermeras de su estudio consideraron que el acompañamiento es terapéutico al final de la vida.

La quinta función de enfermería es el soporte a los pacientes y familiares, lo cual coincide con los hallazgos entre las enfermeras de Bello y compañeros y con Morse al decir que ellas deben reconfortar en el sufrimiento de los pacientes y familiares. Además, este estudio encontró que las enfermeras deben "resistir". Según la misma autora, es una forma de sufrimiento para hacer lo que se debe hacer. La función de abogacía nace porque las enfermeras se sienten protectoras de los pacientes. Por su parte, Hodo y Buller encontraron que esta función contribuye con la mejor comunicación entre el equipo de salud, el paciente terminal y sus familiares. Estas funciones de enfermería son congruentes con la definición de cuidado paliativo que tiene la Organización Mundial de la Salud, pues buscan aliviar los síntomas, ofrecer cuidado integral, mejorar la calidad de vida del paciente y ayudar a los familiares. (29)

Se analiza la relación existente entre las representaciones y las prácticas del profesional de enfermería en torno a la atención de pacientes en proceso de muerte. Desde un punto de vista sociológico y antropológico y de los resultados de investigaciones publicadas en el campo de la salud colectiva y de las ciencias sociales, se subraya la relación entre las prácticas del profesional de enfermería y las representaciones que de ellas se generan y la importancia de captar su lógica en el contexto social que las origina. Partiendo de reconocer que el proceso de muerte compromete asuntos biológicos, psicológicos, ideológicos, culturales, políticos e institucionales particulares, se sostiene la importancia de recuperar los componentes de los

saberes que han sido invisibles. Los protocolos de actuación, las acciones apropiadas en la atención resaltan la necesidad de formación del profesional de enfermería en los cuidados hacia el final de la vida y la muerte.

Raras veces se habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer la enfermera para ayudar a una persona a reducir sus molestias y afrontar la muerte con coraje o dignidad (HENDERSON, 1995), pero más raro es encontrar análisis que hablen sobre qué le ocurre al personal de enfermería al enfrentar estos procesos.

A partir de la revisión de investigaciones publicadas en el campo de la salud colectiva y de las ciencias sociales, se destaca que, dado que el personal de enfermería interactúa con el paciente y muchas otras personas en el proceso de brindar cuidados de enfermería adecuados, inevitablemente su cultura, sus actitudes y creencias repercutirán en sus decisiones y prácticas. Este modo de ver los saberes del profesional nos debe permitir salir del argumento positivista que considera las prácticas para el cuidado de la salud y la atención del proceso de muerte regidas sólo por una racionalidad biológica y técnica, y que deja de percibir los condicionamientos sociales de tales prácticas al momento de atender el proceso de muerte de los pacientes.

Se considera entonces la importancia de realizar investigaciones sobre la atención de los procesos de muerte mediante una metodología cualitativa, que propicie identificar y describir las múltiples relaciones entre los sentidos, las emociones, los saberes y acciones del personal de enfermería, intentando vincular sus prácticas con sus vivencias y representaciones socialmente construidas.(30)

Las enfermeras tienen un compromiso con el cuidado de la vida, también cuidan y se preocupan por la calidad de vida de los pacientes en procesos de transición como la muerte. A pesar de ser el resultado de la fase terminal de una enfermedad, "la muerte es algo problemático en la práctica de enfermería", además "tiene implicaciones en la vida privada y laboral de las enfermeras". Partiendo de que la muerte de los pacientes es una realidad que las enfermeras viven en el hospital; este artículo plantea que no es un fenómeno trivial que las lleve a acostumbrarse, sino más bien que es objeto de significados los cuales deben conocerse para mejorar el cuidado. El objetivo último de este estudio es describir las funciones de cuidado de las enfermeras con el paciente en proceso de fallecer. Esta investigación se realizó utilizando la metodología de estudio cualitativo con enfoque etnográfico partiendo del análisis de la cultura de las enfermeras, realizado en la ciudad de Medellín, Colombia. Entre diciembre del 2012 y febrero del 2014, por la universidad de Antioquia. Como Resultado se encontró dos categorías, la primera, describe la muerte como asunto de importancia para la disciplina. Para ello se contemplan las funciones de la enfermera y su responsabilidad social. La segunda describe de qué manera la muerte del paciente está relacionada con la enfermera como persona. En esta se encontraron dos subcategorías: apersonarse del cuidado y la muerte afecta a la enfermera como persona. (29)

Un estudio realizado en la universidad de Concepción Chile, de tipo descriptivo-correlacional y predictivo en 308 enfermeras/os que trabajaban en cuidados paliativos en centros de salud públicos. Se utilizaron las escalas de Actitudes hacia el cuidado al final de la vida de Frommelt, Inteligencia emocional, actitudes hacia la muerte, trabajo emocional y variables bio-sociodemográficas de experiencia y formación profesional. Como resultado: La actitud hacia el cuidado al final de la vida mostró una tendencia favorable, presentando una asociación directa y estadísticamente significativa con: edad, experiencia laboral, mayor vínculo en tiempo y número pacientes terminales atendidos, y con la comprensión y regulación emocional. También se presentó una mayor actitud en el sexo femenino. La preferencia por trabajar en cuidados paliativos y ser formador en el área

influyeron favorablemente en la actitud; al contrario, el miedo a la muerte y el trabajo emocional fingido influyeron negativamente la actitud. (31)

Así mismo en México se realizó un estudio acerca de las actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes de tipo descriptivo-transversal, cuya población estuvo conformada por el personal de enfermería de dos instituciones de salud pública: el Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez” y del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, ambos ubicados en la ciudad de Villahermosa, Tabasco. Los resultados que se obtuvieron de esta investigación fueron los siguientes: Los profesionales de enfermería que participaron en el estudio tienen una edad promedio de 32.5 años (DE=7), donde el 71.8% de los participantes pertenecen al sexo femenino. El 67.6% del personal de enfermería muestra una actitud de indiferencia ante la muerte, solo un 9.9% muestra una actitud positiva. Con relación a la perspectiva de actitud de temor el 46.5% manifiesta que pensar en la muerte les genera ansiedad, mientras que el 39.4% ve la muerte de los pacientes como algo natural. (27)

2.3 MARCO LEGAL

Proyecto de ley de 2018 senado. Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Objeto. Tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los pacientes sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes; así como, establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.

Capítulo II Condiciones y procedimiento de cuidado.

Artículo 2°. Condiciones. En los estrictos términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un paciente, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es, el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee. (26)

Resolución 1216 de 2015. Considerando: que la honorable corte constitucional, a través de la sentencia C-239 de 1997, consideró que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y, en dicha determinación exhortó al congreso de la república a expedir la regulación respectiva.

Capítulo I

Disposiciones generales.

Artículo 1. Objeto. Por medio de la presente resolución se imparten directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las Sentencias C-239 de 1997 y T-970 de 2014.

Artículo 2. enfermo en fase terminal. De conformidad con el artículo 2o de la Ley 1733 de 2014, se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por

un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

Parágrafo. Cuando exista controversia sobre el diagnóstico de la condición de enfermedad terminal se podrá requerir una segunda opinión o la opinión de un grupo de expertos.

Artículo 3. Criterios de la garantía del derecho fundamental a morir con dignidad. Son criterios para la garantía del derecho a morir con dignidad la prevalencia de la autonomía del paciente, la celeridad, la oportunidad y la imparcialidad, en los términos definidos en la Sentencia T-970 de 2014.

Artículo 4. Derecho a cuidados paliativos. Las personas con enfermedades en fase terminal tienen derecho a la atención en cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales. Además, incluye el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente.

En todo caso, de manera previa a la realización del procedimiento para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, se verificará el derecho que tiene la persona a la atención en cuidados paliativos. Cuando la persona desista de la decisión de optar por tal procedimiento, se le garantizará dicha atención. (32)

2.4 MARCO DISCIPLINAR

Como la teoría del final tranquilo de la vida viene de un estándar de cuidados que ha sido descrito por un grupo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema práctico y que, exponen la necesidad de proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso de las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila, lo que enfatiza en los componentes de ausencia de dolor, experiencias de bienestar, dignidad y respeto, estado de tranquilidad y proximidad de los allegados. Este proyecto de investigación se apoya en dicha teoría, ya que es la que cuenta con mejores argumentos para el proceso de la muerte.

Teoría del final tranquilo de la vida

La presente teoría de Cornelia M, Ruland y Shirley M. Moore, se centran en el modelo de Donabedian y los sucesos vividos por cinco profesionales del cuidado con los pacientes con enfermedades de etapa terminal y múltiples investigaciones científicas obtenidas de experiencias en el ámbito hospitalario donde se hacía una observación a profundidad sobre los factores tanto protectores como de riesgo como el bienestar, dolor físico mental o espiritual, nutrición entre otros para así tener herramientas frente a estos aspectos y poder brindar un cuidado integral e integrado en cada una de sus dimensiones. “La teoría establece que los sucesos y hechos del final tranquilo de la vida, son la experiencia de cada persona, solo ella misma experimenta y siente.

