



"Las Malvinas son argentinas"

**CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL**

PROYECTO DE INVESTIGACION

**VIVENCIAS ANTE EL PROCESO DE MORIR Y LA MUERTE DEL PACIENTE DE LOS
ENFERMEROS QUE SE DESEMPEÑAN EN SERVICIO DE INTERNACIÓN
DOMICILIARIA**

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal realizado a enfermeros que se desempeñan en la agencia Voy enfermería en Barrio Jardín de la Ciudad de Córdoba, en el periodo de Julio a Diciembre del 2023.

Grupo: N°6 TT

ASESORA METODOLÓGICA:

Prof. Esp. Fernández – Diez Marina

AUTORES:

Cisnero, Anabella Soledad

Espinola Lara, Belsi Analy

Ramos, Candelaria

Vilca, Nancy Gabriela

CORDOBA, MAYO 2023



“Las Malvinas son argentinas”

DATOS DE LOS AUTORES

Cisneros, Anabella Soledad

Enfermera profesional, egresada en noviembre del año 2018, del Instituto Técnico Superior Córdoba. Se desempeña profesionalmente como Enfermera en el área Oncohematología y Trasplante de Médula Ósea en el Hospital Privado Universitario de Córdoba Turno Noche con antigüedad de 3 años.

Espinola Lara, Belsi Analy

Enfermera Profesional, egresada en diciembre del 2017, del Instituto Técnico Superior Córdoba. Se desempeña actualmente como Enfermera en Internación domiciliaria en la empresa de Cuidados Domiciliarios Global Care, de la Ciudad de Córdoba Capital.

Ramos, Candelaria

Enfermera Profesional, egresada en el año 2018, en la Escuela de Enfermería – Universidad Nacional de Córdoba. Se desempeña como Enfermera en las instituciones Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba capital en el área de Internado, y en el Hospital Italiano en el área de Unidad de Terapia Intensiva de Córdoba Capital.

Vilca, Nancy Gabriela

Enfermera Universitaria, egresada en el año 2014 de la Universidad Nacional de Salta. Se desempeña profesionalmente como Enfermera de Terapia Intensiva Adultos en el Hospital Privado Universitario de Córdoba Turno Noche con antigüedad de 6 años.



“Las Malvinas son argentinas”

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo y acompañamiento durante este camino, gracias por creer y confiar en nosotras, por nunca habernos permitido rendirnos y siempre recordarnos que podríamos llegar a más. Gracias por tanto sacrificio y principalmente por tanto amor.

Agradecemos a nuestra asesora metodológica Prof. Esp. Fernández - Diez Marina y a todo el equipo de la cátedra de Taller de Trabajo Final por acompañarnos y ser guía de la elaboración del siguiente proyecto de investigación. Muchas gracias.

“Las Malvinas son argentinas”

ÍNDICE

Prólogo.....	1
Capítulo I El Problema de Investigación.....	3
Planteo del Problema.....	4
Definición del Problema.....	13
Justificación del Problema.....	13
Marco Teórico.....	14
Definición Conceptual de la Variable.....	34
Objetivo General.....	35
Objetivos Específicos.....	35
Capítulo II Diseño Metodológico.....	36
Tipo de Estudio.....	37
Operacionalización de la Variable.....	38
Población y Muestra.....	39
• Criterios de Inclusión.....	39
• Criterios de Exclusión.....	39
Técnica de Recolección de Datos.....	39
• Recolección de Datos.....	40
• Procesamiento de Datos.....	40
• Presentación de Datos.....	41
Cronograma.....	45
Presupuesto.....	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexos.....	53
Anexo I Nota de Autorización.....	54
Anexo II Consentimiento Informado.....	55
Anexo III Instrumento de Recolección de Datos.....	56



“Las Malvinas son argentinas”

PRÓLOGO

Todos quiénes están inmersos en el cuidado de personas, reconocen el papel esencial y determinante que tiene la actividad de enfermería en un contexto social amplio y complejo como lo es la atención domiciliaria, donde las prácticas del cuidado y la toma de decisiones por parte de profesionales enfermeros y de todo un equipo interdisciplinario de trabajo llevan a ser partícipe de las vivencias dentro del hogar.

En el cuidado domiciliario se establecen objetivos mediante acciones en común destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas. Son varios autores los que participan en el proceso de elaboración de esta investigación, aunque son escasos los estudios realizados sobre dicho tema. Entre los cuales podemos mencionar a colegas enfermeros profesionales, tesistas, investigadores, teoristas, entre otros; pero son los enfermeros- pacientes y sus familias los que llevarán a conocer las vivencias ante la muerte en la atención domiciliaria.

Enfermería es una de las ciencias que se enfoca en brindar cuidados de calidad a las personas tanto sanas, como enfermas de diferentes grupos etarios. Su labor y esencia trascienden en llegar a cubrir las necesidades del ser humano hasta en el último momento de su vida realizando acciones interdependientes con otros profesionales del equipo de salud.

La muerte es el evento inevitable que causa gran impacto en cada profesional. Enfermero, quien debe vivenciar el proceso en los sujetos a su cuidado; se enfrenta al hecho de asistirlo en el momento de morir.

Con este trabajo se pretende conocer cómo repercuten en el profesional de enfermería las vivencias en relación a los cuidados domiciliarios brindados al paciente en el final de la vida.

Considerando como grupo la importancia que tiene aportar este tipo de investigación sobre un tema que debe ser más explotado y debatido, estimulando a discutir y comprender el proceso de morir y la muerte desde la visión de enfermería en los cuidados domiciliarios. Este proyecto podrá ser disparador para futuros estudios sobre la temática.

El tipo de estudio del proyecto de investigación será cuantitativo, descriptivo y transversal, cuya variable es; Vivencias En el proceso de morir y la muerte

de los enfermeros que se desempeñan en servicio de internación domiciliaria. El desarrollo del mismo consta en dos capítulos:

Capítulo I: El Problema de investigación, incluye la descripción de la problemática, la justificación y mediante la búsqueda de información, el marco teórico donde se desarrollará las bases teóricas que sustentan la investigación, como así también la definición conceptual de la variable en estudio, del cual se desprenden los objetivos del mismo.

Capítulo II: Diseño Metodológico, describe la metodología que se emplea para el desarrollo del mismo: el tipo de estudio será cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la técnica será entrevista semiestructurada y el instrumento, cédula de entrevista. También estará presente la operacionalización de la variable en estudio, técnica de recolección de datos, el procesamiento de datos, el cronograma y el presupuesto estimativo para realizar el proyecto. Además, se encuentra disponible la bibliografía consultada y en la sección de anexo, las notas de autorización, consentimiento informado, instrumento recolector de datos y tabla Matriz, que sirven de respaldo al proyecto.

Capítulo I El problema de investigación

PLANTEO DEL PROBLEMA

El surgimiento del cuidado domiciliario es una tendencia mundial, en el contexto del cambio de la medicina.

La historia de la Atención Domiciliaria surge en Gran Bretaña después de la segunda guerra mundial, como respuesta a la gran cantidad de personas con discapacidades que resultan de la misma. Nace de manera no convencional a través de Florence Nigthingale, quien brinda cuidados a pacientes en sus domicilios lo que llevó a interiorizarse en estos tipos de cuidados lo que sería la base de la profesionalización de enfermería.

El sistema más antiguo fue el del Boston Dispensary iniciado en 1796, luego en Estados Unidos, Nueva York se creó la atención domiciliaria como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. En 1947 quien tuvo esta iniciativa fue el Dr. Bluestone del Hospital Montefiore de dicho país, desde allí se comenzó a dar importancia y peso a este tipo de internaciones.(Carletti,2015,p4)

Las razones para crear esta primera unidad de Hospitalización Domiciliaria en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación.

En particular, en Argentina, surgió el programa nacional de cuidados domiciliarios que data desde el año 1996, el cual encuentra su máxima expresión en el año 2013 gracias al apoyo del gobierno nacional que lo ha considerado como una herramienta fundamental para garantizar los derechos de las personas. Este programa depende de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En ese contexto, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación firmó convenios con el Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (PAMI) y otras obras sociales provinciales que han incorporado la prestación del cuidador domiciliario para sus afiliados, también lo hace el programa federal de salud del Ministerio de Salud de la Nación. Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo brinda la prestación a las personas que no cuentan con cobertura de obras

sociales y que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. (ROQUE, M.L., 2010)

En nuestro país las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires y el hospital Castex hoy conocido como el Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón “ ubicado en San Martín, Provincia de Buenos Aires. Estas instituciones fueron pioneras en esta modalidad de atención.

El servicio de atención domiciliaria en argentina es reformulado en el Artículo Resolución 704/2000 por el Ministerio de Salud: Fecha de Sanción 29/09/2000. Apruébense normas de organización y funcionamiento del Servicio de atención domiciliaria, incorporándose al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica. (<https://www.argentina.gob.ar>)

En 1991 la empresa "En Casa", conformada por médicos Clínicos del Hospital Italiano de la Provincia de Córdoba, en asociación con otros profesionales emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas. Las Obras Sociales, mutuales y pacientes privados, (PAMI y obras sociales provinciales). Actualmente. Se ve el aumento de estas empresas de internación domiciliarias como EMI, Global Care, Indom, Home Care, Azul Salud, MediHome entre otras que fueron creciendo con el tiempo y siguen surgiendo otras nuevas, ante la necesidad de la demanda del uso de este servicio (Caram, Candelmi, 2014, p.4).

Cuando hablamos de Internación domiciliaria, se refiere a una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.(MINSAL, 2000).

Esta modalidad de atención, tiene como propósito brindar cuidados de calidad en el domicilio de cada paciente realizando acciones que pretenden promover, prevenir recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes desde el

momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en algunos casos en la etapa final de la vida, es por ello que enfermería cumple un papel fundamental en estas modalidades de internación ya que realizan actividades independientes y autónomas.

Las enfermeras son quienes tienen que tomar, en muchas ocasiones, decisiones sobre cómo abordar la situación con el paciente según las necesidades de estos, adaptando cuidados no solo a su patología sino también a su entorno, familia, creencias, valores y cultura para cumplir con su tratamiento. Por lo tanto, el primer requisito para realizar las funciones propias de los cuidados en el hogar, es un personal sensibilizado y con un alto nivel de empatía con los enfermos necesitados de este tipo de atención.

Enfermería dentro de las funciones que cumple tiene la de apoyar y ayudar en el proceso de morir y el cómo se afronta la transición del fallecimiento de pacientes que cuida, o personas y/o familia, es por eso que se espera que el enfermero tenga una actitud cálida, favorable y de apoyo con el paciente y entorno.

Es importante destacar que no solo deben cumplir con brindar cuidados al sujeto de atención, sino también acompañar y contener e informar a su entorno familiar en caso que el paciente se encuentre en proceso de muerte o agonía. Carletti et al. (2015).

Por lo tanto, la importancia de la formación académica de los futuros profesionales destaca precisamente en fomentar el cuidado. A lo largo de su formación comienzan a observar diferentes situaciones y se abren a reflexionar sobre ello, lo cual hace que cuando viven la primera experiencia frente a la muerte de una persona, surjan dudas y cierto temor al no saber cómo actuar ante diferentes situaciones.

Freitas (2016) afirma que, la muerte al igual que el nacimiento es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico- emocionales, es un acontecimiento inevitable y universal, un suceso por el que todo ser humano tiene que pasar, pero el hombre el único ser vivo que puede llegar a tener conciencia de lo que es la muerte.

