



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

CLAVE: 8723

**“CONOCIMIENTOS Y ATENCION DE ENFERMERIA EN EL
PROCESO DE DUELO EN EL HOSPITAL GENERAL DE
ZAMORA MICHOACAN”**

TESIS PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

MAGAÑA HERNÁNDEZ JUANA DE LA ESPERANZA

406530509

ZAMORA GONZÁLEZ LAURA VIRIDIANA

406530657

ASESOR DE TESIS:

MED. E. P. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMÍREZ

ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN OCTUBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a DIOS por la vocación tan hermosa que ha puesto en nosotros, por darnos salud y permitirnos llegar a esta etapa tan importante en nuestra vida con ánimo y aliento.

Al MED. E. P. Juan Manuel Aguiñiga Ramírez por el apoyo brindado para la realización de ésta tesis, por la comprensión y paciencia que mostró y por habernos dado un espacio y tiempo en las asesorías.

Al personal del Hospital General de Zamora por habernos proporcionado los medios adecuados para llevar a cabo nuestra investigación y a su vez por la disponibilidad mostrada en la aplicación de encuestas, así como a los familiares de pacientes fallecidos que contribuyeron a la realización de esta tesis.

A la Escuela de Enfermería de Zamora, Maestros y Religiosas por el tiempo y dedicación empleados para formarnos como Licenciados en Enfermería y Obstetricia, por sus experiencias y conocimientos compartidos a lo largo de nuestra carrera.

DEDICATORIAS

Dedicada a mi MADRE: por su esfuerzo, entrega y apoyo incondicional en todo momento, poniéndome el ejemplo día a día para luchar por lo que quiero. Para ti Mamá con mucho amor, respeto y admiración. A mis PADRINOS y FAMILIA por la confianza que depositaron en mí al ayudarme económica y emocionalmente durante mi carrera profesional.

Juana de la Esperanza Magaña Hernández.

Con dedicación, amor y respeto a mis PADRES y HERMANOS por el apoyo brindado para realizarme como profesional, resaltando el esfuerzo en todo momento para no quedarme en el camino y enseñarme que a pesar de las adversidades puedo lograr mis objetivos. A mi ESPOSO que con su amor y comprensión me motiva para seguir día a día luchando por lo que quiero, por respetarme y apoyarme en mis deseos de superación profesional. A mi BEBÉ que aún antes de nacer ha sido mi mayor inspiración y el motor principal para conseguir el éxito.

Laura Viridiana Zamora González.

ÍNDICE	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1 ANTECEDENTES	10
3.2 EL DUELO	13
3.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	16
3.4 ACCIONES DE ENFERMERÍA HACIA LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL	20
3.5 ACCIONES DE ENFERMERÍA HACIA LA FAMILIA DEL PACIENTE FALLECIDO	22
4. OBJETIVO GENERAL	27
5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
6. HIPÓTESIS	27
7. JUSTIFICACIÓN	28
8. VARIABLES	31
8.1 CONCEPTUALIZACIÓN	31
8.2 OPERACIONALIZACIÓN	32
9. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA	34
9.1 UNIVERSO	34
9.2 POBLACIÓN	34
9.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	35
9.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS	35

9.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	35
9.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
9.3.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	36
9.3.5 TIPO DE MUESTRA	36
9.3.6 TAMAÑO DE MUESTRA	36
9.3.7 CÁLCULO DE LA MUESTRA	37
10. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	38
11. RECOLECCIÓN DE DATOS	38
11.1 INSTRUMENTO Y CODIFICACIÓN	38
11.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
12. RESULTADOS	40
13. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
14. CONCLUSIONES	49
15. SUGERENCIAS	50
16. ANEXOS	51
17. BIBLIOGRAFÍAS	70

1. INTRODUCCION

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido.

El proceso del duelo es vivido por cada individuo de forma muy personal y está conformado por una serie de etapas, sin un orden preestablecido, que se pueden producir también simultáneamente. Cuando una persona consigue superarlas, puede ser capaz de vivir satisfactoriamente la vida en su nueva situación.

En el ejercicio profesional, la enfermera ha de cuidar a personas que se enfrentan a pérdidas de etiología muy diversa. Con su intervención puede ayudar a disminuir o aliviar la aparición de los efectos que acompañan este tipo de pérdidas, los cuales llegan a alterar el bienestar de los individuos pudiendo desencadenar un proceso de duelo patológico. Por ello, es muy importante que cuente con los conocimientos necesarios sobre el proceso de duelo para poder realizar un buen análisis y una reflexión sobre las

posibles actividades preventivas y de sostén dirigidas a la consecución de un duelo no patológico. El profesional de enfermería debe poder planificar una intervención de calidad y efectiva para la persona que lo sufre.

La intervención de enfermería durante el proceso de duelo irá dirigida a proporcionar soporte a las personas en este tipo de situaciones; les ayudará a expresar sus sentimientos y emociones, potenciará sus recursos y capacidades para adaptarse a una nueva forma de vivir.

El propósito de este trabajo se centra en determinar si el personal de enfermería posee los conocimientos necesarios sobre Tanatología o el duelo al que se enfrenta todo individuo ante una pérdida como lo es la muerte. Además es necesario identificar el grado de intervención que toma el personal de enfermería en este proceso y en base a los resultados se podrá conocer si los profesionales de enfermería necesitan darle la debida importancia a esta área emocional y por consiguiente aumentar sus conocimientos.