Reforzando lo anterior “La teoría del final tranquilo de la vida (FV) está conformada por varios marcos teóricos (Ruland y Moore, 1998). Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de microgramo, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria. Un segundo puntual teórico es la teoría de la preferencia (Brandt, 1979)

que han utilizado los filósofos para explicar y definir la calidad de vida, un concepto importante para la investigación y la práctica del FV.” (33)

Dicho lo anterior se puede decir que cada ser humano es un mundo diferente, pues tienen un rasgo cultural, personalidad y sentimientos frente a la vida único, esa esencia que hace indispensables y único al ser humano, en donde se debe hacer conciencia del trato especial debido a que cada uno requiere cosas diferentes en cuanto a su necesidades sin dejar a un lado el cuidado humanizado asimismo teniendo conocimientos sólidos para llevar ese proceso de muerte de la mejor manera, porque aunque es un tema que causa mucho temor es importante e inevitable en el ciclo de vida de cada persona independientemente de la edad que este cursando.

En conclusión “El objetivo del cuidado del final tranquilo de la vida no es optimizar el cuidado en el sentido en que debe ser el mejor tratamiento y más avanzado tecnológicamente, o un tipo de cuidado que lleve a un tratamiento excesivo, es decir, sino maximizar el tratamiento, proporcionar el mejor cuidado posible mediante el uso juicioso de la tecnología y las medidas de bienestar, para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.”

“La teoría del final tranquilo de la vida viene de un estándar de cuidados que ha sido descrito por un grupo de enfermeras expertas que se enfrentaban a un problema practico, los conceptos del meta paradigma eran inherentes al fenómeno de enfermería tratado, el cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un final de la vida tranquilo” .Por otra parte, no es solo el hecho de un cuidado humanizado sino también la integración de todo lo que es importante en el entorno del paciente como la familia.

Pues “La familia, un término que incluye a todos los allegados, es una parte importante del cuidado del final tranquilo de la vida. “Reforzando todo lo planteado es clave decir que el cuidado de enfermería es crucial en la etapa de vida, ya que no solo el recibiendo de vida merece atención si no también el ciclo final. Conjunto a esto es coherente decir “Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan las experiencias del FV de la persona e interviene de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el moribundo no pueda expresarse verbalmente”. (33) (34)

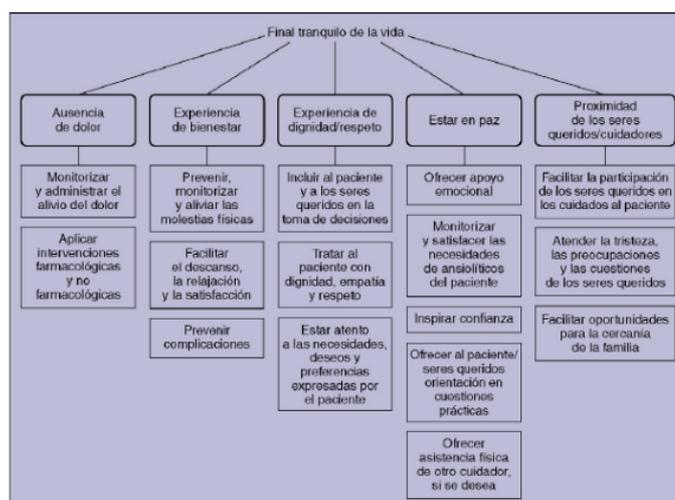


Figura 36-1 Relaciones entre los conceptos de la teoría del final tranquilo de la vida. (De Ruland, C. M., & Moore, S. M. [1998]. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. Nursing Outlook, 46[4], 174.)

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Conocer las acciones de cuidado que realizan los enfermeros en el proceso de la muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar las acciones de cuidado que utiliza el enfermero para conservar la dignidad y el respeto del paciente en el proceso final de la vida.
- Describir los cuidados no farmacológicos que usan los enfermeros frente al dolor en el proceso de muerte.
- Exponer los cuidados que usan los enfermeros para promover un estado de tranquilidad al en el final de la vida.
- Describir las estrategias de cuidado que usan para incluir a los familiares y/o cuidadores en el proceso de muerte.

4. METODOLOGIA

4.1 ENFOQUE

El enfoque de esta investigación fue cualitativo ya que implicó la recopilación y el análisis de datos no numéricos para describir y/o comprender conceptos, buscó las opiniones de los participantes y profundizó en experiencias vividas, creencias, valores, emociones o comportamientos, con los significados que las personas les atribuyen, cuya esencia no solamente se captura a través de mediciones. (35)

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

El tipo de esta investigación fue una entrevista estructurada que consistió en que la entrevistadora realizaba su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujetaba exclusivamente a ésta (el instrumento prescribía qué cuestiones se preguntaban y en qué orden). Fue un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, ya que ponía su interés en la descripción de los datos, sin conceptualización ni interpretación, pretendía describir lo que ocurría. Se utilizó la entrevista como herramienta que permitió conocer la opinión y los saberes del entrevistado. (36)

4.3 POBLACIÓN

La población de esta investigación fue personal de enfermería graduado, que trabaja en los servicios de hospitalización de las IPS de mediana y alta complejidad de la ciudad de Medellín.

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Enfermeros que lleven más de tres años de experiencia.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Enfermeros que trabajen en la UCI
- Enfermero del servicio de urgencias
- Enfermeros que se encuentren realizando remplazos
- Enfermeros del servicio de pediatría

4.4 MUESTRA

Fue una muestra no probabilística, que se seleccionó por el método de cadena o redes (bola de nieve), en el cual de acuerdo a lo que expresa Sampieri “se identificaron participantes clave y se agregaron a la muestra, se les preguntó si conocían a otras personas que pudiesen proporcionar datos más amplios, y una vez contactados, se incluyeron también”. (36)

4.5 INSTRUMENTO

La entrevista estructurada consiste en que el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden).

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta, esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados).

En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema.

Características esenciales de las entrevistas cualitativas:

1. El principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas. Es flexible.
2. Las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes.
3. La entrevista cualitativa es en buena medida anecdótica.
4. El entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista.
5. El contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados.
6. El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
7. La entrevista cualitativa tiene un carácter más amistoso.
8. Las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje
9. Se podría implementar preguntas de tipo general según Grinnell, Williams y Unrau y De conocimientos según Mertens. (36)

Para la construcción de este instrumento se tuvieron en cuenta dos investigaciones, la investigación a. Percepción de los enfermeros de la unidad de paciente crítico sobre los cuidados al final de la vida en personas con limitación del esfuerzo terapéutico y la investigación. (37) b. El final tranquilo de la vida: experiencias del enfermero(a) en el cuidado a pacientes con enfermedad terminal en una entidad privada, 2018 de México. (38) luego de un análisis por el cuadro comparativo se observaron varias falencias en el desarrollo de las preguntas, las cuales se lograron mejorar y reestructurar.

Se inició con la siguiente comparación.

¿Cuáles son las acciones de cuidado que usan los enfermeros en el proceso del feneamiento a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida?			
	Investigación actual.	A. Chile	B. México
Sociodemográficas	Edad: Genero: Religión: Especialidad: Experiencia laboral: Servicio:	Edad: Años en UPC: Género:	Seudónimo Edad: Fecha: - Experiencia Laboral Servicio: Especialidad
Dolor (farmacológica y no farmacológica)	*¿Aparte del tratamiento farmacológico que otras medidas utiliza para el manejo o disminución del dolor? *¿Cree que es importante el proporcionar cuidados de confort al final de la vida? ¿Por qué? Y que acciones o estrategias utiliza usted	¿Qué medidas farmacológicas utiliza para manejar el dolor en pacientes con LET? ¿Y qué medidas no farmacológicas?	¿Considera que la ausencia de dolor contribuye al final tranquilo de la vida? ¿Cómo o por qué? ¿Qué medidas farmacológicas y no farmacológicas realiza en el cuidado al paciente para lograr el final tranquilo de la vida
Experiencia de bienestar	*¿Qué tan en cuenta tiene los deseos y preferencias del	¿Qué cuidados otorga al	¿Cómo define el bienestar del paciente y

	paciente al momento del cuidado? *¿Qué estrategias utiliza que contribuyan al alivio y puedan reducir el disconfort del paciente y evitar o prevenir complicaciones en él?	paciente con LET que contribuyan al alivio de molestias físicas y que faciliten el reposo y relajación?	como lo aplica en el cuidado al paciente con enfermedad terminal? Cree usted que este aspecto le proporciona tranquilidad al paciente, ¿cómo y por qué?
Experiencia de dignidad/respeto	*¿Cómo ayuda a los pacientes a sentirse seguros y respetados en el ambiente hospitalario en el proceso final de la vida? *¿Cómo protege la dignidad del paciente en el proceso final de la vida? *¿Los principios bioéticos son importantes para usted al momento de la atención a los pacientes?, como cree usted que estos benefician aún más a esta población y por qué?	¿Cómo resguarda la dignidad y respeto de la persona que se encuentra con LET?	¿Qué es para usted la dignidad y el respeto, de qué forma los incluye en el cuidado?
Estar en paz	*Se sabe que la terapia farmacológica es muy importante para el confort, la serenidad y reposo del paciente, ¿tiene en cuenta aspectos psicológicos y espirituales para promover la paz y la tranquilidad del paciente? explique cuales estrategias utiliza.	¿Cómo mantiene la tranquilidad psicológica y espiritualidad de la persona que se encuentra con LET?	¿Cómo ayuda al paciente con enfermedad terminal para que sienta paz?
Proximidad de los seres queridos / cuidadores	*Teniendo en cuenta la importancia del acompañamiento humanizado en este proceso y la comunicación e interacción con el personal de la salud, ¿Qué estrategias usa para incluir a los familiares o cuidadores en el cuidado o atención del paciente?	Desde el punto de vista de la cercanía con la familia, ¿Cómo facilitan las visitas? ¿En qué cuidados pueden intervenir?	¿Cómo facilita la proximidad de los seres queridos / cuidadores? Y ¿qué aspectos se pueden considerar en el cuidado? ¿De qué forma te relacionas con los familiares?