En estos últimos siglos, la muerte todavía se la ha visto como un tabú, a veces como un tema prohibido y puede representar ante ellos un fracaso

profesional en la sociedad, donde la gente busca negarlo como si existencialmente su vida se disocia de ella.

Existe insuficiente información en los planes de estudio y los autores abogan por trabajar las cuestiones relacionadas con el proceso de cuidados de Internación Domiciliaria afirmando que esto repercutirá en aspectos positivos para la construcción del futuro profesional comprometido con una asistencia crítica, reflexiva y humanística a pacientes en su etapa final y a sus familiares que vivencian todo este proceso con totalidad, coinciden en que existe limitada preparación en relación con la muerte, teniendo poca formación para afrontar el proceso de morir y muerte. (MARRERO GONZALEZ, GARCIA HERNANDEZ et al., 2019)

Por ello, se seleccionó a la agencia de servicio de cuidados domiciliarios VOY ENFERMERÍA cuyo principal objetivo es brindar servicio de enfermería, internación y acompañamiento domiciliario. Siendo un equipo de enfermería donde se vincula el profesionalismo y calidez humana.

VOY ENFERMERÍA comenzó a prestar sus servicios el 3 de agosto de 2021 en la ciudad de Córdoba. Teniendo como área de cobertura Centro, Nueva Córdoba, Barrio Jardín y Güemes.

La organización institucional está compuesta por el coordinador Especialista Lic de Enfermería Fernando Ramos que tiene a su cargo 30 profesionales de enfermería.

Se prestan servicios de atención domiciliaria todos días, inclusive feriados de 8 a 20 hs. La disposición horaria corre por parte de la obra social a la cual pertenece el paciente. Teniendo en cuenta las necesidades de atención que necesita el paciente, efectúa el pedido, y en base a lo solicitado, realizan las actividades de cuidado integral. Solo en los casos de contratación particular, se brinda cuidados de veinticuatro horas.

Las prestaciones que habitualmente realizan son: prestación de enfermería como administración de medicamentos, inyectables, antibioticoterapia, colocación y control de sueros, control de signos vitales, curación de herida, estoma, higiene general, higiene y confort, acompañamiento hasta su fin. También cuenta con

servicios de educación virtual de diagnósticos recientes como diabetes, ostomía, lesiones de piel, cuidado de drenajes, entre otros, a través de su página de Instagram.

Este trabajo se centrará en los profesionales que se desempeñan en el servicio de cuidados domiciliarios de la agencia VOY ENFERMERÍA en barrio Jardín de la ciudad de Córdoba. En este barrio tomaremos a un grupo de 15 enfermeros. Que desarrollan cuidados domiciliarios a pacientes que necesitan cuidados generales y paliativos.

Con respecto a los enfermeros seleccionados para este proyecto quienes realizan su trabajo de turnos de 4,8 y 12 hs de lunes a viernes, en el marco horario de 8:00 a 20:00 horas y en el domicilio particular de cada paciente. Las tareas se controlan mediante dos planillas, en la primera se especifican los horarios de ingreso y salida del personal; y se describen brevemente las actividades del plan que han sido cumplidas, su evolución y los cambios observados. Se describe si recibe tratamiento médico, si se realiza rehabilitación (especificando en qué lugar, con qué frecuencia, el profesional que interviene) y la medicación suministrada

Con respecto al día a día, mediante el diálogo con los enfermeros seleccionados es importante destacar aparte de las tareas que realizan, el cómo viven el momento de partida de un paciente, como saber sobrellevar el momento, y estar para la familia en su pérdida, de esta manera por medio del diálogo, se busca reflejar la realidad a la que se enfrentan.

Recogiendo lo más importante en una charla informal, los enfermeros manifestaron sobre el momento de partida de un paciente las siguientes afirmaciones:

- “No me siento a gusto en el momento que sucede dicha situación”
- “Lo acepto ya que no queda otra opción”
- “La atención que realizamos es cumplir con las necesidades del paciente en todo momento y en su partida”
- “Lograr hacer vínculos con el paciente, para que no se sienta solo”
- “Tratar de ser la persona la cual el familiar necesita en ocasiones ser escuchado y manifestar sus sentimientos, por ello por ahí dejamos de lado la profesión y ser humanos”

“Las Malvinas son argentinas”

- Tratamos de generar vínculos tanto con el paciente como con la familia y tratar de ayudar la transición hospitalaria a un lugar como este que se los hace sentir como que están en su hogar”

Al centrarse en la relación Familia y Enfermera a través de un diálogo con algunos de los familiares que se encontraban en los domicilios se destaca en como refieren ellos la modalidad de cuidado.

- “Veo a la enfermera como una compañía protectora que me ayuda a sobrellevar la enfermedad de mi padre”
- “Tengo afinidad con algunas enfermeras, ya que son la compañía permanente de mi madre”
- Nos ayudó a aliviar el trabajo y la independencia de mi padre”

Por consiguiente, mediante la charla se refleja lo verificable de la realidad, permitiendo describir las habilidades, destrezas y el conocimiento del enfermero profesional. Ahora bien, lo que se pretende conocer debe sortear la lupa de los interrogantes acerca de las vivencias que manifiestan los enfermeros. Sobre este punto, y en cuanto a los relatos obtenidos, surgen las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los enfermeros para evitar el sufrimiento en el ámbito laboral?
- ¿Cómo impactan las experiencias de la muerte inminente del paciente?
- ¿Cómo influye el lazo de confianza entre Enfermera- Familia en sus quehaceres diarios?
- ¿Cómo es el proceso de adaptación del paciente y sus familiares con respecto a la atención de una enfermera permanente?
- ¿Cómo es la vivencia del personal de enfermería ante el proceso de muerte del paciente con internación domiciliaria?

Para dar respuesta a los interrogantes expuestos, los investigadores recurrieron a la búsqueda de antecedentes, consulta a especialistas y referentes claves:

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que utilizan los enfermeros para evitar el sufrimiento laboral:

Una investigación realizada por Gallego et al. (2017), en Colombia, “El estrés laboral y las estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de Armenia, Quindío”. Se trazaron el objetivo de determinar la presencia de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento que más fueron usadas por las enfermeras. La investigación fue descriptiva y transversal; la población se constituyó por todo el personal enfermero. Los siguientes resultados: El 52% de los enfermeros presenta estrés causado por problemas financieros, 32% por problemas ambientales y 16% por problemas sociales. En conclusión, el hecho de prescindir de los problemas constituye la estrategia más frecuente para hacer frente a circunstancias que se perciben como peligrosas o amenazantes y las estrategias de afrontamiento frente al estrés pueden ser adecuadas o inadecuadas, de acuerdo a la valoración de la situación amenazante.

Otro estudio realizado por León et al. (2017), en México, realizaron un estudio “Estrés y estilos de afrontamiento de las enfermeras de un hospital en Veracruz”. Tuvieron el objetivo de determinar el perfil de estrés y los estilos de afrontamiento del personal de enfermería de cuidados intensivos de un hospital en Veracruz; el estudio fue descriptivo de corte transversal y de enfoque cuantitativo, indicaron que entre los problemas laborales inciden en la falta de insumos como principal factor.

En referencia a como impactan las experiencias de la muerte inminente según Álvarez de Arriba (2016) en el ámbito de la carrera de Grado en la Universidad Autónoma de Madrid. España; cuyo trabajo se titula **La experiencia de las enfermeras ante la muerte inminente** informó que,

La experiencia de los profesionales sanitarios ante la muerte son muchos y muy diversos; la experiencia laboral es un factor importante puesto que tener una experiencia laboral superior a 10 años conlleva una visión más positiva hacia la muerte que las mostradas por enfermeras con una experiencia laboral inferior a 10 años. Otro factor importante que influye en las vivencias de la muerte, son las creencias religiosas, independientemente de la religión, tener unas creencias

religiosas y profesar una fe afecta a las actitudes de las enfermeras hacia la muerte y el cuidado de pacientes en el proceso de morir.

También se encontró el siguiente ensayo por Cristo González, et. al (2019) en el ámbito de la Universidad de la Laguna. España; Titulado **Vivencias de las enfermeras ante la muerte** refiere que, los autores apoyándose en diversas publicaciones, describen que para la enfermera la muerte de un paciente supone un hecho complejo y drástico en su vida presentándose en lo profesional sentimientos de tristeza, impotencia o rabia entre otros. El proceso de morir no está aislado del contexto sociocultural del paciente ni de la profesional. Se requiere de mejoras en la competencia profesional del personal, para afrontar la etapa final de la vida, ya que no existe suficiente preparación a nivel emocional y asistencial porque el morir no ha sido suficientemente abordado ni se ha tenido en cuenta lo que siente la enfermera.

Con respecto a los dos últimos interrogantes que se enfocarán en la relación y adaptación del enfermero domiciliario, el entorno y familia del paciente se tomará a los siguientes autores

Totman (2015), explica que, sí los cuidadores familiares son capaces de compartir con profesionales enfermeros de confianza las decisiones, esto les ayuda a reducir el aislamiento y aliviar la carga de la responsabilidad. Tener una persona de confianza con quien hablar acerca de las decisiones y las experiencias ayuda a liberar ese miedo hacia el acto de cuidar a su familiar enfermo.

Los domicilios se convierten en un sitio para la prestación sanitaria y eso cambia a la familia y a su rutina diaria, invadiendo un espacio personal y creando a los familiares una falta de intimidad y comodidad, por ello, los profesionales deben tener en cuenta ese espacio como algo privado, incidiendo en el menor grado posible en la pérdida de intimidad y las relaciones familiares y evitando así el estrés que pueda generar a todos los miembros de la familia (Morris, Claire King, Turner, Payne, 2015)

Da Silva (2012), comentan sobre las estrategias de los profesionales enfermeros para ser aceptados en el entorno del hogar, adecuando sus intervenciones y respetando su

Las limitaciones en un ambiente íntimo como son los domicilios de las personas enfermas. Unas actitudes de promoción de la participación para los familiares y el enfermo ayudan a ese vínculo de confianza profesional-enfermo-familia. También señalan que una manera de gestionar el cuidado familiar es designando a un miembro como portavoz que será el contacto habitual, ya que es más fácil crear una relación más fuerte con una persona que con muchos familiares.

Ante la dificultad de localizar estudios científicos que respondan a la pregunta ¿Cuáles son las vivencias del proceso de morir y muerte de los enfermeros que se desempeñan en servicios de atención domiciliaria? En la búsqueda de información se encontró un vacío de conocimiento ya que la mayoría de las investigaciones han hecho hincapié en experiencias dejando de lado las vivencias de información que puede brindar el enfermo en el contexto de la internación domiciliaria.

Teniendo en cuenta lo desarrollado se llega a la definición del problema:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las vivencias ante el proceso de morir y la muerte de los pacientes de los enfermeros que se desempeñan en el servicio de internación domiciliaria de la Agencia VOY Enfermería en el barrio jardín de la Ciudad de Córdoba, desde el periodo julio a diciembre de 2023?

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la sociedad actual son cada vez más los tratamientos que se pueden realizar en el marco de la internación domiciliaria hasta la etapa final de la vida, es por ello, que el presente trabajo se enfocará en las vivencias, ante el proceso de morir y la muerte de los enfermeros que se desempeñan en internación domiciliaria de la agencia VOY ENFERMERÍA, de la ciudad de Córdoba.

El tema merece ser estudiado ya que no se evidenció un conocimiento sobre estas vivencias. Es por esto que la elaboración de este proyecto contribuirá a aumentar la información científica sobre la temática y posibilitará el análisis desde el punto de vista personal que vivencian los enfermeros que trabajan en internación domiciliaria.