Un nivel de conocimientos adecuado y una intervención oportuna permiten aliviar cierto sufrimiento de las personas afectadas por la pérdida, además de prevenir o identificar un proceso de duelo patológico presente en forma temprana y de ser posible canalizarlas con personas especializadas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los conflictos más fuertes que enfrenta el ser humano sin duda alguna es la muerte, situación que ha sido estudiada a lo largo del tiempo por la Tanatología, que comprende muchos campos de acción, desde la atención al enfermo terminal y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa.

El impacto que generan los diferentes componentes del proceso del duelo en los familiares del finado producen cambios de diferente magnitud y duración en los integrantes de la familia, causando en algunos de ellos limitaciones o dificultades para superar la pérdida del familiar fallecido. De ahí la importancia de que las acciones tanto del área médica como de enfermería no sean concluidas con la atención del paciente, sino que se extiendan hacia el núcleo familiar para el apoyo de la etapa del duelo.

La muerte repercute a nivel individual y grupal, por lo que es importante identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el proceso de duelo y su

intervención con los familiares del paciente fallecido, ya que su adecuada y oportuna intervención puede favorecer una mejor aceptación y resignación ante la pérdida permitiéndole al familiar llevar en una forma más adecuada dicho proceso.

Motivo por el cual la realización del siguiente trabajo nos dará respuesta a las siguientes interrogantes.

Preguntas de investigación

¿Cuál es nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el proceso de duelo?

¿Cuál es el grado de participación del personal de enfermería en el proceso de duelo con los familiares del paciente fallecido?

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

Estudios recientes publicados en la revista española Nursing (2001), por investigadores de la City Houpe Nacional Medical Center de Duarte y en el Oncology Nursing Society afirman: “que las enfermeras tiene más confianza en brindar cuidados en el aspecto físico y muestran menos confianza en cuidados de índole espiritual o a dar respuesta a las necesidades psicosociales. La inmensa mayoría consideró que su formación profesional era inadecuada en todas las áreas (dolor, necesidades de los familiares, proceso de duelo, cuestiones éticas y cuidado en el momento de la muerte)”.

Amparo Pereiro en su ponencia sobre Atención al Duelo publicada en el marco del XIX Congreso de la AEEC (2003), refiere que “El tema de la muerte se elude, se esconde, incluso en nuestros círculos profesionales donde ésta nos visita a diario, porque del horror que produce la muerte no estamos exentos, y quizá las enfermeras estamos o deberíamos estar familiarizadas con esta verdad ineludible: <<Si nacemos morimos>>. Para

morir no se sale del hospital sino que se entre y por otra parte se espera de la institución hospitalaria que asegure un morir bien; se le hace responsable de la calidad de la muerte. Si morir bien depende del dominio profesional, es preciso tener en cuenta en la práctica de los cuidados formarse para ello. Será muy importante para aquellos que desean de una presencia, de un acompañamiento, de saber que el personal sanitario está atento a esta aspiración, y que si por decisión o circunstancias su muerte se produce en el hospital tendrá la oportunidad de encontrar personas que le cuidarán con cariño, sensibilidad y conocimiento”.

La enfermera es un profesional de la salud que día a día se enfrenta a situaciones extremas como son el nacimiento, las enfermedades y la muerte misma⁽¹⁾.

El aprender a afrontar la muerte -en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado- es también aprender a asumir, en toda su dimensión, nuestra propia humanidad^(2, 3, 4,). Por ello, es de suma importancia que el profesional de la salud tenga conocimientos relacionados con la Tanatología.

La Tanatología deriva etimológicamente de dos términos, Tanatos que significa muerte y Logos que significa tratado o estudio, por lo que puede definirse como “Ciencia que estudia la muerte y la agonía y los fenómenos asociados a ella”⁽⁵⁾. La finalidad última de la Tanatología es proporcionar al hombre lo que se define como “muerte apropiada”; entendiéndose así por ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo terminal, alivio del dolor y alivio de los conflictos restantes.

Su objetivo principal es ayudar al hombre a morir con dignidad, paz y plena aceptación incluyendo a los familiares del paciente fallecido para que vivan plenamente y laboren su duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible⁽⁶⁾.

3.2 EL DUELO

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida^(7, 8). En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución.

Un punto de referencia de un duelo acabado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos⁽⁹⁾.

Existe variación de acuerdo a diversos autores sobre las etapas que conforman el duelo, en este trabajo se describen las etapas formuladas según Elizabeth Kübler Ross^(10, 11), siendo las siguientes:

- Negación. La persona niega la realidad de la pérdida o se resiste a tomar conciencia de la realidad, existe también miedo por no saber que es lo que va a pasar y

por consiguiente un aislamiento al pensar que nuestro problema es mayor al de los demás.