Después de finalizado el proceso de análisis, la entrevista quedó conformada por seis variables de las cuales una consta de análisis cuantitativo que corresponde a los datos sociodemográficos con datos específicos y las otras son de análisis cualitativos las cuales corresponden a cinco dimensiones según la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, que se construyeron para tener más precisión y objetividad, no solo en las preguntas, sino también en las respuestas.

Acciones de cuidado que usan los enfermeros en el proceso del fenecimiento a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida		
Dimensión	Preguntas	Forma de análisis
Datos Sociodemográficas	Edad: Sexo: Religión: Especialidad: Experiencia laboral:	Cuantitativo Rangos de edad, sexo, se deberá llevar un conteo de la cantidad de participantes femeninos y masculinos.

	Servicio:	
Dolor (farmacológica y no farmacológica)	<p>1. ¿Qué medidas no farmacológicas utiliza para el manejo o disminución del dolor?</p> <p>¿Cree que es importante proporcionar cuidados de confort al final de la vida? ¿Por qué?</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Se analizará cada respuesta de los participantes.</p>
Experiencia de bienestar	<p>1. ¿Qué tan importante es para usted los deseos y preferencias del paciente al momento del cuidado?</p> <p>¿Qué estrategias utiliza que contribuyan al alivio y puedan reducir el disconfort del paciente y evitar o prevenir complicaciones en él?</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Las respuestas serán analizadas ya que podemos encontrar diferentes opiniones porque cada persona se basa en diferentes principios.</p>
Experiencia de dignidad/respeto	<p>1. ¿Qué acciones de cuidados realiza usted, para que los pacientes se sientan seguros y respetados en el ambiente hospitalario en el proceso final de la vida?</p> <p>2. ¿Cómo ayuda a los pacientes a sentirse seguros y respetados en el ambiente hospitalario en el proceso final de la vida?</p> <p>3. ¿Cómo protege la dignidad del paciente en el proceso final de la vida?</p> <p>¿Los principios bioéticos son importantes para usted al momento de la atención a los pacientes?, por qué?</p>	<p>Cualitativo</p> <p>Los participantes pueden tener percepciones y acciones desiguales, lo que llevará a cada individuo a brindar cuidados con estrategias diferentes pero dirigidas a un mismo objetivo, por lo que es necesario analizar cada respuesta.</p>
Estar en paz	<p>Desde el punto de vista espiritual y psicológico, ¿Cuáles acciones de cuidado usa usted para promover la paz y la tranquilidad del paciente?</p>	<p>Cualitativo</p> <p>La diversidad espiritual y psicológica conduce a diferentes acciones según los ideales de cada profesional.</p>
Proximidad de los seres queridos / cuidadores	<p>Teniendo en cuenta la importancia del acompañamiento humanizado en el proceso y la comunicación e interacción con el personal de la salud, ¿Qué estrategias usa para incluir a los familiares o cuidadores en el cuidado o atención del paciente?</p>	<p>Cualitativo</p> <p>La opinión de los enfermeros sobre la proximidad de los seres queridos y cuidados es importante, por lo que se deben analizar las respuestas de cada uno.</p>

4.6 VALIDACIÓN

- a) Prueba de expertos.
Se hizo la validación del instrumento con tres expertos en el tema, que evaluaron cada una de las preguntas según su validez y objetividad.
- b) Prueba piloto
Después de realizar la prueba de expertos, se aplicó la prueba piloto con enfermeros graduados, con una similitud en el perfil o características de la población seleccionada, pero que no se incluyó en la muestra.
- c) Control de sesgos:
información: estandarizar, las entrevistadoras se estandarizaron, por medio de un guion y de esta manera las entrevistadoras, tuvieron los mismos conceptos, para evitar confusión a las personas, teniendo en cuenta que fue una entrevista estructurada. Se seleccionó a 5 enfermeros con más de tres años de experiencia en el área.

4.7 ESTRATEGIAS ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis cualitativo implicó reflexionar constantemente sobre los datos recabados, para efectuar un análisis cualitativo, los datos se organizaron y las narraciones orales se transcribieron, al revisar el material, las unidades de análisis emergieron de los datos, posteriormente se analizó cada unidad y extrajo su significado. De las unidades surgieron las categorías, por el método de comparación constante (similitudes y diferencias entre las unidades de significado), posteriormente se agruparon en temas y se sacaron conclusiones. (36)

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que las respuestas que se obtuvieron de cada participante eran sólo para uso e información de la investigación, asegurando su confidencialidad. De acuerdo a la Ley 1581 de 2012, que establece las disposiciones generales en materia de protección de datos personales, debido a que reconoce y protege el derecho que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos que sean susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada. Se debe resaltar ya que los resultados del estudio se obtuvieron a partir de las respuestas de cada participante.(39)

Los investigadores estuvieron en la obligación de garantizar y proteger la integridad de todas las personas y para ello se aplicaron varias leyes y principios bioéticos como: el respeto, la confidencialidad, la autonomía, entre otros.

4.8.1 NIVEL 1 O DE LOS PRINCIPIOS ETICOS

- Diseño
°Respeto: es el principio de respeto de la vida humana puede ser considerado como el principio eminente de la bioética, por ser aquel que guía e inspira la aplicación de los demás. Se trata del primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. La razón de ser de este imperativo es fácilmente comprensible: para una persona, la vida es el bien fundamental, del cual depende la realización de todos los demás.(40)
Se menciona este principio ya que ha fue el principal durante el proceso de investigación, se brindó un espacio en el cual el entrevistado podía decidir de

manera consciente y autónoma, si desea participar en la entrevista o si no está de acuerdo con la investigación. Así mismo se respetaron los derechos de autor la integridad de su obra e impedir cualquier deformación, modificación, alteración o atentado contra ella que suponga un perjuicio a los legítimos intereses del autor o menoscabo a su reputación.

°Beneficencia: derecho de toda persona de vivir de acuerdo con su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y felicidad.

°No maleficencia: define el derecho de toda persona a no ser discriminada por sus consideraciones biológicas, tales como: raza, sexo, edad, situación de salud, etc. Determina el correspondiente deber de no hacer daño, aun cuando el interesado lo solicitara expresamente. (41)

Estos dos principios fueron utilizados, porque a futuro se busca impactar de manera positiva en el proceso de vida-muerte.

- Trabajo de campo:

°Respeto: por ser aquel que guía e inspira la aplicación de los demás.

se considera como principio ético de este proyecto ya que el respeto a la vida está condicionado de forma casi constante por la presencia de la vulnerabilidad esencial, por la fragilidad extrema del hombre, por el reconocimiento de lo inevitable y próximo de la muerte.

El respeto ético de enfermeras que realizan cuidados en el proceso de enfermedad en etapa terminal y/o crítica, es respeto a la vida doliente, declinante; su trabajo consiste en cuidar de personas en el grado extremo de debilidad.

°Individualidad: carácter, cualidad, condición específica de alguien, se puede diferenciar y exclusivamente de los demás.

Teniendo en cuenta lo anterior, se eligió este principio ya que como fue una investigación de tipo cualitativo fue muy importante no inferir en las respuestas de los participantes y la individualidad es esencial para la objetividad de este proyecto.

°Autonomía: derecho de la persona para decidir por sí misma.

Los participantes entrevistados de dicha investigación fueron libres y más en la toma de decisiones, ya que son autónomos a la hora de proporcionar su participación o negarse a esta.

°Confidencialidad: La confidencialidad se fundamenta en el derecho a la intimidad, entendido como un derecho inherente a la persona en un ámbito en el que los seres humanos gestionan libremente su mundo de valores y principios.(42)

Fue importante este aspecto, ya que se obtuvo información que probablemente muchas personas deseen que su identidad u otros datos sean reservados.