Por lo tanto, con esta investigación se verán beneficiadas primero los profesionales enfermeros de la agencia de manera positiva pudiendo mejorar su formación teniendo en cuenta garantizar una prestación de cuidados basados en la evidencia y encaminados a llevar a cabo la excelencia y seguridad del paciente, familia y a consecuencia el sistema de internación domiciliaria.

El valor teórico radica en el aporte de información sobre la temática invitando a realizar un cuestionamiento sobre las vivencias del enfermero, escasamente estudiada teniendo en cuenta lo relevante que es el cuidado de un paciente en proceso de muerte y su entorno.

Con respecto a la disciplina constituye un gran aporte para repensar la práctica educativa y generar estrategias de incorporación para poder evaluar la posibilidad y la necesidad de introducir esta temática a la currícula de la formación de profesionales de enfermería. De manera que los mismos puedan adquirir un conocimiento sólido con respecto a la temática.

A nivel social se espera un impacto positivo ya que se dará a conocer las vivencias que remarca la preparación profesional ante el cuidado de pacientes con internación domiciliaria en el proceso de morir.

MARCO TEÓRICO

Los servicios de internación domiciliaria surgen desde años muy antiguos, 1939-1945, creados por Florence Nigthingale, como modalidad de atención. Ella brindaba sus cuidados de manera no convencional a diferentes personas.

En primera instancia dio su atención a soldados de la guerra junto a un conjunto de otras enfermeras. Desde ese entonces se comenzó a dar importancia a los cuidados de enfermería y ella se esforzó por seguir profesionalizando y cambiar la imagen que tenía la población sobre las enfermeras, ya que en ese entonces pertenecían a la clase social baja y la visión sobre ellas no era buena ya que no tomaban valor ni importancia a su trabajo.

Remontando al año 1796, se crea la entidad Boston Dispensary en EE. UU que fue el sistema más antiguo de servicio de internación domiciliaria.

Por otra parte, en Argentina, en 1990, comenzó a tener más notoriedad esta modalidad en el programa médico obligatorio. Las primeras instituciones que implementaron esta modalidad fueron hospitales que lo utilizaban como extensión hospitalaria, entre ellos, el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata y el área de Traumatología del Hospital Castex de San Martín.

En 1991, la empresa “En Casa”, oriunda de nuestro país, conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, obras sociales, mutuales y pacientes privados. Es importante destacar que dicha modalidad ha hecho su boom en los últimos años donde empezó a tomar peso y valor en la sociedad (Cortiglia et al., 2016).

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Atención Médica. Resolución 704/2000, Normas de Organización y Funcionamiento del Servicio de Internación Médica; regula la actividad de internaciones domiciliarias, a través del Ministerio de Salud, cuya

normativa detalla la estructura organizacional que debe tener una empresa de internación domiciliaria y los requisitos que debe obtener para su habilitación a funcionar.

Las empresas habilitadas se especializan en los servicios de atención domiciliaria, las cuales incluyen entre sus actividades: internación, vigilancia y seguimiento de enfermedades crónicas, los cuidados paliativos y la promoción de la salud.

El desarrollo de acciones de normalización tiene como finalidad garantizar accesibilidad, equidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud. Estas acciones han tomado como guía la categorización de niveles de riesgo que deben tener en cuenta los establecimientos asistenciales que presten el servicio de internación. (MINSAL, 2000)

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (Buenos Aires, Argentina). Secretaria de Salud, resolución 282/94 (1994), regula sobre la factibilidad de la resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano, y no en la complejidad de los recursos disponibles; para ello se definen los niveles de la siguiente manera:

- Nivel I o de baja complejidad: Paciente independiente. La valoración y la respuesta del tratamiento requiere de enfermería para cuidados integrales que acompañan la rehabilitación, promoción, prevención de complicaciones en su patología de base o de enfermedades secundarias generalmente en este tipo de internaciones se requiere a enfermería para ser controladas una vez a la semana o una vez al mes.
- Nivel II o mediana complejidad: Paciente semi independiente. Requiere cuidados integrales con procedimientos invasivos y no invasivos, valoración, evolución y respuestas al tratamiento, con seguimiento médico se requiere atención de enfermería por 24 horas a cargo de un auxiliar de enfermería, pero solamente con visita de enfermería dos o tres veces por la semana.

- Nivel III o alta complejidad: Paciente dependiente. Requiere de tratamientos invasivos y no invasivos con la aplicación tecnológica, cuidados integrales, valoración, evolución y respuestas al tratamiento con seguimiento médico y de las especialidades que lo determinen requiere atención las 24 horas de enfermería. Esta se traslada al hogar del paciente para su cuidado permanente. (Caram , Candelmi, 2014 ,pág 8)

El profesional de enfermería utiliza técnicas destacadas en su labor. Entre ellas, se da prioridad a la promoción de la comodidad, haciendo intervenciones enfermeras dirigidas a aliviar el dolor y los síntomas físicos. Además, Oliveira (2015) confirma que esta comodidad se debe generalizar a cuatro dimensiones: física, psicoespiritual, ambiental y sociocultural.

Cuando se habla dentro de las técnicas que utiliza enfermería en su labor, podemos mencionar Madeleine Leininger que basa en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas pueden recibir y ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que deseen o necesiten los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas. Por lo tanto, se refiere a proporcionar cuidados profesionales que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Buera et.al. (2021)

El presente modelo hace alusión a la atención proporcionada por los profesionales de enfermería, valorando la cultura y creencia de la población e individuo, los mismos que se encuentran relacionados con el buen estado y el bienestar de los individuos, considerando como una convicción la información de las distintas culturas para orientar a los profesionales con la finalidad de brindar un servicio de salud que satisfaga las necesidades de las personas. Resumiendo, al cuidado domiciliario es un sistema con nuevas características y diversas actividades, no solo asistenciales, como el modelo tradicional, sino educativas, de prevención, organización, donde el lugar de trabajo es el hogar del paciente, lo que permite una mayor interacción e intercambio, con un compromiso no solo profesional sino humano, entre el equipo de salud y el paciente. Uno(Carletti,Gonzales,2015,p.11)

A continuación, se expondrán definiciones sobre internación domiciliaria para comprender un poco más de ella:

- Según el Ministerio de Salud de Argentina define internación domiciliaria como una modalidad de atención de la salud , mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio , realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es : promover , prevenir , recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad , el respeto y la dignidad Humana (Ministerio de Salud de la Nación , Buenos Aires, 2015).
- Según Contel et al. (2014) definen a la Internación Domiciliaria como: Un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como cantidad, los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan a la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja.

Las definiciones expuestas anteriormente, vislumbra la existencia de beneficios que pueden, tal vez ser el motor de empuje hacia el estudio de las causas de la creación de esta modalidad de cuidados domiciliarios. Como muestra, se retomaron datos estadísticos. Primeramente, la Organización Mundial de la Salud (2014) apunta que, uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de infección intrahospitalaria lo cual en porcentajes se estima que un 7% de los pacientes ingresados y hasta un 10% en el caso de los países desarrollados puede contraer alguna infección durante su estancia, de ahí que este organismo de Naciones Unidas pide reforzar “cada vez más” la seguridad del paciente y preservar la calidad de la atención que se presta. Otras de las causas, no menos importante, fue que se vio la necesidad de disminuir el tiempo de internación de los pacientes para que de esta manera se pudiese reducir el déficit de camas en el hospital, y así también, los costos que esta trae.

Los pacientes más comunes que ingresan a la internación domiciliaria, según Carletti, et al. (2015) son: Paciente encamado con sus consecuentes complicaciones (úlceras, incontinencia, etc.). Enfermedades de la piel. Paciente terminal por enfermedad neoplásica y otras patologías. Minusvalías físicas, amputación, ceguera, entre otras. Minusvalías psíquicas, demencias, etc. Problemas crónicos en fase avanzada (poliartrosis). Trastornos de la nutrición y la deglución (sondaje nasogástrico). Insuficiencia respiratoria crónica (oxigenoterapia). Alteraciones de la movilidad. Intervenciones quirúrgicas y cuidados post-hospitalarios. Problemas neurológicos (accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple, etc.). Ancianidad.

Los pacientes crónicos y terminales reúnen los criterios para ser incluidos en la atención domiciliaria cuando se ven imposibilitados para acudir al centro de salud. Por otro lado, mediante estudios de la Organización Mundial de la Salud, se observó que la recuperación de los pacientes era más eficaz y rápida en sus hogares que en los hospitales. A su vez, se detectó que el paciente al estar en contacto con su entorno y núcleo familiar, favorecía de manera notable en su recuperación, ya que el rol de la familia es muy importante y se sabe que la participación de esta en el cuidado del enfermo es fundamental, especialmente en el periodo de recuperación y convalecencia. Los principales requisitos que debe tener un paciente a la hora de ser incluido en un programa de atención domiciliaria, según Cortiglia et al, (2016) son: El paciente debe estar clínicamente estable y contar con una contención familiar. Todos los pacientes pueden beneficiarse con esta modalidad de atención en algún momento de su padecimiento sea este agudo, subagudo o crónico, pero cabe destacar que hay un criterio de selección que es crucial para el uso apropiado del recurso, con la finalidad de elegir racionalmente que pacientes realmente se benefician o no con la internación domiciliaria.

Otro aspecto a tener en cuenta por los autores mencionados, es que se necesita la aceptación del paciente y la familia debe recibir la información adecuada sobre el tipo de atención que recibirá en el domicilio, la existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado del paciente en el domicilio.

Las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria, tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo; deben existir momentos de ingresos y de alta. La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física de modo que no se convierte en un factor de riesgo de complicaciones y por último las internaciones domiciliarias deben estar bien coordinadas e integradas con los otros servicios sanitarios como el hospital, servicio de urgencias, sociales y de atención primaria. Luego de conocer los requisitos para ser incluidos en el programa de atención domiciliaria, otros aspectos importantes son: la comunicación e información, y la confianza en la relación paciente, familia y cuidador. Con respecto a la comunicación en el domicilio del sujeto de cuidado, no se puede olvidar las interferencias que pueden surgir en la relación con ellos, que pueden ser de los siguientes tipos:

- Cognitivas: ante posibles trastornos del lenguaje del paciente, alteraciones de la memoria, demencias, etc.
- Secundarias: fuertes convicciones o creencias muy estructuradas y de difícil modificación, no solo del tipo religioso, sino también culturales, familiares y sociales.
- Emocionales como trastornos de ansiedad o depresión, trastornos de la conducta, entre otras.

Muerte y Enfermería

La muerte científicamente es dejar de existir. Es cuando el cuerpo tiene un colapso de sus órganos vitales, teniendo una parada progresiva del organismo, pudiendo ser de forma súbita, accidental, por enfermedades agudas y/o crónicas, seguidas de una degeneración de los tejidos.

En tal sentido, Colell et al., (Citado por Guillaume et al. 2018) refiere que, en nuestra sociedad, la muerte es vivida como algo extraño e imprevisto, no encontrándose presente en nuestros pensamientos, lo que conlleva a vivirla con distanciamiento, aun sabiendo que se trata de un hecho universal, hasta que esta se afronta en primera persona o se manifiesta en los círculos afectivos cercanos. Cuando esto sucede la experiencia no deja indiferente, revisando el sentido de la

vida, las biografías, los vínculos o las experiencias vitales, dando a fluir emociones y sentimientos, además de recuperarse de recuerdos del pasado.

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En este sentido, las actitudes que viven las personas y manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias. Se considera que la muerte ha ocurrido cuando los pulmones y el corazón han dejado de funcionar.