- Rabia. Existen sentimientos de ira, resentimiento, odio y envidia, además de que se formulan los cuestionamientos ¿por qué yo? ¿Qué he hecho para merecer esto?.
- Negociación. Se inicia un proceso de aceptación. La persona está consciente de la pérdida y realiza una negociación con quien cree que puede darle soluciones: médicos, Dios, recursos alternativos, etc., porque la pérdida se le hace insoportable.
- Depresión. Existen dos formas, la reactiva y la anticipatoria. La primera se manifiesta con una tristeza enorme reaccionando a las pérdidas que voy enfrentando por lo cual hay una pérdida del rol social. La segunda la vive solamente la persona que presenta la pérdida y es aquí donde se prepara para lo que viene.
- Aceptación. La persona asume que la pérdida se ha producido. Esta etapa se compone de varias fases, en las cuales podemos distinguir:

1. La persona entiende la "pérdida" y acepta la realidad, tal y como "ahora" es.

2. Deja de culpabilizarse y buscar culpables en quien vengarse.
3. Realiza un análisis positivo de las vivencias que se han tenido anteriormente.

Independientemente de las etapas por las que pase una persona ante el duelo cabe destacar que hay diversos tipos de duelo^(12,13,14) planteados a continuación:

- El duelo normal: abarca sentimientos y conductas que son normales después de una pérdida por extrañas que sean sus manifestaciones.
- El duelo patológico: es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia la recuperación.
- El duelo anticipado: comienza tiempo antes de la muerte. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar.
- El duelo inhibido o negado: se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida.

3.3 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El profesional de enfermería tiene como objeto de estudio el cuidado, el cual debe brindarse de manera integral y holística. La enfermera es el profesional más preparado para hacer de intermediaria del paciente, debe conocer su situación familiar y sus deseos, también debe velar por el cumplimiento de las voluntades anticipadas del paciente⁽¹⁵⁾.

Cuidar es realizar un conjunto de acciones que aportan a todos los usuarios los elementos psicológicos, físicos, espirituales y emocionales necesarios para mejorar su estado de salud al mayor grado de bienestar posible o soportar la evolución de su enfermedad aunque esta no tenga el mejor pronóstico⁽¹⁶⁾.

Para la enfermera mantener la vida es realizar un conjunto de diferentes actividades vitales tales como⁽¹⁷⁾:

- Mantenimiento de un entorno seguro.
- Comunicación.
- Respiración.
- Alimentación.
- Eliminación.
- Actividad y ejercicio.
- Higiene y vestido.

- Temperatura corporal.
- Posturas y movilidad.
- Trabajo y actividades recreativas.
- Sexualidad.
- Reposo y sueño.
- Atención espiritual.
- Muerte.

Además, se realizan cuidando la individualidad del paciente, incluyendo otros aspectos:

- Cada persona es valiosa en todas y cada una de las etapas de la vida.
- La independencia es lo primordial pero la dependencia no limita la dignidad de cada persona.

Enfermería brinda cuidados en la etapa de la muerte y el duelo de sus familiares, dichos cuidados en la pérdida de la vida, constituyen un campo de estudio y de formación interdisciplinario que requiere ser discutido en forma permanente, ya que continuamente se implementan técnicas y nuevas áreas de abordaje y tratamiento del duelo, buscando cumplir con la responsabilidad de enfermería, la cual es ayudar al enfermo a morir dignamente⁽¹⁸⁾.

La vida-muerte, pérdida-duelo, luto-dolor, tienen significados socioculturales y religiosos que son compartidos en una determinada sociedad, por ello las intervenciones de enfermería en dichos procesos dependen en gran medida de la madurez emocional y la capacidad profesional de la persona. La enfermera debe identificar y conocer las respuestas humanas ante la pérdida, la agonía y la muerte, para así poder atender las necesidades biopsicosociales individuales del paciente, los familiares y acompañantes de manera efectiva⁽¹⁹⁾.

El cuidado otorgado en el proceso del duelo es una responsabilidad muy compleja y trascendente que viven las enfermeras, pues se ponen en juego todas las habilidades necesarias para la atención psicológica y psicosocial ya que se ve afectada su capacidad profesional de manera directa ante la agonía y la muerte.

El personal de enfermería está en contacto diario con situaciones de duelo y muerte en los centros asistenciales, por lo tanto, para poder responder a los miedos, angustia y sufrimiento de los pacientes ante la muerte, es necesario enfrentarse consigo mismo y tener en cuenta la visión holística al realizar esa introspección. Al respecto Kübler

señala que observar la muerte de un ser humano nos hace conscientes de la finitud, de la limitación de nuestra propia vida⁽²⁰⁾.

Enfermería debe enfocarse en la ayuda al individuo ante el dolor de una pérdida significativa, a partir de la valoración de necesidades fisiológicas y psicosociales, así como la planeación de las intervenciones en casos específicos, además de proporcionar los cuidados que requiere el cadáver para su traslado, tomando en cuenta las medidas sanitarias, éticas y legales pertinentes⁽²¹⁾.

Para disminuir el nivel de ansiedad de la familia es necesario despejar sus miedos y dudas sobre la evolución del proceso final, asegurándoles la total disponibilidad del equipo de enfermería en caso de necesidad. Quizás los familiares avisan a las enfermeras por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede ser que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsara a preguntar sobre todo lo que este ocurriendo para comprobar si es normal. La familia siempre recordará estos momentos, de ahí la importancia de una actitud amable por parte del equipo de enfermería^(22,23).