- Análisis y publicación:

°Respeto: El respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos, por lo que cada individuo fue considerado un ser autónomo con la capacidad de responder voluntariamente la entrevista.(43)

°Confidencialidad: La confidencialidad se fundamenta en el derecho a la intimidad, entendido como un derecho inherente a la persona en un ámbito en el que los seres humanos gestionan libremente su mundo de valores y principios.(42)

Fue importante este aspecto, ya que se obtuvo información que probablemente muchas personas deseen que su identidad u otros datos sean reservados.

4.8.2 NIVEL 2 O NORMAS ÉTICAS

- Diseño:
 - °Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen los requisitos mínimos, normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (44)
 - °Según el artículo 11 esta investigación fue clasificada como investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Por lo tanto, se ha empleado en esta investigación.
- Trabajo de campo:
 - °Según el artículo 5 de la resolución anteriormente mencionada, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
 - °Así mismo según el código de ética del CIE para las enfermeras se debe respetar el derecho de los participantes en estudios de investigación de participar en los estudios o retirarse de ellos sin perjuicio alguno.
 - Incorporar en el plan de estudios y realizar investigación sobre aquello que constituye cuidados seguros, que respetan la dignidad y los derechos, y consideran las nuevas tecnologías. (45)
- Análisis:
 - °Las enfermeras y los estudiantes de enfermería trabajan activamente en la ampliación del conocimiento profesional actual, basado en la evidencia, sobre el que se sustenta la práctica informada por la evidencia. (45)
 - °De acuerdo con el artículo 14 de la Resolución 8430 de 1993. Se entiende por Consentimiento Informado también llamado código de Helsinki; Código de ética médica ley 23 del 1981 Artículo 14 (consentimiento informado Helsinki). (46) el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (44)
 - °Los derechos humanos: El derecho de todos a la vida conlleva a el derecho de cada persona a su propia vida (desde el principio hasta el fin) y a administrarla y desarrollarla ella misma como persona autónoma, no el de los demás a decidir unilateralmente sobre ella. O sea, a protegérsela sí, pero no hasta el punto de que otros (la Sociedad, el Estado) tomen decisiones sobre ella.
 - °El derecho a la vida incluye el derecho a la vida digna, del que es parte el derecho a una muerte digna -por ser la muerte consustancial a la vida, tal y como cada persona expresa su dignidad libertad en ese trance, si bien, ese derecho a la muerte digna de la gran mayoría de las personas todavía no está reconocido en muchos Estados respecto de la eutanasia y el suicidio asistido que solicitan otras personas.(47)
 - Por lo tanto, fue muy importante tener en cuenta estos aspectos, para reforzar o motivar al profesional a adquirir el conocimiento, por ende, las estrategias adecuadas en el área, y así brindar un cuidado integral y humanizado.
 - °El artículo 3 del Código de enfermería ley 911 del 2004 El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus

propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.(48)

4.8.3 COMITÉS ÉTICOS

La Dirección de Investigación es un ente adscrito a la Rectoría, con el propósito de direccionar, fomentar, coordinar y evaluar los procesos de investigación institucional. Esta Dirección se encarga del direccionamiento estratégico y el desarrollo integral de la investigación en todos los niveles y modalidades, y en los diferentes campos del saber privilegiados por la UNAC en el marco de su misión, y con sujeción a los planes y políticas institucionales.

A fin de cumplir estas funciones esenciales, la Dirección se apoya en el Comité Institucional de Investigación y en los centros de Investigación de cada una de las facultades.

Por lo cual se solicitó y fue aprobado la autorización del comité institucional de ética universitaria.

5. RESULTADOS

En este capítulo, se presentarán los resultados cualitativos de la investigación titulada "Acciones realizadas por enfermeros en el proceso de la muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida". Aquí, se expondrán las experiencias de los participantes y se llevará a cabo un análisis de las prácticas implementadas. A través de la interpretación, se ha buscado comprender las narrativas que destacan los aspectos clave de la investigación.

Los hallazgos de este estudio proporcionarán una perspectiva enriquecedora para la práctica de la enfermería, basada en la visión de los enfermeros que están involucrados en la atención diaria de los pacientes que se encuentran en el final de la vida.

Se identificaron cuatro categorías, cada una de las cuales incluyó subcategorías, que se detallan a continuación.

Garantiza acciones, cuidados y un ambiente tranquilo que promueven la seguridad y el bienestar del paciente para manejar el dolor.

- Promueve la compañía de la familia o cuidadores, para influir positivamente en el manejo del dolor, disminuyendo su intensidad y contribuyendo a mejorar su estado de ánimo.
- Brinda medidas de bienestar para disminuir síntomas dolorosos y proporcionar confort.
- Garantiza dentro del plan de atención el cuidado de la piel y la implementación de medios físicos para disminuir el dolor.
- Capacita al personal de enfermería en el proceso de la muerte para brindar al paciente un cuidado oportuno.
- Brinda medidas de bienestar y prioriza las necesidades y preferencias de los pacientes para contribuir al alivio del malestar y posibles complicaciones.

Garantiza los deseos y preferencias de los pacientes en el momento de transición de la vida a la muerte, conservando la dignidad y el respeto.

- Toma en cuenta las peticiones o preferencias de los pacientes dentro de su plan de cuidados con el fin de favorecer la autonomía y bienestar.
- Fomenta la seguridad en el entorno y brinda cuidados básicos y esenciales para el bienestar del paciente en el proceso final de la vida.
- Garantiza entornos de privacidad que contribuyan a la tranquilidad y armonía de los pacientes
- Promueve el acompañamiento, participación en el cuidado y el apoyo familiar para garantizar la privacidad, el estado de calma y serenidad en el paciente.

Gestiona acciones que aumenten y aporten positivamente en las creencias y el soporte espiritual del paciente.

- Respeta y amplía las estrategias y/o las acciones que incluyan el apoyo y crecimiento espiritual

Involucra a los cuidadores o familiares en el cuidado del paciente con información, educación y cercanía, asegurando la tranquilidad y el bienestar durante todo el proceso final de la vida

- Educar de forma consciente y respetuosa a los cuidadores o familiares, incentivándolos a participar activamente en el cuidado del paciente
- Ofrecer información precisa y oportuna que facilite la comprensión de la situación del paciente.
- Fomentar la cercanía de los familiares con el propósito de facilitar un proceso de duelo tranquilo.

6. DISCUSIÓN

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales. (49)

Dentro de las responsabilidades del enfermero, se encuentra la crucial tarea de brindar apoyo al paciente durante su transición hacia la muerte. Es fundamental que el enfermero cuente con el conocimiento, la empatía y la calidez necesarios para acompañar al paciente en este proceso. Por esta razón, resulta imperativo aplicar la teoría del "final tranquilo de la vida", la cual aborda de manera integral esta etapa, involucrando también a la familia del paciente.

Frente a la identificación de cuatro categorías basadas en los objetivos establecidos, se procede a llevar a cabo un análisis y una discusión detallada de las mismas.

Garantiza acciones, cuidados y un ambiente tranquilo que promueven la seguridad y el bienestar del paciente para manejar el dolor.

Esta categoría responde al primer objetivo describir los cuidados no farmacológicos que usan los enfermeros frente al dolor en el proceso de muerte. De acuerdo con la teoría del final tranquilo de la vida de Ruland y Moore, la experiencia de bienestar se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y todo lo relacionado con la creación de una vida placentera. (34)

Heidegger, por su parte, sostiene que el cuidado se fundamenta en la posibilidad de la muerte y en la certeza de que mientras llega, se puede vivir con el máximo de bienestar posible. De este modo, las enfermeras brindan cuidado en todas las etapas de la vida, incluso cuando la persona está muriendo. En la fase final, el cuidado debe ajustarse a las necesidades de las personas.

En la misma línea, Henderson indica que el paciente en proceso de morir es un ser humano a quien vale la pena cuidar, teniendo en cuenta las responsabilidades básicas de las enfermeras que buscan satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familias. (50)

La teoría del confort de Katherine Kolcaba, define las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad, a partir de situaciones estresantes de cuidado para la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Incluyen necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales, que se observan a través del seguimiento y de los informes verbales y no verbales, así como necesidades relacionadas con los parámetros fisiopatológicos, educación, apoyo, asesoramiento e intervención financiera. (51)

Lo anterior se evidenció en los relatos que se identificaron en las subcategorías, del primer objetivo, donde los enfermeros describieron los cuidados no farmacológicos que usan para manejar el dolor en el proceso de muerte.