Como describen en su estudio Ávila et al. (2017), según la psiquiatra (Kübler Ross, 2007) el duelo consiste en cinco etapas:

1. *Negación*: Es cuando hay una NO aceptación por parte de la persona. Algunos pacientes mantienen esta negación hasta el punto de inminencia de la muerte y continúan planificando a futuro de lo que van a hacer cuando mejoren.
2. *Angustia*: Es un periodo de pena y hostilidad. ¿Por qué me pasa esto a mí? ¿Que hice para merecer esto?, la persona se encuentra enojada con la vida, con su destino y hasta con dios. Es una reacción de miedo ante un peligro desconocido.
3. *Regateo*: En la niñez se aprende que la buena conducta es premiada y las malas acciones castigadas, por lo que se cree que si se promete ser muy bueno puede ser que se cambie la decisión de muerte. La enfermera puede oír que el paciente dice que hará cualquier cosa: arrepentirse de sus pecados, corregir sus pasados errores, si se le deja vivir un poco o siquiera si se le libra de su dolor.
4. *Depresión*: Esta también es una reacción normal al darse cuenta de todo lo que ha obtenido en su vida y lamenta su pérdida. Durante dicha etapa la persona puede preocuparse por cómo su familia va a vivir cuando él ya no esté y puede estar ansioso por poner orden a sus asuntos antes de su partida.
5. *Aceptación*: La persona acepta que pronto va a morir y se prepara para ello. Para entonces, está cansado, pero en paz.

“Las Malvinas son argentinas”

Significa haber hallado el amparo y el consuelo para aliviar los pesares, además de encontrar nuevas esperanzas e indulgencia en el corazón.

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y, por todo lo anteriormente expresado, difícil de afrontar. Como humanos que somos nos genera diferentes sentimientos no sólo la muerte, sino también la agonía lenta, el dolor y la pérdida de facultades mentales de la persona que vemos morir.

El profesional de enfermería tiene dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean. Se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adopta ante ella.

Algunos autores señalan que cada persona experimenta el proceso de morir de forma única y, por lo tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia el proceso de morir y la muerte propia y la de los demás.

Los enfermeros no están excluidos de la vivencia de emociones que causa la muerte y el trabajo con pacientes en procesos de morir, y deben contar con el equilibrio mental y físico que les permitirá ejercer sus actividades de manera eficiente y efectiva a la hora de la atención.

A su vez, con su constante relación con pacientes, están expuestos a una situación de estrés relacionada con la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y el proceso del morir, el presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal, aunque poco frecuente,

Esta situación para el enfermero genera reacciones emocionales tales como:

“Las Malvinas son argentinas”

- *Ansiedad*: Estado de sensación de agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse. Puede ser consecuencia de una respuesta racional en determinada situación que produce tensión o de una preocupación general sobre las incertidumbres de la vida.
- *Ira*: sentimiento de enojo, angustia e indignación generado en torno a situaciones específicas. Puede acercar a las personas a estados en los cuales la razón queda bloqueada por los sentimientos irracionales.
- *Depresión*: sensación de tristeza, desesperación y falta de ánimo explicable de alguna tragedia o pérdida personal. La psiquiatría describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.
- *Estrés*: es una patología emergente en el área laboral, que tiene una especial incidencia en el sector servicios, siendo riesgo mayor en las tareas que requieren mayor exigencia y dedicación.

Este proceso de muerte se vivencia como una carga traumática, y la ansiedad se asocia a la interacción con otros factores que inciden en las actividades personales y entorno de los enfermeros, desembocan en determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener implicaciones sobre su bienestar emocional. Sus creencias sobre la muerte, historia de vida y los aspectos culturales y religiosos, se entrelazan con el miedo a la pérdida, manifestándose con dolor, impotencia y tristeza.

Estos sentimientos pueden evidenciarse en algunos problemas de salud, como cansancio, agotamiento, es decir, situaciones que a futuro los convierte en pacientes potenciales, porque se sienten sin redes de apoyo para resolver la pérdida que significan dichos pacientes.

Es probable que todas las personas que trabajan en un contexto de desgaste y muerte tengan un sinnúmero de vivencias personales sobre pérdidas, sentimientos de rechazo, miedo de separación, necesidad de aceptación y reconocimiento, dudas, ansiedades, valores, en definitiva, una carga emocional que condiciona y modula tanto a nivel personal como profesional la atención al enfermo y familia (Collel, 2005).

Entre otros aspectos, destaca que hay un nuevo desafío para la enfermería, que es cuidar de quien cuida, esto significa ir al encuentro de la familia. Donde ella está, en el domicilio. Además, la familia ya no puede ser vista sólo como aquella que debe cumplir las determinaciones de los profesionales de salud; al reconocerse que ella asuma la responsabilidad por la salud de sus miembros, ella necesita ser oída en sus dudas, su opinión debe ser tenida en cuenta y, sobre todo, su participación debe ser incentivada en todo el proceso profesional de cuidar/curar.

El cuidar de la familia exige conocer los parientes que ayudan, identificando sus dificultades y fortalezas para que el profesional pueda brindar cuidados desde un enfoque integrador .considerar a los pacientes insertados en un contexto familiar, conlleva también a tener en cuenta a los mismos como colaboradores, y no siempre están preparados o poseen condiciones para dar o proveer los cuidados .

El cuidado en el domicilio es muy importante y exige mucho más del profesional enfermero que tendrá, en el lugar donde necesita prestar los cuidados, el observar y percibir con los ojos físicos y con los ojos del corazón, leer entre líneas, entender lo no dicho, confiar en lo vivido, salir del anonimato del uniforme blanco y socializar el saber, el hacer y el enseñar entre otras actitudes y acciones.

En el Entorno familiar Cualquier acontecimiento inusual de la vida produce un impacto en las mismas que conlleva a la necesidad de una adaptación a la nueva situación y, a veces, una reestructuración en su vida cotidiana.

Si este acontecimiento es un problema de salud (enfermedad, accidente, etc.) va acompañado de unas pérdidas físicas, psíquicas y sociales que producen en el individuo un proceso de duelo que tendrá que ir recorriendo para adaptarse a la nueva situación, es por esto que la labor de enfermería con la familia es muy importante para

ayudarlos en este proceso de duelo para que afronten la situación de la mejor manera posible haciéndolos parte del tratamiento del paciente.

La familia es el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente crónico (terminales oncológicos, pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados, inmovilizados o con limitación funcional). Sin la participación difícilmente se van a alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o paliativos.

Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso.

No todas las familias responden de una manera similar. Es imprescindible valorar siempre: personalidad y circunstancias personales del enfermo; naturaleza y calidad de las relaciones familiares; reacciones y estilos de convivencia del enfermo y su familia en pérdidas anteriores; estructura de familia y su momento evolutivo, red social de apoyo externo, personalidad y estilo de vida, nivel cultural y educacional de los miembros; problemas concretos (herencias, calidad de la vivienda, etc.).

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave. No reemplazan el tratamiento primario, sino que contribuyen al tratamiento primario que recibe. Su meta es evitar y aliviar el sufrimiento, y mejorar la calidad de vida.

Estos cuidados alivian los síntomas, como el dolor, la dificultad para respirar, la fatiga, el estreñimiento, las náuseas, la pérdida del apetito, los problemas para dormir y muchos otros. También pueden ayudarlo a tolerar los efectos secundarios de los tratamientos médicos que recibe. Quizás lo más importante es que los cuidados paliativos pueden ayudar a mejorar la calidad de vida y también ayudar a su familia. (Tizon Bouza et. al 2014).

Los cuidados paliativos ofrecen:

- Tratamiento especializado para aliviar lo más posible el dolor y otros síntomas.

“Las Malvinas son argentinas”

- Diálogo abierto sobre las opciones terapéuticas, que incluyen el tratamiento de su enfermedad y el control de los síntomas.
- Coordinación de la atención con todos sus proveedores de atención médica.
- Apoyo emocional para usted y su familia.

Enfermería - Cuidados paliativos

El diagnóstico de una enfermedad terminal o de una dolencia crónica es conocido y reconocido por todos los implicados a un lado y al otro de la asistencia médica. El día a día posterior a esta valoración reposará sobre los planes y las medidas de cuidados paliativos que la familia o que el propio enfermo decida para esta última etapa de su vida. Salvo en casos de urgencias en cuidados paliativos o de seguimiento de la evolución del paciente (en los que es necesaria la intervención de un facultativo), los profesionales de la rama de la enfermería son los que más tiempo dedican a los enfermos y los responsables de estos cuidados especiales.

Según Tizon Bouza et. al (2014) estas son las tareas que deben llevar a cabo las enfermeras y enfermeros especializados en cuidados paliativos:

- Proporcionar todos los cuidados y atenciones necesarias para que el enfermo viva estos últimos meses o días con la mejor calidad y el mayor bienestar posibles.
- Administrar los tratamientos farmacológicos y físicos adecuados.
- Controlar y monitorizar cualquier cambio que se pueda producir en la enfermedad o en el estado de salud del enfermo
- Dar apoyo y guiar al propio paciente y a su familia sobre las recomendaciones en cuidados, alimentación, aseo personal, descanso, actividad física, duelo, etc.

La enfermera es el miembro del equipo sanitario más próximo y en estrecho contacto con el individuo y su núcleo familiar; sobre todo, en fase de enfermedad, debe asumir también los cuidados que precisen en el final de la vida.

Los principales objetivos que debe tener la enfermera en su atención a pacientes en fase terminal son los siguientes:

“Las Malvinas son argentinas”

- Proporcionar todos los cuidados de Enfermería que necesita un paciente en fase terminal, consiguiendo la mayor de calidad de vida para él y sus allegados.
- Valorar las alteraciones en la calidad de vida provocadas por la enfermedad y su tratamiento, procurando el mayor equilibrio físico, psíquico y ambiental del enfermo.
- Aconsejar y educar a la familia y al paciente sobre la dieta, medicamentos, higiene, cambios posturales, ayudándoles a prevenir y sobrellevar los momentos de crisis. Para una intervención paliativa en un enfermo en situación terminal, si queremos disminuir su sufrimiento y aumentar su bienestar.
- Identificar aquellos síntomas somáticos y/o alteraciones psicológicas que son percibidos por el paciente como una amenaza importante, estableciendo su grado de priorización amenazadora desde el punto de vista del paciente.
- Compensar, eliminar o atenuar dichos síntomas.
- Detectar y potenciar los propios recursos del enfermo con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia. Aumentar su percepción de control sobre la situación y los síntomas.
- Si el estado de ánimo del paciente presenta características ansiosas, depresivas u hostiles, habrá que utilizar las técnicas específicas para modificarlo o compensarlo y evitar que se cronifique y se convierta en patológico.
- Si el paciente está bien adaptado, se analizará la conveniencia de utilizar, con carácter preventivo, algunas estrategias que impidan la aparición de estados de ánimo ansiosos, depresivos u hostiles. También la posibilidad de proporcionar al paciente estimulación positiva y reforzarte, susceptible de incrementar su bienestar. Se puede combatir el sufrimiento de los enfermos mediante estrategias como la información, la distracción, la reevaluación

“Las Malvinas son argentinas”

cognitiva, la relajación o la hipnosis, susceptible de alejar o atenuar la sensación de amenaza.