3.4 ACCIONES DE ENFERMERIA HACIA LA FAMILIA DEL ENFERMO TERMINAL

Considerando que la participación de enfermería en relación al duelo debe iniciarse desde el momento en que el paciente está en la fase terminal, se mencionan a continuación las principales acciones que permiten la comunicación entre enfermera y familia.^(24,25, 26,27)

La enfermera debe:

- Mantener informada a la familia de la evolución del paciente.
- Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan aparecer en los familiares, resaltando que han hecho todo lo indispensable en su cuidado.
- Animar a compartir sus emociones.
- Alentar a la familia a expresar su cariño hacia el paciente aun si este se encuentra inconciente.
- Respetar la forma de manifestar los sentimientos independientemente si son apropiados o no.
- Permitir que los familiares participen en el cuidado del enfermo con el fin de que se sientan satisfechos en su labor.

- Comprender y aceptar los signos de demanda o amenaza hacia el personal de enfermería por parte de los familiares, ya que son actitudes que reflejan estrés.
- Recomendar a la familia que muestre prudencia en los comentarios que realice frente al paciente, ya que puede conservar el sentido del oído aun cuando se encuentre inconciente.
- No juzgar al familiar por comentarios o preguntas acerca de la hora de la muerte del enfermo, puesto que no demuestran la espera de la muerte sino los deseos de que el enfermo no sufra más.
- Acercarse constantemente a la familia para ofrecer ayuda cuando así se requiera.

3.5 ACCIONES DE ENFERMERIA HACIA LA FAMILIA DEL PACIENTE FALLECIDO

Una vez que el paciente ha fallecido las acciones de enfermería⁽²⁷⁾ que se proporcionan son las siguientes:

1. Establecer contacto:
 - Presentación con los familiares.
 - Dar el pésame a la familia como muestra de apoyo.
 - Identificar el parentesco con el fallecido.
 - Dirigirse a familiares adultos.
 - En caso de que el familiar sea una persona mayor que se encuentre sola preguntar si necesita algo.
 - Determinar si hay alguien presente que pueda apoyar emocional y físicamente a los familiares (representante religioso, psicólogos, trabajadora social, familiares, amigos, etc.).
 - Al avisar a la familia por vía telefónica no se reporta la muerte, se le dice que el paciente está grave o enfermo para que acuda.
 - Se recomienda al familiar que sea acompañado al hospital con alguien más que lo apoye y que conduzca la persona que este en mejores condiciones.

2. Llegada:

- Arreglar todo lo necesario para la llegada de los familiares.
- Cuidar la apariencia del paciente, dejándolo en las mejores condiciones posibles.
- Informar a la familia constantemente sobre la evolución del paciente.

3. Notificación de la muerte:

- No olvidar que es responsabilidad del médico informar a la familia sobre la muerte del paciente; posee mas autoridad y puede informar sobre dudas y tratamientos realizados. Pero aún así la enfermera debe de acompañarlo.
- Permitir el acceso a la habitación a personas capaces de brindar apoyo psicológico en caso de que el familiar lo desee.
- Informar a la familia los cuidados y tratamientos realizados en el paciente, mencionando el orden en que sucedieron.
- Emplear un lenguaje adecuado y claro.

4. Reacción aflictiva:

- Se informa a la familia que se hizo todo lo posible para una mejor aceptación.
- Es importante reconocer la respuesta ante la pérdida en cada etapa del duelo para brindar un apoyo eficiente y eficaz.
- Propiciar la expresión de emociones y sentimientos (en caso de ser muerte por suicidio alentar a la familia a expresar la causa y no guardarla por vergüenza pues la expresión favorecerá su pronta recuperación, además de que se le brindará la atención adecuada y evitará un proceso de duelo patológico).
- De preferencia no recurrir al uso de tranquilizantes y permitir la evolución natural del proceso de duelo.
- Se debe comprender y no actuar de forma defensiva ante cualquier reacción de enojo e ira por parte de los familiares hacia el personal de salud.
- Se desalienta que los familiares asuman una actitud de culpabilidad.

5. Vista del cuerpo:

- No se debe de referir al difunto como “el cadáver” o “el cuerpo” en presencia de los familiares.
- Reconocer que los familiares al ver el cuerpo se afligirán, por lo tanto se debe prever cualquier situación subsecuente. (Desmayo, vahído, taquicardia, estado de choque, etc.).
- Limpiar el cuerpo de secreciones para la visita de los familiares y así conservar la dignidad de la persona fallecida.
- Retirar de la habitación el exceso del equipo médico, dejar algo para transmitir a los familiares el mensaje de que se realizaron esfuerzos para salvar la vida del paciente.
- El personal debe permanecer fuera de la habitación pero estar disponible para proporcionar apoyo si es necesario.
- Proporcionar el tiempo adecuado a los familiares con el paciente fallecido.

6. Conclusión del proceso:

- Ofrecer información a los familiares acerca de las personas que le auxiliarán sobre sus responsabilidades en la transferencia del cuerpo al servicio médico forense o funeraria y llenar el papeleo necesario.
- Tener disposición para la resolución ante cualquier duda sobre el papeleo.
- Proporcionar información por escrito sobre las reacciones aflictivas y lo que puede presentar y experimentar en cada etapa del proceso del duelo.
- Asegurar que el familiar más allegado al paciente fallecido no se quede solo durante mínimo las primeras 24 a 48 horas después del suceso.
- Acompañar al familiar hacia la puerta.
- Realizar llamadas de seguimiento.