"Brindarle confort que esté limpio, que no tenga dificultad respiratoria, que su habitación esté aseada, ideada, ¿desde... la prevención del dolor? Es como esas medidas básicas de confort, porque yo pienso que en esos momentos siempre vamos a necesitar como algún tipo de analgésico" (Andrómeda)

En una investigación realizada en Medellín, en el año 2014, se encontró, que una enfermera realizaba la misma acción “una de las necesidades fisiológicas de los pacientes es mantener la vía respiratoria permeable y que no tengan disnea: “la enfermera expresó: está llena de secreciones y la voy a aspirar para que no muera ahogadita” (registro de observación). Las enfermeras cuidan que el paciente no esté deshidratado, le brindan cuidados en la piel hasta el final y buscan evitar infecciones: “uno no puede dejar morir un paciente deshidratado, no lo puede dejar morir lleno de infecciones ni con dolor ni ahogado” (Ana Karenina). También se comprometen con el confort: “es tan importante, si está confortable” (Sherazade). (50)

En relación al concepto de confort, se destaca la investigación titulada "Atención en la Agonía," publicada en 2008, la cual enfatiza que el confort desempeña un papel fundamental en el proceso de muerte. Esta investigación también categoriza las medidas no farmacológicas en aspectos ambientales, físicos, nutricionales y de hidratación. (52)

Entre estas medidas ambientales y físicas para el manejo del dolor, se encuentran proporcionar un ambiente tranquilo, con la adecuada iluminación, ventilación y temperatura, las técnicas de distracción, relajación y respiración, lo que permite al enfermero mejorar la condición de dolor del paciente. (53)

Estas acciones se describen en un fragmento proporcionado por dos enfermeros, que expresan:

"Eh medidas que pueden implementar una parte, pues como de los cambios, buscar como el confort del paciente, que ya sea como con técnicas que cuando tenga establecidas la familia ya como de base para el manejo del dolor, emm brindarles pues como confort" (Orión)

"En un paciente cuando tiene dolor y los medios farmacológicos no son suficientes, podemos utilizar medios físicos como temperatura, que ya sería aplicar paños de calor húmedo o compresas, pues frío hielo". (Pysis)

"Pues está en pro del paciente a realizarle. Eh los cambios de posición. De pronto, pues como tener en cuenta de pronto como si tiene heridas o algo eh verificar pues" (Orión)

Respecto al alivio del dolor, desde el acompañamiento familiar, La investigación "Los Pacientes del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos: Razones y Significados para Enfermeras/OS" destaca que la presencia y cercanía de la familia se revela como un apoyo significativo en la mitigación del dolor; uno de los entrevistados expresa,

"Ummm... también para el alivio del dolor, pues a veces al paciente le ayuda mucho a tener los seres queridos cerca. Y ya" (Pysis)

Es notable que ninguno de los enfermeros entrevistados haya mencionado la utilización de otras medidas no convencionales y no farmacológicas en el manejo del dolor, a pesar de que una revisión sistemática del cuidado al final de la vida en 2018 detalló “Que los profesionales de enfermería utilizaban terapias alternativas como terapia floral, acupuntura, quiromasaje y naturopatía, conocimientos que fueron adquiridos por medio de cursos, seminarios y talleres para el perfeccionamiento basado en la experiencia”; así mismo describió la musicoterapia como coadyuvante del alivio del dolor; disminuyendo la percepción del dolor durante procedimientos terapéuticos. (54)

Garantiza los deseos y preferencias de los pacientes en el momento de transición de la vida a la muerte, conservando la dignidad y el respeto.

En lo que concierne a la preservación de la dignidad y el respeto, se destacan las estrategias observadas en las narrativas para mantener esta categoría. La dimensión de la experiencia de dignidad y respeto se basa en el valor fundamental de la persona y en el principio ético del respeto, lo que implica la protección de aquellos que dependen de los demás. Esto se refleja en la atención brindada a las personas que experimentan desestructuración temporal o duradera.(34)

Esta importancia se basa en varios principios fundamentales de la enfermería. Es una profesión que valora profundamente el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano. Esto significa que los enfermeros deben hacer todo lo posible para respetar y proteger estos valores en todos los aspectos de su trabajo. Se tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados profesionales a las personas que necesitan su atención. Esto incluye no sólo el cuidado físico, sino también el apoyo emocional y espiritual. Al garantizar los deseos y preferencias del paciente, los enfermeros pueden proporcionar un cuidado más personalizado y centrado en el paciente. Como enfermeros tienen la obligación de mantener la privacidad del paciente. (55)

En una revisión sistemática de cuidado al final de la vida realizada en el año 2018, también describió que "en el momento de las intervenciones entre las personas debe permearse un cuidado humanizado reflejado en el trato, de tal manera que se reconozca efectivamente al sujeto de cuidado como persona autónoma y merecedora de respeto y que el principal actor para que el sujeto cuidado se sienta persona es el profesional de enfermería. Para conseguirlo, se deben tener en cuenta la ética y la moral; por tanto, el enfermero debe estar presente con sentimientos que expresen relación de ayuda, solidaridad, compasión e idealización, con el propósito de "conseguir a través del cuidado la integridad personal. Por tanto, cuando los profesionales cuiden de las personas han de procurar preservar la dignidad de estas. (54)

Lo anterior se ve evidenciado en los relatos que se identificaron en las subcategorías, del segundo objetivo, donde los enfermeros explicaron las acciones de cuidado que utilizan para conservar la dignidad y el respeto del paciente en el proceso final de la vida.

"Uno siempre quisiera que el paciente esté en una habitación individual. Entonces últimamente o lo que hace que se instauró pues como el tema de código lila, eso se puede garantizar ¿cierto? porque antes no, antes el paciente por lo general, eh cuando lo rotulaban NO RCP y que sabíamos que estaba finalizando, pues como su proceso podría estar en una habitación compartida, ¿cierto? Entonces, yo creo que eso es una ventaja de ahorita que se pueda tener en una habitación individual y garantizar como esa compañía con su familia, y de la privacidad hacer más consciente al personal que lo tiene a cargo de esas necesidades, del paciente en el momento" (Andrómeda)

"Bueno eh se busca siempre que los pacientes que están digamos que están al final de la vida tengan un espacio, digamos, como privado en medio de lo posible, entonces se busca que sea una habitación individual que se tenga como umm... acceso, digamos a los a los familiares que no haya restricción en cuanto a eso. Entonces, por ejemplo, se maneja un código, lo ponemos como en código lila, entonces él se ubica como tenemos como estandarizado que un paciente que esté en código lila siempre debe tener habitación individual, no se le restringen familiares; digamos que próximo a fallecer igual se le siguen brindando los cuidados de, de estar bien de su

bienestar, pues como físico, entonces igual se, se le hacen medidas para prevenir lesiones por presión, eh, se le cura la piel cavidad oral, se le hace limpieza y a todos se les pide agua de linaza." (Orión).

En lo que concierne a la preservación de la dignidad y el respeto, se destacan las estrategias observadas en las narrativas para mantener esta categoría. La dimensión de la experiencia de dignidad y respeto se basa en el valor fundamental de la persona y en el principio ético del respeto, lo que implica la protección de aquellos que dependen de los demás. Esto se refleja en la atención brindada a las personas que experimentan desestructuración temporal o duradera. (56)

El siguiente entrevistado expresa:

"Bueno se le puede brindar más privacidad y acompañamiento por la familia, entonces acá se autoriza pasar al paciente a una habitación individual, se le autoriza que tenga acompañante y visita todas las que quiera, mantenerle como las sábanas limpias, toda la cama limpiecita. La habitación también en un ambiente de tranquilidad que no haya ruido, eh, que no entren por decir, como muchos estudiantes que hay veces entra por decir el profesor con los 5 internos ahí. Entra un montón de personas y a veces el paciente lo único que quiere es silencio, que esté solamente su familia. Hay veces ellos se expresan, Ah, quiero ver al sacerdote, quiero hablar con el psicólogo o si no se lo expresan usted se lo puede ofrecer acá en el hospital solamente hay sacerdote, pero entonces si son de otro credo, ellos pueden traer lo que sea. El Pastor, sí es un chamán lo que ellos quieran. Acá se puede, se puede permitir esas visitas, inclusive cuando son cortizados." (Pyxis).

Es relevante destacar que varios relatos evidencian la aplicación efectiva de estos principios. Al asegurar que se cumplan los deseos y preferencias del paciente, así como al promover acciones que salvaguarden su privacidad y dignidad, los enfermeros pueden desempeñar un papel crucial en facilitar una transición tranquila de la vida a la muerte. Estos principios éticos y bioéticos son fundamentales en la provisión de atención de alta calidad en enfermería. (57)

Gestiona acciones que aumenten y aporten positivamente en las creencias y soporte espiritual del paciente.

Ruland y Moore, definen el estado de tranquilidad del paciente, es el sentimiento de calma, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual. La gestión de acciones que aumenten y aporten positivamente en las creencias y soporte espiritual del paciente es de gran importancia en el ámbito de la atención sanitaria, según las investigaciones cualitativas y teorías de enfermería. (34)

Son innumerables las preguntas que se formulan con esta temática. ¿Podrá minimizarse el sufrimiento espiritual? ¿Cuál es nuestro papel como prestadores de cuidados? Preguntas que se hacen por tener conciencia de que la persona enferma terminal, más allá de necesitar, reclama una atención integral en la búsqueda de su equilibrio y la minimización de su sufrimiento, con la satisfacción de sus necesidades social, física, emocional y principalmente espiritual.