- Ofrecerle compañía: un acompañamiento respetuoso y comprensivo le indicará que estamos dispuestos a ayudarlo ante lo que se pueda encontrar.
- Escucharle con atención: además de mostrarle interés, respeto y apoyo para enfrentarse mejor con este tiempo difícil, permite al cuidador apreciar la actitud del paciente ante la enfermedad.
- La importancia del contacto físico: sujetar su mano, tocar su hombro, colocar mejor su almohada, sentarse a su lado, comunicarse con él, transmitirle cariño y confianza, secar su frente y tratar con amabilidad; incitar a la familia para que esté junto a él. El tacto actúa como antídoto contra el temor y la ansiedad, le confiere seguridad, facilita el compartir y, a la vez que libera su poder natural de curación, trae la paz.
- Ser sensible a sus problemas. Muchos temen a la muerte, a que su vida carezca de sentido y padecer problemas financieros, dificultades en el hogar, trastornos emocionales y fatiga familiar... Es necesario dedicarle tiempo para conocer lo que les preocupa y ofrecer nuestro apoyo. La proximidad de la muerte crea la necesidad de una nueva jerarquía de valores y ayuda a vivir el momento actual con mayor intensidad con un deseo de crear verdaderas relaciones.

Actividad de la enfermera y la familia:

- Ofrecer disponibilidad.
- Explicar a la familia la nueva situación de forma que puedan planificar la despedida.
- Prestar especial atención al cuidador principal destacando el valor del trabajo realizado.

“Las Malvinas son argentinas”

- Implicar a la familia en los cuidados de confort restando importancia a aspectos como la alimentación e hidratación.
- Recordar a la familia la importancia de la comunicación tanto verbal como no verbal aún estando con muy bajo nivel de conciencia.
- Explicar el proceso de la muerte, con el fin de que la familia se vaya adaptando a los cambios que se van produciendo.
- Informar de los trámites administrativos después de la muerte, procurando no implicar al cuidador principal o al más emocionalmente afectado.
- Incrementar el número de visitas del personal sanitario.

El papel de la enfermería en cuidados paliativos abarca y aúna diversas perspectivas (física, psicológica, social, emocional...) para ofrecer una atención de calidad y el mejor acompañamiento al enfermo hasta el último de sus días. Sin dolor ni sufrimiento.

Duelo – Familia

Hoyos (2015) afirma que “el duelo se puede definir como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva, cuyo objetivo es aceptar la realidad de la pérdida y adaptarse al nuevo entorno” (pág.28).

Se trata de comprender que el duelo es una experiencia estresante pero normal, porque todas las personas deberá hacer frente a la pérdida de un objeto que represente valor sentimental o económico o la muerte de un familiar cómo afecta el desarrollo psicosocial, qué debe hacer ante esta situación, qué tiene que afrontar, por consiguiente ninguna persona puede evolucionar sin dolor, no puede crecer si no han experimentado cada una de las emociones y sensaciones antes descritas por cuanto permite lograr llegar a la autorrealización por cuanto los duelos son parte del crecimiento humano.

A nivel Familiar, la influencia de esta sobre cada doliente es bidireccional. Por un lado, cada familia tendrá una forma particular de afrontar la muerte, dependiendo de si han tenido experiencias previas de otros fallecimientos, de la manera particular que tengan de afrontar el dolor, su modo específico de gestionar las

emociones y enfrentarse a la adversidad, etc. Las características concretas de ese afrontamiento familiar influyen facilitando o complicando el proceso individual de cada uno de sus miembros, según la forma particular que tenga cada uno de encarar este proceso.

Lebrero (2018) La muerte tiene un profundo efecto en el ciclo vital de una familia, pues la muerte supone una amenaza para el objetivo principal de la familia: la persistencia. Ser capaces de afrontar el proceso de transición de la muerte de un miembro de esta es una de las tareas adaptativas más difíciles que vivimos. Esto es así, hasta el punto de que los estudios actuales sobre epidemiología demuestran que la muerte de un miembro de la familia incrementa el riesgo de enfermedad y muerte temprana del resto de los miembros.

La familia, al igual que las personas, debe realizar una serie de tareas para resolver con éxito el proceso de elaboración del duelo, y que le ayudan en su adaptación a la pérdida. Estas tareas son: el reconocimiento compartido de la realidad de la muerte; la experiencia compartida de dolor; la reorganización del sistema familiar y la Reinvestidura en otras relaciones y metas en la vida.

Lebrero (2018) manifiesta diferentes etapas dentro del duelo familiar

- Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte: En esta etapa se debe confrontar la pérdida de manera directa, fomentando el diálogo entre los miembros restantes de la familia sobre la muerte de forma clara. A través de todos los rituales que hay alrededor de la muerte, por ejemplo, el funeral, que une a la familia, además de sentir la ayuda de la red de apoyo social. Cuando se pretende proteger a los niños de la realidad de la muerte, lo único que se consigue es bloquear la elaboración del duelo, produciéndose una disfunción en el sistema.
- Experiencia compartida del dolor de la pena: La familia debe aceptar y comprender de forma unida la expresión de sentimientos complejos y mixtos, es decir, deben compartir la expresión de dichos sentimientos. Cuando ciertos sentimientos no son aceptados en la familia, algunos de ellos se asumen de

forma Duelo y Terapia Familiar Sistémica 15 exclusiva por diferentes miembros de la familia, lo cual puede generar conductas desadaptativas en ellos.

- Reorganización del sistema familiar: Las relaciones deben reajustarse, pues la pérdida provoca que las funciones que antes realizaba la persona fallecida no estén cubiertas. Para poder ajustarse, dichas funciones deben ser asumidas por otro miembro del sistema, o si no, prescindir de ellas. El desequilibrio del sistema puede llevar a la familia a realizar conductas disfuncionales, y es necesaria la Resiliencia del sistema para lograr de nuevo la estabilidad.
- Reinvestidura en otras relaciones y metas en la vida: Tras la pérdida, los aniversarios y los días festivos despiertan otra vez la pena y el dolor, pero esta evocación se va suavizando cada año que pasa. Con el paso del tiempo la familia va elaborando el duelo, con una duración media de unos dos años (lo cual supone pasar dos veces por las fechas importantes: cumpleaños, festividades, vacaciones...etc.), y va incorporando nuevas relaciones, lo cual puede llegar a provocar en la familia sentimientos de deslealtad y traición hacia la persona fallecida, por lo que los sentimientos de culpa pueden impedir que la familia establezca nuevas relaciones. Son estos sentimientos negativos los que disparan el riesgo de suicidio durante este proceso de la elaboración del duelo, por lo que en la práctica clínica hay que tenerlo muy en cuenta y ayudar a la familia a redefinir sus prioridades en la vida, como van a relacionarse con los demás y, a desarrollar la creatividad que se genera al tener que adaptarse tras la muerte de un ser querido.

Vivencias

Desde una perspectiva más teórica analiza y profundiza las vivencias de acuerdo a Contreras Sánchez (2014) quien explica en su trabajo de Grado realizado en el servicio de Pediatría del Hospital de Jaén, Perú. Manifestando lo siguiente:

Una vivencia es aquella experiencia que una persona experimenta en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Cada hecho al ser vivenciado lo es de un modo particular por el que lo vive o experimenta, lo que hace que la persona lo modifique en su percepción. La vivencia, además, supone la posibilidad de adquirir conocimientos y también habilidades que sin duda enriquecerán

a la persona, porque siempre tras una vivencia quedará registrada una información que, en el futuro, de volver a repetirse, permitirá no solamente saber cómo actuar ante alguna situación que se le presente, también, dejará como aprendizaje.

En este mismo sentido Guedes Santa (2015), en su investigación realizada en el Hospital de Feira de Santana de Bahía en Brasil, plasma las vivencias de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte”. Concluye que la enfermera percibe el sufrimiento de la familia y las dificultades en lidiar con el final de la vida. Esas dificultades relatadas por las enfermeras, emergen con fuerza, ya que, en el contexto del trabajo durante un período prolongado, se genera un vínculo entre la profesional enfermera, la familia y el paciente, el cual provoca sufrimiento cuando el paciente muere, considerado inherente a la existencia humana.

Esta reflexión, en el momento actual, hace emerger la necesidad cada vez más apremiante, de cualificar nuestro quehacer, observando a la persona en el contexto del trabajo, valorizando la humanización en el cuidado y que éste, haciéndolo sensible, considerando el hecho de que el mismo es ofrecido a la persona desde el inicio hasta el final de su vida, e indica que las enfermeras mostraron ansiedad, miedo y la muerte como una experiencia inolvidable, revelando la difícil aceptación y el vacío existencial.

A su vez según Díaz Olguín (2014) manifiesta que las vivencias son fenómenos específicos de los seres humanos razón por la cual revelan una estructura ontológica y cualitativa respecto de la misma vida, en efecto las vivencias son fenómenos “ interiores”, transcurren en la “ inmanencia” del propio ser miradas en sí misma desde un punto de observación externa. Debido a su carácter interior y su vinculación con la subjetividad del ser humano, estas vivencias se consideran entidades subjetivas”. Esto, sin embargo, no afecta en nada a su estructura precisa y su contenido específico, que hacen de estas vivencias entidades objetivas”, si bien inmanentes estos seres vivientes.

De este modo, las vivencias son dinámicas, activas y están en medio de lo que hacemos; de esta forma podemos tener vivencias significativas, las cuales de algún modo nos permiten construirnos como persona. En efecto, una vivencia es toda experiencia que deja huella en la personalidad, es decir, que tiene relevancia en la vida psicológica.

Tipos de Vivencias

En torno a los tipos de vivencias referidas por Díaz Olguin,(2014) manifiesta que se fundamentan en un dato por completo evidente, de estas se recibe el nombre de intencional que quiere decir, la relación de un hombre con un objeto. Desde esta perspectiva, puede decirse entonces que en el interior del hombre tienen lugar tanto *vivencias intencionales* como *no intencionales* según establezca las relaciones significativas con los objetos de la realidad que le rodean o no sea así. Las siguientes se refieren Como:

- ***Vivencias intencionales:*** Se suscitan en el hombre por las distintas relaciones significativas conscientes, inteligentes y espirituales, que éste establece con los objetos de la realidad. Se trata de las vivencias que en alguna manera exigen, para su surgimiento en el interior del hombre, la presencia intrínsecamente importante de los objetos de la realidad, esto es, de ciertos valores como la verdad, el bien y la belleza. Las vivencias intencionales son los sentimientos del hombre, como la alegría, tristeza, emotivos, comunicativos, los cuales son las vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la consciencia que se tiene de ciertos hechos reales.
- ***Vivencias no intencionales:*** Por su parte, no surgen en el hombre propiamente dicho por las relaciones significativas que establece con los objetos de la realidad sino que son causadas, provocadas, ocasionadas psíquicamente en él; en primer lugar: por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea, como los cambios de temperatura, las variaciones de calor o de humedad, la alteración de la luz y la oscuridad, la presencia de agentes irritantes para el hombre como el ruido, la polución o los estímulos visuales; en segundo lugar: por determinadas circunstancias por las que atraviesa el hombre en algunos momentos de su vida, como el exceso de

“Las Malvinas son argentinas”

fatiga, la disminución de los momentos de reposo (en sus formas de sueño o de descanso), padecimientos de salud prolongados, comportamientos cada vez más sedentarios, alimentación inadecuada, abuso de agentes estimulantes (como café, tabaco, alcohol y drogas).