4. OBJETIVO GENERAL

Determinar si el nivel de conocimientos de enfermería sobre el proceso del duelo guarda relación con las acciones que realiza el personal con los familiares del paciente fallecido en el Hospital General de Zamora Mich.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar si el personal de enfermería posee los conocimientos necesarios sobre el proceso de duelo.
- Conocer si el personal de enfermería lleva a la práctica las acciones pertinentes en el proceso de duelo.

6. HIPÓTESIS

Esta investigación es un trabajo de tesis de tipo descriptivo, por lo cual no requiere de elaboración de hipótesis.

7. JUSTIFICACIÓN

Anteriormente los cuidados de enfermería terminaban en el momento que el paciente fallecía y no involucraban a la familia, esto con el transcurso de los años ha ido evolucionando puesto que actualmente el personal de enfermería brinda un cuidado holístico, dando la misma importancia tanto a lo físico como a lo espiritual y emocional, cabe mencionar que aún no se ha logrado unificar este criterio.

En relación a la enfermera existen estudios donde ésta por su relación tanto con el paciente como con sus familiares favorece su participación en el apoyo emocional otorgado, sin embargo en la literatura revisada no encontramos la prevalencia de ésta participación de enfermería, de la misma manera que el nivel de conocimiento relacionado con el tema.

Es factible que el personal de enfermería tenga los conocimientos necesarios para poder intervenir en el proceso de duelo y los lleve a la práctica, siendo esto lo más conveniente. Sin embargo puede tener un gran deseo de participar en este proceso, pero carece de los

conocimientos necesarios para hacerlo, o bien puede tener los conocimientos y no realizarlos.

Es realmente importante participar en este proceso, pues como personal de salud es nuestro propósito el bienestar integral de todo individuo, siendo esta parte emocional o espiritual de gran relevancia y la que muchas veces se hace a un lado creyendo que lo importante es solo la salud física.

El paciente en estado crítico o ya desahuciado merece recibir atención integral de calidad, haciéndose énfasis en el apoyo emocional que debe extenderse a la familia en igual manera.

La familia está en constante observación del trato ofrecido a su enfermo, esta atención de la cual hablamos es muy decisiva, pues influye en gran manera sobre la tranquilidad y la aceptación de la familia sobre el duelo presente o que se aproxima.

Por medio de este estudio podremos identificar los conocimientos presentes en el personal de enfermería sobre el duelo, siendo nuestro propósito establecer si

existe la necesidad de ampliar y profundizar este tema en la educación de los profesionales de enfermería, también pretendemos establecer relación entre los conocimientos y participación del personal en el duelo de los familiares del paciente fallecido ya que esto permite de manera importante amortiguar la angustia, generando con ello que la pérdida sea menos dolorosa puesto que en los familiares quedaría una sensación de confort por la manera en que se trato a su paciente en los últimos momentos de su vida.

8. VARIABLES

8.1 CONCEPTUALIZACIÓN

Nivel de conocimientos en el proceso de duelo: Es la cantidad de información obtenida acerca del conjunto de etapas por las que pasa el individuo ante la pérdida de un ser querido o un objeto, cosa, etc. que es importante en su vida.

Personal de enfermería: Conjunto de personas que se desenvuelven dentro de un mismo ámbito laboral, encaminado al cuidado del enfermo y la prevención de enfermedades.

Participación: Realizar actividades y procedimientos para llegar a un objetivo.

Proceso del duelo: Es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo.

Familiares del paciente fallecido: Personas que tienen una relación sanguínea con la persona que ha fallecido.

8.2 OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	OPERACIONALIZACION	INDICADOR
Formación profesional de enfermería en el proceso del duelo	Para conocer la formación profesional sobre el conjunto de etapas por las que pasa el individuo ante la pérdida de un ser que es importante en su vida se aplica un cuestionario de 35 ítems de preguntas cerradas, de respuestas múltiples con un Alfa de Cronbach de .95, el cual evalúa la información del personal sobre las etapa de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación; así como también los tipos de duelo y las acciones que debe realizar durante dicho proceso.	a. Excelente 29 a 35 b. Bueno 22 a 28 c. Regular 16 a 22 d. Malo 9 a 15 e. Por azar igual o menor a 8

<p>Participación del personal de enfermería en las etapas por las que pasa el individuo ante la pérdida de un ser que es importante en su vida.</p>	<p>Para medir el grado de intervención del personal de enfermería se aplica un cuestionario de 13 ítems de preguntas cerradas, de respuestas múltiples con una Alfa de Cronbach de .98, el cual evalúa las acciones enfocadas hacia el confort físico y emocional, toma compartida de decisiones y comunicación, voluntades anticipadas, información y toma de decisiones, individualización, respeto, dignidad y amabilidad, calidad de los cuidados y apoyo emocional al familiar antes y después de la muerte</p>	<p>a. Excelente b. Bueno c. Regular d. Malo</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

9. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

9.1 UNIVERSO

El universo lo constituyen 87 enfermeras (os) que laboran en el Hospital General de Zamora en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, de los cuales 1 se encuentra becado, 5 están de vacaciones, 6 están de incapacidad y 1 presenta duelo no resultado, por lo cual no se encuentran laborando al momento de realizar las encuestas, quedando un total de 74 enfermeras (os). Además nuestro universo también está constituido por familiares de personas fallecidas en el área hospitalaria.