Las creencias y el soporte espiritual pueden tener un impacto significativo en cómo los pacientes perciben su enfermedad, cómo manejan el dolor y el sufrimiento, y cómo encuentran sentido y propósito durante tiempos difíciles. Por lo tanto, las acciones que aumenten y

aporten positivamente a estas áreas pueden mejorar la calidad de vida del paciente, reducir la angustia y mejorar los resultados de salud. (58)

En el contexto del cuidado integral, se ha identificado la necesidad de prestar atención a la dimensión espiritual, que se considera real y de vital importancia en el ámbito del cuidado. Una investigación realizada en 2011 resalta la perspectiva de pacientes en la etapa final de la vida, quienes expresan su aprecio por la atención de los profesionales de la salud hacia sus necesidades espirituales. En este sentido, se han incorporado varios aspectos clave en esta área, incluyendo creencias y significados, orientación espiritual, experiencias y aspectos emocionales. (59)

No obstante, lo mencionado anteriormente se refleja en las narrativas de los enfermeros, quienes indican de diversas maneras que favorecen y facilitan el ejercicio del derecho a la libertad de culto de sus pacientes.

"No sé un ritual que ellos consideren que eso le da o tranquilidad o que lo va a mejorar, que le va a quitar el dolor, pues como permitirles todas esas acciones" (Orión).

"Lo que necesitaba el paciente era eso, que viniera el padre y simplemente le pusiera eh, los santos oleos o le diera la bendición y ya está tranquilito ya sí pudo morir y murió tranquilo; entonces es también ser consciente" (Columba).

En 2005, según Margaret Newman, Pamela Reed respaldan ciertas teorías, donde sostienen que la espiritualidad en la etapa final de la vida adquiere una relevancia significativa, ya que contribuye a que los seres humanos puedan elevarse hacia la trascendencia como un medio para afrontar o aliviar el sufrimiento o dolor espiritual.

Las creencias y el apoyo espiritual pueden ejercer un impacto significativo en la percepción de su enfermedad por parte de los pacientes, en su capacidad para gestionar el dolor y el sufrimiento, y en su capacidad para encontrar significado y propósito en momentos difíciles. Por lo tanto, las acciones que fomenten y contribuyan positivamente a estas áreas pueden mejorar la calidad de vida del paciente, reducir la angustia y mejorar los resultados de salud. (58)

Por esta razón, se presenta el testimonio de la siguiente persona entrevistada.

" Yo oro con ellos y si no son de orar está bien, pero entablamos una conexión con el ser superior y la persona entra en una tranquilidad, cierto, especial y hace que la persona parta sin dolor " (Hydrus).

En términos de teorías de enfermería, estas acciones son igualmente críticas. Los teóricos de la enfermería han destacado la importancia del cuidado holístico, que incluye no sólo las necesidades físicas del paciente, sino también sus necesidades emocionales, psicológicas y espirituales. (60)

En consecuencia, la implementación de acciones que fortalezcan y contribuyan de manera positiva a las creencias y el apoyo espiritual del paciente constituye un componente esencial en la prestación de una atención de enfermería eficaz.

Involucra a los cuidadores o familiares en el cuidado del paciente con información, educación y cercanía, asegurando la tranquilidad y el bienestar durante todo el proceso final de la vida

Según Ruland y Moore, la proximidad con los allegados es el «sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan», Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas. Esto proporciona apoyo emocional, inspira confianza en el desempeño de la profesión y contribuye a un final tranquilo. (61).

Además, los participantes resaltaron la relevancia de la familia en el proceso cercano a la muerte, como se refleja en dos fragmentos en los que describe.

"Hoy en día lo que están haciendo es dejar puertas abiertas para que el acompañamiento del familiar se visualice mucho más; eso impacta en el paciente y si está en un proceso de morir hace que la parte de morir sea más tranquila, sea más llevadera; es fundamental en este sentido ¿por qué? Porque tanto los familiares y el paciente van a entender en qué procesos está." (Columba).

"No podemos evitar lo inminente, sin embargo, cuando se le permite que los familiares se acerquen a la persona que está pronto a partir. Hace que sea como un momento de duelo tranquilo. " (Hydrus)

La familia y el entorno en el que se encuentra el paciente desempeñan un papel fundamental en la atención. Ofrecer la atención óptima a través de la utilización adecuada de la tecnología y medidas de bienestar puede mejorar la calidad de vida y contribuir a un final de vida sereno. (62)

El establecimiento de un vínculo afectivo sólido con al menos un cuidador es fundamental para el adecuado desarrollo emocional y psicológico del paciente, ya que este vínculo ejerce una influencia directa en su bienestar. (63)

Estos aspectos resaltan la importancia del papel del cuidador en proporcionar confort y alivio del dolor, especialmente en el momento final de la vida.

En la misma línea de acompañamiento familiar, encontramos la investigación titulada *la atención en la agonía*, publicada en el 2008, que enuncia que "La atención a los familiares debe ser una actividad central de la asistencia en esta fase de la enfermedad. Debemos informar claramente de la situación, tratando de anticipar la probable sintomatología que puede tener el paciente, y como y cuando se va a producir la muerte. Se debe fomentar una actitud activa de los familiares y facilitar apoyo emocional". (52)

Del mismo modo, una investigación llevada a cabo en Medellín resalta que una muerte digna, tranquila y en paz también implica el respeto por la autonomía de la persona, permitiéndole tomar decisiones informadas después de comprender su situación. Además, es crucial que estas decisiones sean comunicadas a la familia, cuidadores y allegados."(50)

De esta manera lo expresa "Orión y Pyxis

"Bueno, eso iba como a la par con lo que le estaba diciendo ósea, tanto el familiar como a los acompañantes. Enterados de cuál es el pronóstico que tengan claro, eh, como cuál, cuál es el plan que se está teniendo, que tengan presente que lo importante es que el paciente esté tranquilo, " (Orión)

"Bueno, pues uno al familiar lo debe tener entrenado en lo que es el cuidado del paciente, eh sacarlo fuera de la habitación y hablar con él y decirle, usted está consciente de que el paciente ya, pues, ¿ya hasta en el final de la vida? ¿Qué

necesidades tiene usted? ¿Qué necesidades tiene el paciente? Quién quiere que lo acompañe, quiere que le ayude a llamar a los familiares. " (Pyxis)

El enfoque de la atención de enfermería se centra en el paciente y su familia, reconociéndolos como actores clave en la toma de decisiones y en la prestación de cuidados. Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería comprende que la enfermedad y la muerte de un ser querido implican un cambio en los patrones familiares, y, por lo tanto, es esencial involucrar a la familia como colaboradores activos en la atención del paciente, lo que desempeña un papel fundamental en el adecuado manejo del paciente. A nivel personal, el/la enfermero/a debe emplear el asertividad en sus interacciones con la familia para lograr una participación efectiva en los cuidados. (64)

7. CONCLUSIONES

Es de vital importancia que los enfermeros se aseguren del bienestar y el alivio del dolor de los pacientes en proceso de muerte. Esto incluye la aplicación de medidas no farmacológicas, como la creación de un entorno adecuado y la utilización de técnicas de distracción, relajación y respiración, con el fin de mejorar la condición de dolor de los pacientes durante este proceso. La atención al final de la vida se basa en un enfoque centrado en el paciente y su familia, considerando sus necesidades individuales para garantizar un final de vida digno y tranquilo.

La preservación de la dignidad y el respeto en el cuidado de pacientes al final de la vida es un aspecto fundamental y ético en la enfermería. Al aplicar los principios éticos y bioéticos, los enfermeros desempeñan un papel esencial en la transición del paciente hacia una muerte digna y tranquila.

Se destaca la importancia de abordar las necesidades espirituales de los pacientes en la etapa final de la vida, ya que esto puede contribuir significativamente a su bienestar emocional, la forma en que enfrentan el sufrimiento y encuentran sentido en su situación. Los testimonios de enfermeros subrayan la relevancia de estas acciones, como permitir el ejercicio del derecho a la libertad de culto y brindar apoyo espiritual.

La participación de la familia en el proceso de atención al final de la vida, el vínculo afectivo sólido entre el paciente y al menos un cuidador, así como la información compartida y el respeto por la autonomía del paciente, son elementos fundamentales para lograr una muerte digna y tranquila. Además, estos aspectos destacan la relevancia de la familia en el proceso de atención, resaltando que su cercanía y participación son factores clave en el bienestar del paciente.

8. RECOMENDACIONES

Continuar con la educación integral y empoderar a los profesionales de su rol es de gran importancia en esta investigación, es por ello que se proponen las siguientes recomendaciones, lo cual no cabe la menor duda que tendrá no solo un gran aporte a la educación y como tan a la profesión, sino también habrá un gran impacto en la vida y muerte los pacientes, sus familias y por último no menos importante en la de los enfermeros profesionales.