Con respecto a la internación domiciliar se destacan que:

- **Trabajo en equipo:** “consecución de una actividad u objetivo proporcionados por diferentes personas”. Es decir, es un estilo de realizar una actividad laboral, es asumir un conjunto de valores, es conseguir un espíritu que anima un nuevo modelo de relaciones entre las personas. Se hará referencia a las subdimensiones del trabajo en equipo.
- **Desempeño de las tareas:** las tareas efectuadas en el domicilio de cada usuario se realizan con el propósito de brindarle cuidados de calidad, es por esto que enfermería cumple un papel fundamental en esta modalidad de atención, ya que realizan actividades independientes y autónomas.
- **Organización del trabajo:** La enfermera se convierte en la figura central del proceso de cuidado en el hogar, brinda atención directa, organiza el trabajo en equipo con los demás profesionales y ajusta los cuidados no solo a su patología sino también a su entorno para cumplir con el tratamiento.
- **Práctica de cuidado:** La práctica del cuidado implica el establecimiento de una relación entre el usuario, la familia y los profesionales enfermeros. Las acciones del enfermero, dependen de la demanda del sujeto de cuidado y sus familiares, dando prioridad a la promoción de la salud, y están encaminadas a la prevención de complicaciones futuras; utilizando técnicas apropiadas para mejorar la calidad de vida del sujeto de cuidado.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

En base del marco teórico, las autoras del proyecto se posicionan en la teoría de Díaz Olguín (2014) y trabajo de grado realizado por Ferreira - Herrera (2020) para definir conceptualmente la variable: Cuáles son las vivencias ante el proceso de morir y la muerte de los enfermeros que se desempeñan en el servicio de internación domiciliar de la agencia Voy Enfermería en barrio jardín de la ciudad de Córdoba, desde el periodo julio a diciembre de 2023.

Teniendo en cuenta aquellos efectos que inciden en la salud de los enfermeros tanto en lo emocional como en lo mentalmente en el contexto del proceso de morir y muerte de pacientes.

Por lo tanto, la variable se dimensiona en:

- **Vivencias Intencionales:** Son los sentimientos del hombre, los cuales son las vivencias que surgen en el interior del hombre en razón de la consciencia que se tiene de ciertos hechos reales. subdimensiones: alegría, tristeza, emoción, comunicación.
- **Vivencias No Intencionales:** No surgen en el hombre propiamente dicho por las relaciones significativas que establece con los objetos de la realidad, sino que son causadas, provocadas, ocasionadas psíquicamente en él, por las distintas relaciones físicas que tienen lugar entre su ser y el ambiente que lo rodea. Subdimensiones: Fatiga, reposo, abuso de agentes estimulantes.

Y para estudiar las vivencias en el ámbito de la atención domiciliar, se tomarán como dimensiones de la variable:

- **Trabajo en equipo:** Es un estilo de realizar una actividad laboral, es asumir un conjunto de valores, es conseguir un espíritu que anima un nuevo modelo de relaciones entre las personas se hará referencia a las Subdimensiones del trabajo en equipo con los profesionales, la familia, y el cuidador principal,
- **Práctica de cuidado:** La práctica del cuidado implica el establecimiento de una relación entre el usuario, la familia y los profesionales enfermeros. Las acciones del enfermero, dependen de la demanda del sujeto de cuidado y sus familiares, dando prioridad a la promoción de la salud, y están encaminadas a la prevención de complicaciones futuras; utilizando técnicas apropiadas para

mejorar la calidad de vida del sujeto de cuidado. Subdimensiones: promoción y prevención, aplicación de técnicas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer las vivencias ante el proceso de morir y la muerte de los pacientes de los enfermeros que se desempeñan en servicio de internación domiciliaria de la agencia Voy Enfermería, en la ciudad de Córdoba Capital, en periodo de de julio a diciembre del 2023

Objetivos Específicos

- Caracterizar las vivencias de los enfermeros ante el proceso de morir y la muerte respecto a las vivencias intencionales y no intencionales
- Destacar las vivencias de los enfermeros en relación al trabajo en equipo en internación domiciliaria
- Describir las vivencias de los enfermeros respecto a las prácticas del cuidado brindado en la internación domiciliaria

Capítulo II DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizará con abordaje del método cuantitativo, a través de un enfoque descriptivo, de corte transversal.

Cuantitativo: Se utilizará el método deductivo, por medio de la utilización de técnicas y herramientas, con el fin de establecer con exactitud el estudio, esto nos permitirá examinar los datos que se obtengan de manera científica.

Descriptivo: Permitirá la descripción de las experiencias vividas durante la elaboración del trabajo final.

Transversal: Se estudiará por única vez, la variable y sus dimensiones en un determinado momento, dónde se utilizará la aplicación de un instrumento, para la recolección de datos sobre las vivencias ante el proceso de morir y la muerte de los pacientes de los enfermeros que realizan cuidados domiciliarios a través de la agencia VOY enfermería en barrio jardín de la ciudad de Córdoba capital en el periodo de julio a diciembre del 2023.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Partiendo de la definición conceptual de la variable y sus dimensiones a continuación, se exponen las mismas, en formato de cuadro para una mejor visualización:

Cuadro 1: Operacionalización de la variable de estudio.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
VIVENCIAS ANTE EL PROCESO DE MORIR Y LA MUERTE DEL PACIENTE DE LOS ENFERMEROS CON INTERNACIÓN DOMICILIARIA	VIVENCIAS INTENCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Tristeza • Emoción • Comunicación.
	VIVENCIAS NO INTENCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Reposo • Abuso de agentes estimulantes.
	TRABAJO EN EQUIPO	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño del trabajo • Organización del trabajo
	PRÁCTICA DEL CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y prevención • Aplicación de técnicas

Fuente: Entrevista

La investigación se realizará con enfermeros seleccionados que se desempeñan en internación domiciliaria a través de la agencia VOY enfermería en barrio jardín en Córdoba Capital durante el periodo de julio a diciembre 2023.

Población y Muestra

La población en estudio estará conformada por 15 enfermeros profesionales seleccionados que se encuentren desempeñando su labor de forma dependiente (empresas de cuidado domiciliario VOY enfermería) en hogares particulares del barrio jardín de la ciudad de Córdoba.

Por ser una población finita no se tomará una muestra para el estudio.

Criterios de Inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Profesional con experiencia mínima de 2 años.
- Ser Enfermero Profesional.
- Con matrícula habilitante.
- Trabajar en la agencia de cuidado de internación domiciliaria VOY Enfermería en barrio Jardín.

Criterios de Exclusión:

- Que no cumplan con los requisitos anteriores.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente:

La fuente que se utilizará será primaria, ya que la información se obtendrá mediante la entrevista a los enfermeros que desempeñan sus actividades de cuidados domiciliarios en la agencia VOY enfermería en barrio Jardín de la ciudad de Córdoba capital.

Técnica:

La recolección de datos se realizará a través de una cédula de entrevista con preguntas abiertas. Esta técnica ofrecerá la posibilidad de que los entrevistados se

explayen y respondan las preguntas de una manera flexible y resultando cómodo para expresar sus vivencias y experiencias.

Instrumento:

Se emplea una cédula de entrevista, en modalidad de línea con preguntas abiertas y semiestructuradas, confeccionada por las investigadoras, en relación a las dimensiones y subdimensiones, sobre la variable objeto de estudio; el mismo será de carácter anónimo y se realizará luego de su consentimiento informado.

Se iniciará con una breve introducción marcando las razones por las cuales se lleva a cabo el estudio con un total de 22 preguntas abiertas y semiestructuradas

Con el fin de evidenciar la confiabilidad del mismo, se realizó una prueba piloto, aplicándose en cinco (5) profesionales de enfermería que realizan cuidados domiciliarios, estos fueron elegidos al azar y no formarán parte del universo de estudio de este proyecto.

RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos, se realizará previa autorización a fin de complementar con los reglamentos legales para llevar a cabo la presente investigación.

(Anexo I)

Se inicia con una breve introducción explicando los motivos por los que se realiza la presente investigación, se solicitará el consentimiento informado aclarando el carácter anónimo (Anexo II)

Las cédulas de entrevistas se llevarán a cabo con la modalidad en línea los días estipulados por las investigadoras, considerando un tiempo para cada entrevista entre 30-45 minutos. (Anexo III)

PROCESAMIENTO DE DATOS

A fin de procesar la información que resulte de las preguntas abiertas semiestructurada, se procederá a la agrupación de respuestas según similitud, para ello se utilizará un cuadro de contenidos que permitirá identificar categorías comunes y

mostrar los resultados de cada dimensión, correspondiente a la variable en estudio; lo que permitirá dar respuesta a los objetivos formulados al inicio de la investigación a fin de conocer cuáles son las vivencias de los enfermeros ante el proceso de morir y la muerte del paciente con internación domiciliar que se desempeñan en el barrio Jardín, ciudad de Córdoba en el periodo de julio a diciembre de 2023. Una vez recolectados los datos serán numerados, ordenados y controlados. Los resultados de cada cuestionario serán ilustrados en una tabla matriz, para realizar su tabulación para conocer las frecuencias de respuestas obteniendo diferentes porcentajes de los datos que se desean conocer.

PRESENTACIÓN DE DATOS

Al finalizar el procesamiento de la información, se realizará la presentación de datos mediante la representación gráfica y tabular, de acuerdo a los objetivos y resultados obtenidos de las encuestas. La representación gráfica de datos sociodemográficos y vivencias será por medio de gráfico de barras o columnas que permitirá mostrar la totalidad que se quiere observar y cada proporción de valores representados.

A modo de ejemplo se dejan los siguientes cuadros de presentación

Datos Sociodemográficos:

Gráfico A. Edad de enfermos seleccionados de barrio jardín en el periodo de julio /diciembre del 2023

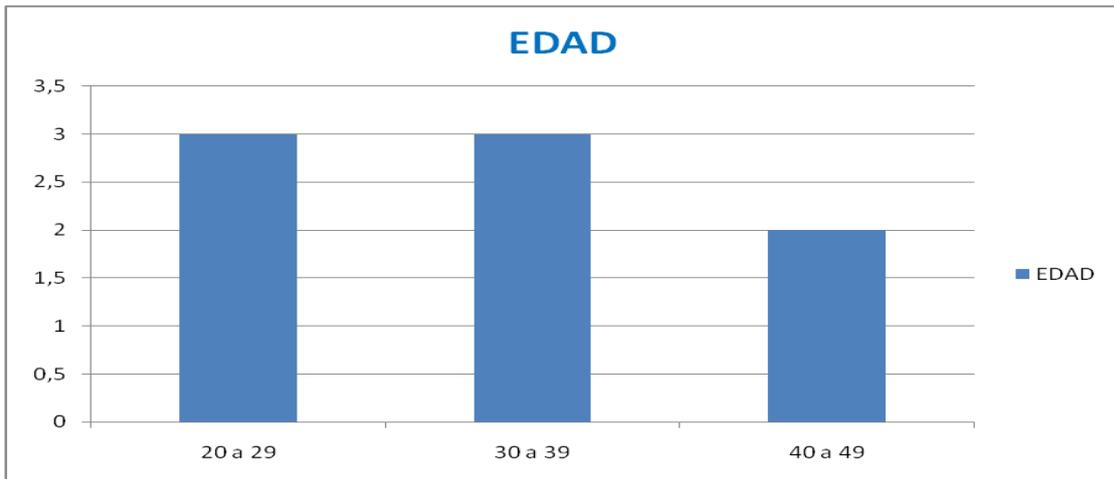
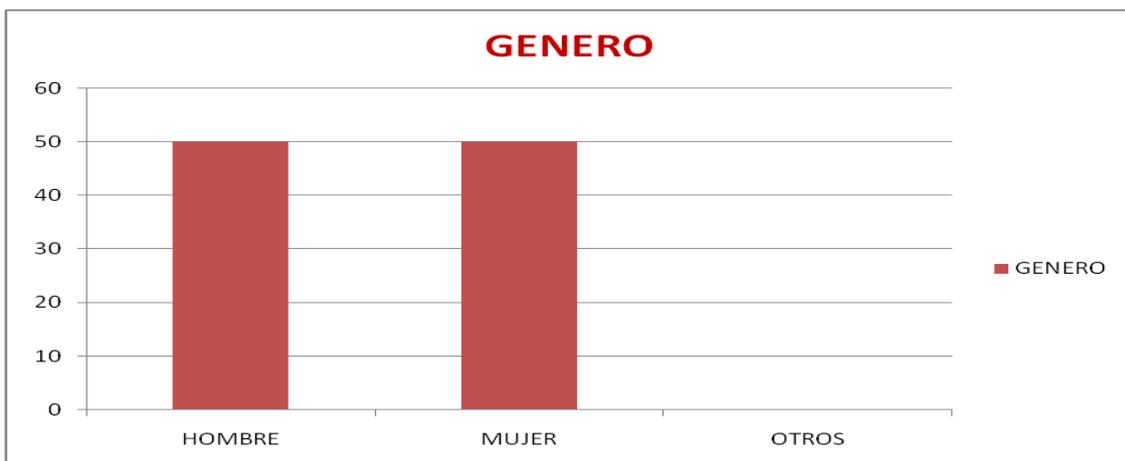