9.2 POBLACIÓN

- Enfermeras que laboran en el Hospital General de Zamora en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Familiares de pacientes fallecidos en el área hospitalaria.

9.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

9.3.1 UNIDAD DE ANÁLISIS

- Enfermeras de base que laboren actualmente en el Hospital General de Zamora en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Familiares de pacientes fallecidos.

9.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Enfermeras de base que laboren en el Hospital General de Zamora.
- Familiares que tengan pacientes que hayan fallecido en el área hospitalaria.

9.3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras de seguro popular, enfermeras suplentes, pasantes de enfermería y estudiantes de enfermería que laboren en el Hospital General de Zamora.
- Familiares que tengan pacientes que hayan fallecido fuera del área hospitalaria.

9.3.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Aquellas encuestas en las que aun reunidos los criterios de inclusión hayan dejado respuestas incompletas, ilegibles o incoherentes.

9.3.5 TIPO DE MUESTRA

En esta investigación se utilizarán dos tipos de muestra:

- Para el nivel de conocimientos se realiza una muestra probabilística de 69 enfermeras con una confiabilidad del 95.5% y aceptando un error del .5%

- Para evaluar las acciones de enfermería en el proceso del duelo se realiza una muestra no probabilística puesto que no depende de la probabilidad sino del criterio de los investigadores de acuerdo al número de defunciones

9.3.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es de 69 enfermeras de base que laboran en el Hospital General de Zamora en el turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.

9.3.7 CÁLCULO DE LA MUESTRA

De una población total de 74 enfermeras se calcula una muestra probabilística con una probabilidad de obtener una confiabilidad del 95% y aceptando tener un error estándar de .3%

$$\begin{aligned} \text{Fórmula} \quad & \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{N - 1 \times e^2 + Z^2} && \frac{74 \times 3.80 \times .5 \times .5}{73 \times 0.0009 + 3.80 \times} \\ & \frac{70.3}{1.01} = 69.21 = \underline{69 \text{ Enfermeras}} \end{aligned}$$

N= Tamaño de la población

Z= Probabilidad de obtener una confiabilidad del 95% con un valor de 1.95

P= Prevalencia del fenómeno; cuando se desconoce es igual a 0.5

Q= P – 1 igual a 0.5

e= Nivel de error aceptado por el investigador igual a 0.03

De las 74 enfermeras del Hospital General de Zamora serán encuestadas 69.

10. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, no experimental.

11. RECOLECCION DE DATOS

11.1 INSTRUMENTO Y CODIFICACIÓN

Para el estudio presente se utilizarán 2 instrumentos de medición, los mismos que fueron validados tanto en: a) Tipo de contenido, b) Cálculo de aciertos por el azar, c) Confiabilidad del instrumento con la aplicación del alfa de Cronbach que resultó de .95 en la encuesta que evalúa los conocimientos del personal de enfermería, y de .98 en la encuesta que evalúa la participación del personal de enfermería con los familiares del paciente fallecido. Estos instrumentos son de tipo encuesta de aplicación autoadministrable.

El primer instrumento cuenta con 35 ítems de preguntas cerradas.

Se realizó una codificación de las respuestas aplicando la fórmula de Pérez Viniegra, estableciendo 5 categorías: excelente de 29 a 35 respuestas, bueno de 22 a 28 respuestas, regular de 16 a 22 respuestas, malo de 9 a 15 respuestas y por azar menor o igual a 8 respuestas.

El segundo instrumento cuenta con 13 ítems de preguntas cerradas.

Se realizó una codificación de acuerdo a las respuestas positivas y se obtuvieron las categorías de: muy bueno, bueno, regular y malo.

11.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizarán pruebas de tendencia central para variables numéricas y Chi cuadrada para variables categóricas.

12. RESULTADOS

CONOCIMIENTO SOBRE DUELO

TABLA 1.- VALORES PROMEDIO DEL
CONOCIMIENTO SOBRE DUELO

N	Válidos	69
	Perdidos	1
Media		3,77
Mediana		4,00
Moda		4
Desv. típ.		1,165

TABLA 2.- RELACION DE LAS CATEGORIAS DE
CONOCIMIENTO SOBRE DUELO

	Conocimiento sobre duelo
Chi-cuadrado(a)	22,377
G1	4
Sig. asintót.	,000

a 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 13,8. con $p < 0.05$

TABLA 3.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
DUELO

		Frecuen- cia	Porcen- taje	Porcen- taje válido	Porcen- taje acumula- do
Válidos	Excelente	4	5,7	5,8	5,8
	Bueno	6	8,6	8,7	14,5
	Regular	14	20,0	20,3	34,8
	Malo	23	32,9	33,3	68,1
	Azar	22	31,4	31,9	100,0
	Total	69	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,4		
Total		70	100,0		

INTERPRETACION

En el Hospital General de Zamora de acuerdo a las 69 encuestas realizadas al personal de enfermería de distintas categorías podemos observar en la tabla N° 1 una media de 3.77, considerando que el valor aprobatorio es por arriba de 6, con una desviación estándar de 1.165, la mediana es de 2.6 a 4.8, siendo éste el rango en el que se encuentra el 68% de nuestra población y obteniendo una moda de 4. Por lo anterior concluimos que el grado de conocimientos sobre el duelo está dentro de un rango malo.