1. estimular la exploración en este campo de investigación con pasión y dedicación, colaborando estrechamente con colegas y expertos, con el propósito de generar un impacto positivo en la atención al final de la vida. Al trabajar conjuntamente en este proyecto, aseguramos que los pacientes y sus seres queridos reciban el apoyo compasivo y la atención centrada en el paciente que merecen en sus momentos finales.
2. Desarrollar e implementar programas de educación continua y apoyo psicosocial dirigidos a los enfermeros que brindan atención a pacientes en el final de la vida, con el objetivo de fortalecer tanto sus competencias profesionales como su bienestar emocional.
3. Integrar la teoría del "final tranquilo de la vida" como un marco conceptual y práctico para guiar la formación de estudiantes que se convertirán en futuros enfermeros dedicados a atender a pacientes en la etapa final de sus vidas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sanchez J. Acompañar al paciente a morir. Papel del médico de cabecera | Medicina de Familia. Semergen [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-acompanar-al-paciente-morir-papel-13066288>
2. Diccionario de la lengua Española. Alivio - Definición - WordReference.com [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.wordreference.com/definicion/alivio>
3. Kalidas M, Alteri R. Cómo navegar a través del sistema de atención médica cuando su hijo tiene cáncer [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/durante-el-tratamiento/como-navegar-a-traves-del-sistema-de-atencion-medica.html>
4. Unicef. ¿Qué son los derechos humanos? [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/que-son-derechos-humanos>
5. Oxford Languages. Oxford Languages and Google - Spanish | Oxford Languages [Internet]. [citado 13 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
6. RAE. Diccionario panhispánico del español jurídico - Real Academia Española. [citado 12 de octubre de 2022]. Definición de dignidad de la persona - Diccionario panhispánico del español jurídico - RAE. Disponible en: <http://dpej.rae.es/lema/dignidad-de-la-persona>
7. González de Rivera J. Empatía y eempatía. Psiquis Madr. 2004;25(6):243-5.
8. Buigues F, Torres J, Mas S, Femenía M, Baydal R. Paciente Terminal [Internet]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/32854/secme-5621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Baum E. Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. Rev Bioét Derecho. 2017;(39):5-21.
10. Definiciona. Significado y definición de fenecimiento, etimología de fenecimiento [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://definiciona.com/fenecimiento/>
11. Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Secretaría General. Médico tratante | Glosario de términos de la seguridad social en América [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org/glosario/content/m%C3%A9dico-tratante>
12. RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 12 de octubre de 2022]. Morir | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/morir>

13. Obregón A. Suicidio Asistido - DMD - Por el derecho a morir con dignidad A.C. [Internet]. 2017 [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: https://dmd.org.mx/?page_id=763
14. Oviedo S, Parra F, Marquina M. La muerte y el duelo. *Enferm Glob.* febrero de 2009;(15):0-0.
15. Morales F. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732021000100213
16. Rendón S, Martínez F. Cuidados Paliativos Presenta: Sandy Rendón Baez. :25.
17. Fernández C. Cuidados paliativos en Colombia y América Latina: así está el panorama - Salud - ELTIEMPO.COM [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/cuidados-paliativos-en-colombia-y-america-latina-asi-esta-el-panorama-616108>
18. Milagros O. El reto de una muerte digna. *El País* [Internet]. 29 de mayo de 2005 [citado 12 de octubre de 2022]; Disponible en: https://elpais.com/diario/2005/05/30/espana/1117404001_850215.html
19. OMS. Cuidados paliativos [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
20. Gómez O, Carrillo G, Arias E. Teorías De Enfermería Para La Investigación Y La Práctica En Cuidado Paliativo [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1657-47022017000100004
21. Cobbs E, Blackstone K, Lynn J. Manual MSD versión para público general. [citado 12 de octubre de 2022]. Aceptación de la muerte y del hecho de morir - Fundamentos. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/fundamentos/muerte-y-agon%C3%ADa/aceptaci%C3%B3n-de-la-muerte-y-del-hecho-de-morir>
22. Freitas T, Banazeski A, Eisele A. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm Glob.* enero de 2016;15(41):322-34.
23. García P. La inteligencia emocional como principal estrategia para los profesionales de enfermería ante el proceso de morir de sus pacientes. 2018 [citado 12 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/35962>
24. Benavente M. Trabajo De Fin De Grado. :36.
25. Martínez E. Tanatología [Internet]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/32854/secme-5621.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. EcuRed. Santos óleos - EcuRed [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Santos_%C3%B3leos
27. Morales R F, Ramírez L F, Cruz L A, Arriaga Z R, Vicente R M, De la Cruz García C. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Rev Cuid* [Internet].

- 2020 [citado 12 de octubre de 2022]; Disponible en:
<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1081>
28. Escobar L, Fernández S, Montenegro O, Avalos D, Medina O. Estrategias de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico. *Notas Enferm.* 8 de noviembre de 2020;20(36):22-30.
 29. Lopera B M. El cuidado de enfermería al paciente en proceso de fallecer: una dolorosa función profesional y humana. *Investig Educ En Enferm.* agosto de 2015;33(2):297-304.
 30. Perdigon A, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Rev Saúde Coletiva.* junio de 2015;25(2):485-500.
 31. Espinoza M, Luengo L, Sanhueza O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. *Análisis multivariado.* *Aquichan.* 20 de junio de 2016;16(4):430-46.
 32. MinSalud. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf
 33. Ruland C, Moore S. Final Tranquilo De La Vida [Internet]. [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en: http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/final-tranquilo-de-la-vida_30.html
 34. Ruland C, Moore S. Desarrollo del conocimiento en Enfermería: Teoría Del Final Tranquilo De La Vida [Internet]. *Desarrollo del conocimiento en Enfermería.* 2014 [citado 12 de octubre de 2022]. Disponible en:
<http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida.html>
 35. Universidad de Santander. Investigación cualitativa y cuantitativa: características y ventajas [Internet]. 2021 [citado 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.becas-santander.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>
 36. Sampieri R, Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. 5ta edición. Disponible en:
<file:///C:/Users/Maria%20Alejandra/OneDrive/Documentos/8vo%20semestre/Sampieri%20y%20Baptista%205ta%20Edicion%20investigacion%20cuali%20y%20cuanti.pdf>
 37. Cancino L, Carrasco F, Henríquez C, Polanco A, Rivera N, Severín C. Percepción De Los Enfermeros De La Unidad De Paciente Crítico Sobre Los Cuidados Al Final De La Vida En Personas Con Limitación Del Esfuerzo Terapéutico [Internet]. 2019. Disponible en:
<http://repositoriobibliotecas.uv.cl/bitstream/handle/uvsc1/1940/Cancino%20Lucero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 38. Cervera M. El Final Tranquilo De La Vida: Experiencias Del Enfermero(A) En El Cuidado A Pacientes Con Enfermedad Terminal En Una Entidad Privada. 2018.

39. MinEducación. Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. [citado 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
40. García B. Los principios de la Bioética. 2015; Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34847.pdf>
41. Eupati. EUPATI Toolbox. [citado 15 de abril de 2023]. Beneficencia y No maleficencia. Disponible en: <https://toolbox.eupati.eu/glossary/no-maleficencia/?lang=es>
42. Ferro B. La Ética De La Confidencialidad En La Practica Del Trabajo Social. 13. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/6189/Ferro%20Vi%C3%B1as.pdf?sequence=1>
43. Federación de Enseñanza de C.C.O.O de Andalucía. Temas para la Educación. Disponible en: <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd6306.pdf>
44. MinSalud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
45. Bedford E, Dock L, Karll A. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
46. Figueroa G R. Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. Rev Médica Chile. octubre de 2012;140(10):1347-51.
47. Derechos Fundamentales | Ministerio del Interior [Internet]. [citado 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.mininterior.gov.co/direccion-de-derechos-humanos/derechos-fundamentales/>
48. MinEducación. Ley 911 De 2004 [Internet]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
49. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc Enferm. abril de 2009;15(1):39-48.
50. Lopera M. Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte. Rev Colomb Enferm. 25 de octubre de 2016;13:17-26.
51. Library. Teoría de Confort de Katherine Kolcaba - Confort y calidad del sueño percibida por pacientes de [Internet]. [citado 26 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://1library.co/article/teor%C3%ADa-confort-katherine-kolcaba-confort-calidad-percibida-pacientes.y8g1ol4z>
52. Díez L. ATENCIÓN EN LA AGONÍA.
53. Rojas A, Barreto K, Hernández G, Osorio B. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. Rev Conecta Lib ISSN 2661-6904. 30 de agosto de 2018;2(2):26-35.