Gráfico B. Género de enfermos seleccionados de barrio jardín en el periodo de julio /diciembre del 2023



“Las Malvinas son argentinas”

Gráfico C. Formación Profesional de enfermos seleccionados de barrio jardín en el periodo de julio /diciembre del 2023

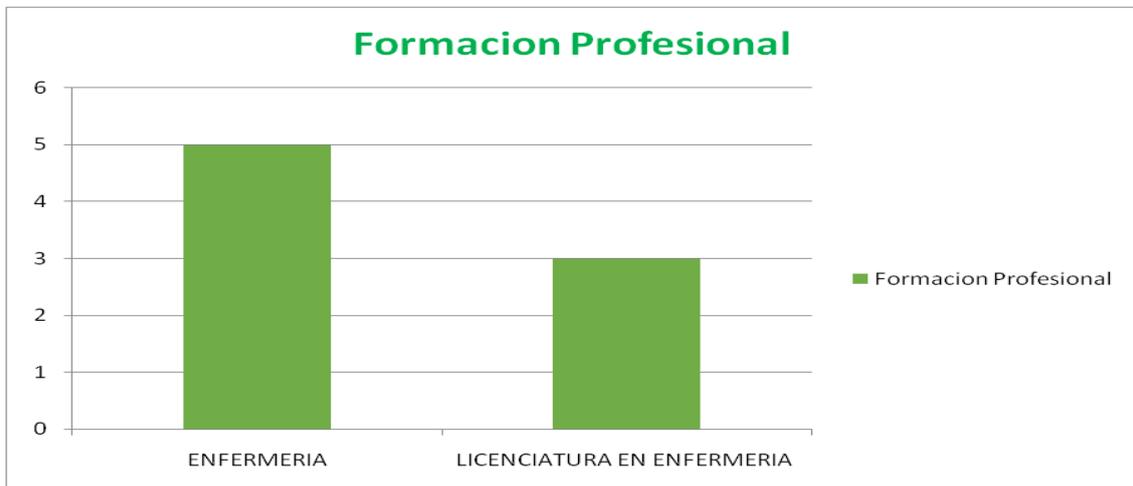
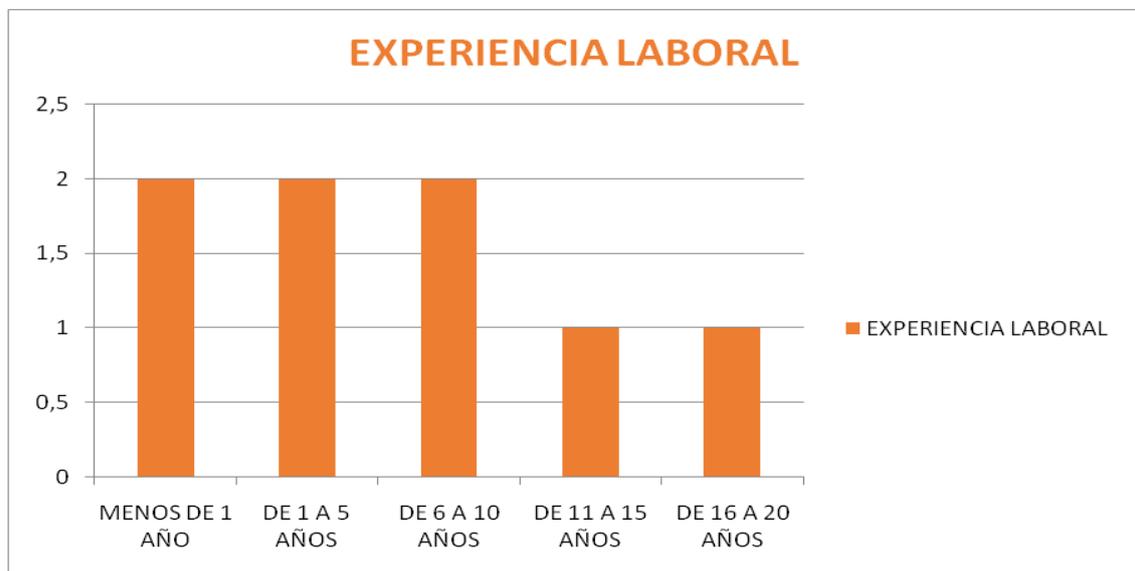


Gráfico D. Experiencia Laboral de enfermos seleccionados de barrio jardín en el periodo de julio /diciembre del 2023



“Las Malvinas son argentinas”

Cuadro de contenido: Vivencias ante el proceso de morir y la muerte de los enfermeros de los pacientes con internación domiciliaria,

Dimensión	Subdimensiones	Categoría	Respuesta textual
Vivencia Intencionales	<ul style="list-style-type: none"> • Alegría • Tristeza • Emoción • Comunicación 	1..... 2..... 3..... 4.....	entrevista 1 entrevista 2 entrevista N
Vivencias No Intencionales	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Reposo • Abuso de agentes estimulantes 	1..... 2..... 3.....	entrevista 1 entrevista 2 entrevista N
Trabajo en Equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño de tareas • Organización del trabajo 	1..... 2.....	entrevista 1 entrevista 2 entrevista N
Práctica de Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción y prevención • Aplicación de técnicas 	1..... 2..... 3.....	entrevista 1 entrevista 2 entrevista N

Fuente: entrevista

“Las Malvinas son argentinas”

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	PERIODO 2023																							
	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
REVISIÓN DEL PROYECTO	█	█	█																					
CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█			
SELECCIÓN DE LA MUESTRA			█	█																				
RECOLECCIÓN DE DATOS					█	█	█	█																
PRESENTACIÓN DE DATOS											█	█	█											
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS													█	█	█	█								
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL																	█	█	█	█	█	█	█	█
PUBLICACIÓN																								█

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

“Las Malvinas son argentinas”

PRESUPUESTO:

Se detallan los recursos humanos, materiales y financieros que serán necesarios de utilizar para llevar a cabo la investigación.

Cuadro 2: Presupuesto estimado para la realización del proyecto a realizar.

RECURSOS NECESARIOS	MATERIALES DETALLADOS	UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS	INVESTIGADORES	4	SIN COSTO	SIN COSTO
RECURSOS MATERIALES	COMPUTADORAS Y/O NOTEBOOK	3	SIN COSTO	SIN COSTO
	CONEXIÓN DE INTERNET	4	\$1200	\$4800
	BOLÍGRAFO	4	\$150	\$450
	FOLIOS TIPO A4	5	\$40	\$200
	CARPETA A4	5	\$300	\$1500
	FOTOCOPIAS	5	\$600	\$3000
VIÁTICOS	TRANSPORTE	4	\$700	\$2800
TOTAL				\$12,750

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, J. “Síndrome de Burnout y Desempeño Laboral en el Personal de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital de Ventanilla, Lima – 2017”. Tesis de Pre Grado. Universidad Cesar Vallejo. Lima, 2018. [Johan_Tesis_bachiller_2019.pdf \(uandina.edu.pe\)](#)
- Alegria Mendoza, E (2017). Percepción enfermera sobre la muerte digna. Tesis. Obtenido de [:Percepción enfermera sobre la muerte digna..pdf \(ull.es\)](#)
- Burgess, A. (2008).: “Burgess y la muerte del Alma”. Revista mexicana de investigación educativa. Vol. 13, N.º 39. Obtenido de [:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14003915](#)
- Carmona, et. al. (2008) LA MUERTE, EL DUELO Y EL EQUIPO DE SALUD Death, Mourning and their Effect on Health Teams. Revista de Salud Pública, (XII) 2: 14-23 dic. [Redalyc.Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España](#)
- Carletti, M., González, R. G. (2015). Grado de valoración y conocimiento de los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y su relación con la autonomía de cuidados a brindar. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. [https://bdigital.uncu.edu.ar/8575](#)
- Celma. S. (2015). El Proceso de muerte y la enfermería: un enfoque racional. Reflexiones teóricas en torno a la atención. Revista científica (2): p. 485-500. Obtenido de: [http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331201500020000](#)
- Cortiglia, A. Penisi, M. A. Poulou, L. M. (2006) Internación domiciliaria un enfoque interdisciplinario. En Carletti. M., González. R. G. (2015). Grado de valoración y conocimiento de los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y su relación con la autonomía de cuidados a brindar. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. [https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8575/carletti-melisa-beln.pdf](#)
- Colell Brunet, R. (2005). “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña”. [Tesis doctoral] obtenido de: [10.1016/j.medipa.2017.02.004](#)

- Contel, J. C., Gené, J., Peya, M. (2014, junio). Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Revista atención primaria*. Volumen (38), pp. 47- 50. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria27-articulo-seguimiento-una-cohorte-atencion-domiciliaria-13090015>.
- Cristo Manuel Marrero González , Alfonso Miguel García Hernández (2019). Vivencias de las enfermeras ante la muerte https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200001
- CUIDADOS PALIATIVOS: mejorar la calidad de vida cuando uno está gravemente enfermo. National Institute of Nursing Research. 2020. Manual Científico. <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- CURSO ANUAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL ALEMÁN AÑO 2014 “ÉXITOS Y FRACASOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA” <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/%C3%89XITOS%20Y%20FRACASOS%20EN%20INTERNACION%20DOMICILIARIA%20Caram%20candelmi.pdf>
- De Sousa, et. al. (2013). A Vivência da Enfermeira no Processo de Morte e Morrer dos Pacientes Oncológicos. *Texto & Contexto Enfermagem*, <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100005>
- Díaz R.. El hombre y sus vivencias. (Seriada en línea [Acceso 09-de julio de 2014]). Disponible en: <http://adlazoí.guín.~.com/2008/07/11/el-hombre-y-sus-vivencias/>
- Da Silva, M. M. (2012). Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. 658-66. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300022>.
- Dandicourt Thomas, Caridad. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62. Recuperado en 26 de octubre de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100007&lng=es&tlng=es.
- Duplancic, Víctor.(2017). Figuras de la muerte en la Fenomenología del espíritu. *Humanidades de Valparaíso*,5(9), 89-102. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318651501_Figuras_de_la_muerte_en_la_Fenomenologia_del_espiritu

En casa salud donde necesites (s.f)

https://encasa.com.ar/?gclid=CjwKCAjw_MqgBhAGEiwAnYOAetVj5a3NTN_GjLaj-hGJT1gSnzn0fIVdGK6cwGIIfgQmI_C88QsmJRoC5noQAvD_BwE#

“ÉXITOS Y FRACASOS EN INTERNACIÓN DOMICILIARIA” CARAM SOLEDAD, CANDELMÍ DIEGO EZEQUIEL (2014)

<https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/%C3%89XITOS%20Y%20FRACASOS%20EN%20INTERNACION%20DOMICILIARIA%20Caram%20candelmi.pdf>

Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes obtenido en

<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIBF789D4M452005.pdf>

Freitas. Et. al, (2016). La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2016; 15(41). Obtenido de: [La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora \(isciii.es\)](#)

Freitas, de *et al.* (2016). La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enfermería global*, (41), 322-334. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015

Gálvez-González, et. al. (2013). Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de enfermeras. Obtenido en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/623>

García C. (2014) VIVENCIA, CORPORALIDAD E INMANENCIA. Available from: <http://www.pensamentobiocentrico.com.br/content/edicoes/21/4.pdf>.