TABLA N° 4 ACCIONES DE ENFERMERIA

M= Malo B= Bueno

R= Regular MB= Muy bueno

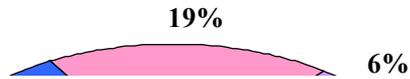
PREGUNTA	M	R	B	M B
1. ¿El personal de enfermería se presentó y mostró una actitud amable hacia el paciente y su familia?	1	14	34	26
2. ¿El personal de enfermería acudía oportunamente al llamado del paciente y familiar cada vez que se le solicitaba?	0	25	34	16
3. ¿El personal de enfermería reconoció el malestar físico del paciente y brindó un nivel de confort deseado?	8	6	47	14
4. ¿El personal de enfermería reconoció el malestar emocional del paciente y brindó el apoyo deseado?	7	16	32	20

5. ¿El personal de enfermería que cuidaba del paciente le informó al paciente y a la familia sobre la enfermedad y las posibles consecuencias de los cuidados en la última semana de vida del paciente y después de su muerte?	6	26	28	15
6. ¿El personal de enfermería se dirigió al paciente y familia en una forma clara al resolver sus dudas?	5	6	34	30
7. ¿El personal de enfermería comunicó y negoció con el paciente los cuidados a realizar formulando planes para que sus preferencias fueran respetadas?	9	8	43	15
8. ¿El personal de enfermería se aseguraba de que los síntomas del paciente eran controlados hasta un nivel aceptable?	1	15	39	20

9. ¿El personal de enfermería ayudaba al paciente a alcanzar su nivel deseado de control sobre su funcionamiento y actividades diarias?	8	18	36	13
10. ¿La atención en general que el paciente y la familia recibieron en la última semana de vida y después de la muerte fue de calidad?	6	7	37	25
11. ¿El personal de enfermería se aseguró de que el paciente moría con dignidad, es decir, moría como el hubiera querido?	0	12	43	20
12. ¿El personal de enfermería le proporcionó el espacio y tiempo necesario para despedirse del paciente en el momento de la muerte?	2	19	32	22

13. ¿El personal de enfermería le informó acerca de los tramites a realizar posteriores a la muerte del paciente?	8	13	40	14
TOTAL	61	185	479	250
Porcentaje	6 %	19 %	49 %	26 %

GRAFICO N° 1 ACCIONES DE ENFERMERIA



INTERPRETACION

De acuerdo a las 75 encuestas aplicadas a los familiares de pacientes fallecidos en el Hospital General de Zamora podemos observar en la tabla N° 4 que el personal de enfermería en su mayoría refleja una actitud amable y buena disposición para realizar las actividades encaminadas al apoyo emocional de los familiares ante el duelo y que solamente una mínima parte del personal no cumple las expectativas deseadas por el familiar.

13. DISCUSION DE RESULTADOS

Para el desarrollo del presente estudio se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura nacional e internacional en reportes de textos teóricos, así como de investigaciones factuales en relación al nivel de conocimientos en Tanatología y acciones del personal de enfermería en el proceso del duelo, sin haber identificado reportes al respecto. Por lo que al contrastar nuestros resultados no encontramos punto de comparación y que evidentemente estos son muy deficientes en relación al conocimiento y a nivel de las acciones de enfermería en el proceso de duelo en el casi 50% de los casos las acciones son buenas, situación que puede explicarse por una actitud humanista que demuestra el ser de la enfermera, no obstante que el saber es deficiente, lo que está en relación a que la cultura en Tanatología por parte de enfermería es relativamente reciente ya que en la formación técnica del personal no se contemplaba esta asignatura, sin embargo como parte integral de la atención de un paciente es el apoyo a el y a su familia con el fin de proporcionar una muerte digna a toda persona que así lo requiera y a la vez no dejar por un lado los sentimientos y emociones de la familia, para evitar un duelo complicado que comprometa

la integridad física, emocional y social de los integrantes de la misma. Es primordial tener en cuenta que como profesionales de la salud siempre vamos a estar en contacto directo con la muerte y que no por ello nos deshumanicemos ante ésta.

14. CONCLUSIONES

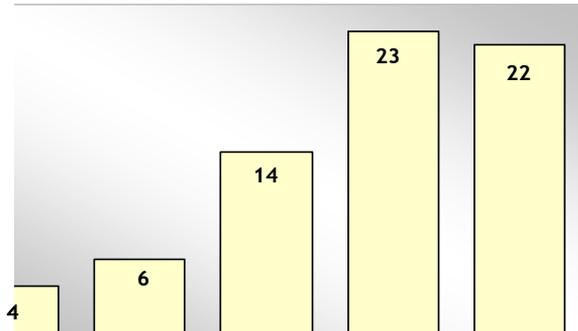
Después de analizar detalladamente los resultados podemos concluir que el personal de enfermería del Hospital General de Zamora, en su mayoría, carece de los conocimientos teóricos básicos sobre el proceso de duelo y sus intervenciones con el familiar del paciente fallecido, pero a pesar de ello muestra una actitud y disponibilidad adecuadas para realizar dichas actividades.