54. Duque P, Tovar S, Luna D. Revisión sistemática del cuidado al final de la vida [Internet]. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/259/2/10_REV_Duque_MEDPAL26-2_esp.pdf
55. Espinosa J, Castillo A, Barranco L, Acosta M. Ética y bioética en el desempeño de la enfermería. Medimay. 10 de junio de 2010;16(2):185-97.
56. Yáñez M, Vargas I. Cuidado Humanizado En Pacientes Con Limitación Del Esfuerzo Terapéutico En Cuidados Intensivos: Desafíos Para Enfermería. Pers Bioét. junio de 2018;22(1):56-75.
57. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol. junio de 2015;28(2):228-33.
58. Pagina Web. Modelos y Teorías de Enfermería [Internet]. Disponible en: https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2016/02/Teorias_y_Modelos.pdf
59. Gomes M. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte... Enferm Glob. abril de 2011;10(22):0-0.
60. Figueredo N, Ramírez M, Nurczyk S, Diaz V. Modelos y Teorías de Enfermería: Sustento Para los Cuidados Paliativos. Enferm Cuid Humaniz. diciembre de 2019;8(2):22-33.
61. Cruz OR, Concepción MYE. La enfermera y los cuidados al final de la vida. Rev Cuba Enferm [Internet]. 26 de febrero de 2019 [citado 2 de marzo de 2023];34(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2328>
62. Botero M. prezi.com. [citado 26 de octubre de 2023]. Teoría del final tranquilo de la vida. Disponible en: <https://prezi.com/6fs-ong9llhm/teoria-del-final-tranquilo-de-la-vida/>
63. Querido D, Lourenço M, Charepe Z, Caldeira S, Nunes E. Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados - revisión scoping. Enferm Glob. 2022;21(66):594-637.
64. Contreras S, Sanhueza O. Los Pacientes Del Programa Alivio Del Dolor Y Cuidados Paliativos: Razones Y Significados Para Enfermeras/Os. Cienc Enferm. abril de 2016;22(1):47-63.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con el documento de identidad _____, he sido informado (a) por los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud, en la Corporación Universitaria Adventista, Maria Alejandra Paniagua, Maria Camila Martínez, Yesica Alejandra Márquez, Maria Luisa Agudelo, quienes desarrollan la investigación **“ESTRATEGIAS QUE REALIZAN LOS ENFERMEROS EN EL PROCESO DEL FENECIMIENTO”**. Cuyo objetivo principal es: Conocer las estrategias de cuidado que usan los enfermeros en el proceso del fenecimiento a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida. Entiendo que, los participantes de esta investigación deben ser (criterios de inclusión). De igual manera, comprendo que los datos obtenidos se manejarán con la mayor confidencialidad y que, en ningún momento, serán divulgados datos personales de los participantes. También tengo claro que puedo decidir retirarme en el momento que así lo considere, sin que esto implique repercusiones en la atención. Comprendo el propósito de la investigación, lo cual no afecta el desarrollo de los contenidos académicos actuales del participante.

Acepto que se me explicó que la investigación se rige por la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia y que cataloga esta investigación sin riesgo alguno.

Acepto también que he sido informado que la investigación se desarrollará con fines académicos y que se me han resuelto dudas surgidas respecto al estudio. De igual forma se me ha explicado la forma de comprender el cuestionario que hace parte de la recolección de datos en la presente investigación y que yo muy honestamente debo responder.

Después de leer, analizar y comprender los riesgos y beneficios de la investigación, declaro que el día _____ del mes _____ del año _____, decido participar voluntariamente del presente estudio, donde también me puedo retirar si así lo deseo sin que esto tenga algún tipo de repercusión para mí.

Firma del participante

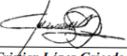
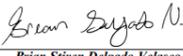
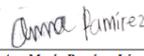
Firma del investigador

Anexo 2

La Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería-ACOEEN
Otorga el presente:
CERTIFICADO
A
María Alejandra Paniagua Rojas
Identificado (a) con cédula de ciudadanía: 1214723137

Por su participación en calidad de **PONENTE** del producto "*Estrategias que usan los enfermeros en el proceso de muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida*", en el **IV Encuentro Regional Sur y Occidente: "Fortaleciendo el liderazgo en Enfermería desde el conocimiento, la experiencia e investigación"**
Realizado el 8 y 9 de junio del 2023 en la Universidad CES, Medellín - Antioquia.

Entregado a los veinte (20) días del mes de junio del 2023.

 Cristian López Caicedo Coordinador Regional Suroccidente ACOEEN 2023	 Ana Sofía Uribe Cervantes Presidenta ACOEEN 2023	 Brian Stiven Delgado Velasco Coordinador Comité Académico Científico ACOEEN 2023	 Ana María Ramírez López Secretaria ACOEEN 2023
---	--	---	--

  **UNIVERSIDAD CES**
Un compromiso con la excelencia
www.universidadces.com

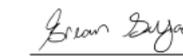
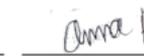
Matricula Cámara de Comercio de Bogotá: 0090058422
constancias@acoeeen.org.co

Anexo 3

La Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería-ACOEEN
Otorga el presente:
CERTIFICADO
A
María Luisa Agudelo Meléndez
Identificado (a) con cédula de ciudadanía: 1007523997

Por su participación en calidad de **PONENTE** del producto "*Estrategias que usan los enfermeros en el proceso de muerte a la luz de la teoría del final tranquilo de la vida*", en el **IV Encuentro Regional Sur y Occidente: "Fortaleciendo el liderazgo en Enfermería desde el conocimiento, la experiencia e investigación"**
Realizado el 8 y 9 de junio del 2023 en la Universidad CES, Medellín - Antioquia.

Entregado a los veintiséis (26) días del mes de junio del 2023.

 Cristian López Caicedo Coordinador Regional Suroccidente ACOEEN 2023	 Ana Sofía Uribe Cervantes Presidenta ACOEEN 2023	 Brian Stiven Delgado Velasco Coordinador Comité Académico Científico ACOEEN 2023	 Ana María Ramírez López Secretaria ACOEEN 2023
---	--	---	--

  **UNIVERSIDAD CES**
Un compromiso con la excelencia
www.universidadces.com

Matricula Cámara de Comercio de Bogotá: 0090058422
constancias@acoeeen.org.co

La Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería-ACOEEN

Otorga el presente:

CERTIFICADO

A

Yesica Alejandra Márquez Acevedo

Identificado (a) con cédula de ciudadanía: 1036661617

Por su participación en calidad de **ASISTENTE**, en el **IV Encuentro Regional Sur y Occidente: "Fortaleciendo el liderazgo en Enfermería desde el conocimiento, la experiencia e investigación"**

Realizado el 8 y 9 de junio del 2023 en la Universidad CES, Medellín - Antioquia.

Entregado a los diecisiete (17) días del mes de junio del 2023.



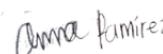
Cristian López Caicedo
Coordinador Regional
Suroccidente
ACOEEN 2023



Ana Sofía Uribe Cervantes
Presidenta
ACOEEN 2023



Brian Stiven Delgado Velasco
Coordinador Comité Académico
Científico
ACOEEN 2023



Ana María Ramírez López
Secretaría
ACOEEN 2023



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
REGISTRO DE COMERCIO

Matricula Cámara de Comercio de Bogotá: 0090058422
constancias@acoeen.org.co

La Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería-ACOEEN

Otorga el presente:

CERTIFICADO

A

Maria Camila Martinez Vargas

Identificado (a) con cédula de ciudadanía: 1001005173

Por su participación en calidad de **ASISTENTE**, en el **IV Encuentro Regional Sur y Occidente: "Fortaleciendo el liderazgo en Enfermería desde el conocimiento, la experiencia e investigación"**

Realizado el 8 y 9 de junio del 2023 en la Universidad CES, Medellín - Antioquia.

Entregado a los diecisiete (17) días del mes de junio del 2023.



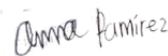
Cristian López Caicedo
Coordinador Regional
Suroccidente
ACOEEN 2023



Ana Sofía Uribe Cervantes
Presidenta
ACOEEN 2023



Brian Stiven Delgado Velasco
Coordinador Comité Académico
Científico
ACOEEN 2023



Ana María Ramírez López
Secretaria
ACOEEN 2023



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
MEDICINA

Matricula Cámara de Comercio de Bogotá: 0090058422
constancias@acoeen.org.co

ACCIONES DE LOS ENFERMEROS EN EL PROCESO DE MUERTE A LA LUZ DE LA TEORIA DEL FINAL TRANQUILO DE LA VIDA

"Actions Undertaken by Nurses in the Process of Dying in Light of the Theory of a Peaceful End of Life"

María Alejandra Paniagua

Estudiante de enfermería, Universidad Adventista/ facultad de enfermería, Medellín, Colombia
nikole1205@gmail.com

María Camila Martínez

Estudiante de enfermería, Universidad Adventista/ facultad de enfermería, Medellín, Colombia
Maric.martinezv@unac.edu.co

Yesica Alejandra Márquez

Estudiante de enfermería, Universidad Adventista/ facultad de enfermería, Medellín, Colombia
yamarqueza@unac.edu.co

María Luisa Agudelo

Estudiante de enfermería, Universidad Adventista/ facultad de enfermería, Medellín, Colombia
mlagudelom@unac.edu.co

Beatriz Omaira Torres Avendaño

Magister en salud Pública, Corporación Universitaria Adventista 7 / Facultad de ciencias de la salud ,
Medellín, Colombia
docente.btorres@unac.edu.co
<http://orcid.org/0000-0002-7953-3525>