García V. Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200011>

González, et. al. *Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI* obtenido en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t24.pdf>

Gonzales OG. Conceptos, significado del acto de morir y consecuencias en cuidado que expresan las enfermeras de Chihuahua. *Doctorado en Enfermería. México. Universidad Nacional de Colombia*. 2014.

- Guedes Fe y De Oliveira SD. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. Artículo: Index de Enfermería. Licenciatura. [Brasil. Universidade Estadual de Feira de Santana, Escuela de Enfermería de la Universidad Federal da Bahia.2013.](#)
- Hoyos, M. (2 de Febrero de 2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? [Do we as adults understand the grief of children?]. ACTA PEDIÁTRICA, 73(2), 28. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ixl uFRgS>
- Lebrero, A. (2018). El duelo y la terapia sistémica. En A. Moreno (Ed.), La práctica de la terapia sistémica (pp 283-310). España: Desclée de Brouwer. https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_10_2_e14.pdf
- Lopera Betancur, M. A. (2015). Nursing Care of Patients During the Dying Process: A Painful Professional and Human Function.obtenido en: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a12>
- López TM. Significado de la experiencia del profesional de enfermería ante el proceso de la muerte de un paciente en la unidad de cuidados intensivos adulto del Hospital San Rafael de Tunja. Licenciatura en Enfermería. <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/7377?show=full>
- Madeleine leininger, artículo monográfico. 6 abril 2021**
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/madeleine-leininger-articulo-monografico/>
- Manay, M. (2018) “La muerte según Platón”. Internet. Obtenido de https://doi.org/10.14195/1984-249X_17_8
- Martin., R. A. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados con el medio hospitalario.obtenido en: ["Burnout" en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario - Dialnet \(unirioja.es\)](https://www.dialnet.es/urn/urn:es:dc: Dialnet (unirioja.es))
- Martínez Fernández, Carla **Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo (2019).**
FATIGA POR COMPASIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
<https://www.npunto.es/revista/21/fatiga-por-compasion-entre-el-personal-de-enfermeria-en-los-cuidados-al-final-de-la-vida>
- Maza CM, Zavala GM, Merino EJ. Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. [Artículo Licenciatura de Enfermería.Chile.2008.](#)

Mendoza, E. Características del cuidado de enfermería en el paciente que va a morir y su familia obtenido en

http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gonzalez_ruben_angel.pdf

Morales, et. al (2021). Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes.

Obtenido de Revista Cuidarte. 2021. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1081>

Morris, S.M., Claire King, M., Turner, J., Payne, S. (2015). Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Revist Palliative Medicine*. Vol. 29(6). pp. 487–495. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25634635/>

Oviedo S. J. (2016) “Enfermería y la muerte”. *Enfermería. Global*. Obtenido de [Servidor del SID \(uncu.edu.ar\)](http://www.servidor.sid.uncu.edu.ar)

Paulo de Oliveira, M., Cordero Jiménez, M. (2015). Significados do cuidado de enfermagem para familiares em tratamento paliativo. *Rev RENE*. 16 (4): pp. 593-602. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041519017.pdf>

Pérez, E. Cátedra de Deontología y problemática de enfermería. Escuela de Enfermería. F.C.M. U.N. Córdoba .2005.

PROYECTO DE INVESTIGACION ATENCIÓN DOMICILIARIA: VIVENCIAS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, a realizarse con los pacientes y familiares de la cooperativa AGEI que reciben cuidados enfermeros en la ciudad de Córdoba, en el año 2021. Ferreyra, Jessica Beatriz Herrera, Gisela Teresita <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/23925?show=full>

Resolución 704/2000, de 29 de agosto, servicios de internación domiciliaria. Boletín Oficial del Estado, 06 de septiembre de 2000. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-704-2000-4241/texto>.

Rodolfo Rodríguez-Gómez Diagnóstico Ocular del Country, Colombia Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 49, núm. 3, pp. 490-497, 2017 Universidad Industrial de Santander <https://www.redalyc.org/journal/3438/343855203009/html/>

Roqué, M.L. (2010). *Manual de cuidados domiciliarios: aprendiendo estrategias para cuidar mejor: segunda parte, v.3*. Buenos Aires (Provincia)

Tizon Bouza et. al (2014). ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS: HOSPITALIZACIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA.

https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/ENFERMERIA-PALIATIVA.TIZON_.pdf

Totman, J. (2015). You only have one chance to get it right: A qualitative study of relatives experiences of caring at home for a family member with terminal cáncer. *RevPalliative Medicine*. (Vol. 29). pp. 496–507. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25634637/>

Valle-Figueroa, M. del C, García-Puga, J. A., Quintana-Zavala, M. O., & García-Pérez, Y. (2019). Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. *SANUS*, (11), 19–31.

<https://doi.org/10.36789/sanus.vi11.148>

“Las Malvinas son argentinas”

ANEXOS

ANEXO I

NOTA DE AUTORIZACIÓN

Nota a presentar al Coordinador Esp.Lic, Ramos Fernando de la Agencia VOY Enfermería de la Ciudad de Córdoba Capital.

Córdoba ____ de _____ del 2023

Al señor Esp.Lic. Fernando Ramos

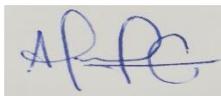
S _____ / _____ D

Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted con el fin de solicitar nos otorgue el permiso para realizar una encuesta anónima de tipo entrevista, al personal que trabaja en su agencia de cuidados domiciliarios sobre las “Las Vivencias ante el proceso de morir y la muerte de pacientes de enfermeros que se desempeñan en servicio de internación domiciliaria en la Agencia VOY enfermería, de la ciudad de Córdoba, Capital.

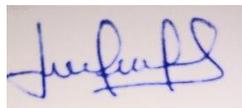
El motivo de esta solicitud es para poder cumplir con el Proyecto de Investigación requerido por la Cátedra de Taller de Trabajo Final, última materia de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba.

En espera de una pronta y favorable respuesta

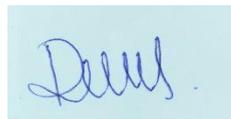
Saludos Atentamente



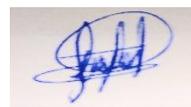
.....
Cisnero, Anabella



.....
Espínola Lara, Belsi



.....
Ramos, Candelaria



.....
Vilca, Nancy

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA.

TÍTULO DEL PROYECTO: *Vivencias del personal de enfermería ante el proceso de morir y la muerte de pacientes con internación domiciliaria en barrio jardín de la ciudad de Córdoba en el periodo de julio a diciembre 2023* .

INVESTIGADORAS: Cisnero, A., Espínola, B., Ramos, C., Vilca, N.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO: en el barrio Jardín de la Ciudad de Córdoba Capital
CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El siguiente Estudio de Investigación, será realizado por alumnas regulares de la Cátedra de Taller de Trabajo Final, última materia de la carrera de Licenciatura de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Córdoba. La finalidad de esta entrevista es conocer “Las Vivencias ante el proceso de morir y la muerte de pacientes de los enfermeros que se desempeñan en servicios de internación domiciliaria de la agencia VOY enfermería en Barrio Jardín de Córdoba Capital. “Si acepto participar en este estudio, se me realizará una breve entrevista con preguntas abiertas a contestar sobre el tema a investigar.

La participación en este estudio no posee riesgos, ya que mis datos serán preservados en anonimato. Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores conozcan más acerca del tema y este conocimiento me beneficie y a otras personas en el futuro.”

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con los investigadores anteriormente mencionados y ellos deben haber contestado satisfactoriamente sus inquietudes e interrogantes.

Consentimiento:

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo y mis preguntas fueron respondidas de manera adecuada y clara por lo que accedo a participar del Proyecto de Investigación.

Firma.....

ANEXO III

Instrumento de Recolección de Datos

Cédula de entrevista

La siguiente cédula de entrevista es anónima y está dirigida al personal de enfermería que desempeña sus actividades en internación domiciliaria en una agencia VOY cuidados en el barrio jardín durante el segundo semestre del año 2023 con el objetivo de conocer las Vivencias del personal de enfermería ante el proceso de morir Y la muerte del paciente con internación domiciliaria. Agradecemos su colaboración.

Entrevista N^º.... Servicio.....

Marque con una cruz la respuesta

1. Edad
 - a. 20 a 29 años
 - b. 30 a 39 años
 - c. 40 a 49 años
2. Sexo
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. Otro
3. Formación profesional
 - a. Enfermero Profesional
 - b. Lic. en Enfermería
4. ¿Cuántos años tiene de experiencia laboral?
 - a. Menos de 1 año
 - b. 1 a 5 años
 - c. 6 a 10 años
 - d. 11 a 15 años
 - e. 16 a 20 años

Preguntas sobre vivencias intencionales

1. ¿Durante el proceso de morir del paciente, tuvo pensamientos recurrentes de tristeza?
.....
.....
2. ¿Qué tipo de emoción le generó brindar cuidados domiciliarios al paciente en fase terminal?
.....
.....
3. ¿Cómo es la comunicación con la familia mientras brinda cuidados domiciliarios?
.....
.....
4. ¿Cómo fue la comunicación con la familia, ante la muerte del paciente con internación domiciliaria?
.....
.....

Preguntas sobre vivencias no intencionales

- 1) ¿Luego de la muerte de un paciente, Nota agotamiento que no responde a sus esfuerzos físicos? ¿Por qué?
.....
.....
- 2) Luego del fallecimiento de un paciente se alteró su patrón de sueño ¿de qué manera?
.....
.....
- 3) ¿Luego del fallecimiento de un paciente incrementó la ingesta de algún estimulante? ¿Cuáles?
.....
.....

Preguntas sobre trabajo en equipo

- 1- ¿Con respecto al desempeño de tareas del trabajo en equipo considera que a través de las tareas que realiza en el domicilio brinda cuidados de calidad durante el proceso de morir del paciente? ¿por qué?

.....
.....

- 2- ¿Cree que adapta sus actividades de enfermería al entorno del paciente para cumplir con el tratamiento domiciliario de qué manera?

.....
.....

Preguntas sobre prácticas del cuidado

1. ¿Realiza acciones de promoción y prevención a la familia con respecto a complicaciones futuras del paciente en proceso de morir? ¿Cuáles?

.....
.....

2. ¿Considera que utiliza técnicas apropiadas para mejorar la calidad del cuidado del paciente? ¿Cuáles?

.....
.....

3. ¿Considera una participación activa de parte de la familia del paciente con internación domiciliaria? ¿Por qué?

.....
.....

Muchas gracias por responder!