15. SUGERENCIAS

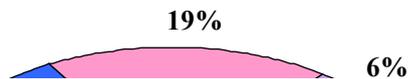
- Que la Tanatología por sus implicaciones forme parte del programa curricular de la Licenciatura de Enfermería.
- En base a la implementación anterior desarrollar evaluaciones que permitan evidenciar el SER del alumno de la licenciatura.
- En relación al hospital sería benéfico para su personal realizar capacitación continua y permanente en Tanatología ya que la respuesta del personal a esta problemática influye directamente en la calidad de atención y satisfacción del usuario lo que repercute en la imagen de la institución.

16. ANEXOS

CONOCIMIENTOS SOBRE DUELO



ACCIONES DE ENFERMERIA



INSTRUMENTOS DE MEDICION

ENCUESTA N° 1

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL PROCESO DEL DUELO Y SUS ACCIONES

Nivel académico:

Lic. En Enfermería () Enfermera Técnica ()

Otro: _____

1. TOTALMENTE EN DESACUERDO
2. EN DESACUERDO
3. NI EN ACUERDO NI EN DESACUERDO
4. DE ACUERDO
5. TOTALMENTE DE ACUERDO

PREGUNTA	N°
1. Considero que en mi preparación profesional adquiriré los conocimientos básicos de Tanatología para brindar cuidado holístico al paciente y familia después de su muerte	
2. Las etapas del duelo llevan una secuencia y un tiempo establecido.	
3. Considero que el duelo anticipado es el que se presenta a partir de la muerte del paciente.	

4. Considero que en el duelo debo usar frases de consuelo tales como: “Señora tranquilícese, deje de llorar”.	
5. Es tarea exclusiva de trabajo social el realizar llamadas de seguimiento.	
6. El duelo inhibido es cuando hay ausencia de la expresión de los sentimientos.	
7. Considero que el duelo es un proceso que se sufre únicamente por la pérdida de una persona allegada.	
8. Creo que la duración del duelo debe ser siempre de un mes.	
9. Según Elizabeth Kübbler Ross las etapas del duelo son: shock, rabia, negociación, depresión, aceptación y resignación.	
10. Algunas de las manifestaciones en el duelo normal pueden ser: el llanto, desmayo, violencia entre otras.	
11. Ante la muerte del paciente debo dar el pésame a la familia.	
12. Debo permitir la entrada de personas que puedan ayudar emocionalmente a los familiares	

13. Creo que es responsabilidad de enfermería acompañar al familiar del paciente fallecido a la puerta de salida.	
14. La responsabilidad de informar a la familia sobre la evolución del paciente es exclusiva del médico.	
15. La etapa final del duelo es la resignación.	
16. Considero que el duelo es una respuesta normal ante la pérdida o muerte.	
17. La depresión según Elizabeth Kübler Ross se presenta en dos formas, la reactiva y la anticipatoria.	
18. Es recomendable dejar todo el equipo médico utilizado en la habitación del paciente como señal de que se le brindó la atención requerida.	
19. La etapa de la aceptación es cuando el familiar es capaz de pensar sin dolor en el fallecido.	
20. Los sentimientos de envidia y odio en el familiar reflejan la etapa de rabia ante la muerte.	
21. Pienso que la mejor definición de Tanatología es: “Ciencia que estudia la muerte y la agonía y los fenómenos asociados a ella”.	

22. La familia realiza la negociación exclusivamente con el médico.	
23. La única forma de presentar un duelo patológico es cuando se recurre a conductas desadaptativas.	
24. Es responsabilidad de la enfermera acompañar al médico al notificar la muerte.	
25. Creo que la primera reacción del familiar ante la muerte es siempre la negación.	
26. Al egreso el personal de enfermería debe informar por escrito al familiar las posibles reacciones aflictivas y lo que puede experimentar en cada etapa del proceso de duelo.	
27. Creo que la presencia de enojo y envidia en el familiar traducen la negación ante la muerte.	
28. La etapa de la depresión puede o no presentarse durante el proceso de duelo.	
29. Es responsabilidad de enfermería resolver cualquier duda sobre el papeleo correspondiente a la defunción.	
30. Al llegar a la etapa de la negociación ya existe conciencia de la pérdida.	

31. La manera correcta de referirme hacia el paciente fallecido ante sus familiares es “el cuerpo o cadáver”.	
32. La primera opción para controlar la reacción aflictiva del familiar es recurrir a los tranquilizantes	
33. Cuando la persona deja de culpabilizarse y buscar culpables se encuentra en la etapa de negociación.	
34. Al informar a la familia los cuidados y tratamiento realizados al paciente es fundamental decir el orden en que sucedieron.	
35. El duelo finaliza cuando el cuerpo es sepultado.	

¡GRACIAS!

ENCUESTA N° 2

**ACCIONES DE ENFERMERIA EN EL PROCESO
DE DUELO CON LOS FAMILIARES DEL
PACIENTE FALLECIDO**

- 1) NUNCA 3) A MENUDO
2) A VECES 4) SIEMPRE

PREGUNTA	N°
1. ¿El personal de enfermería se presentó y mostró una actitud amable hacia el paciente y su familia?	
2. ¿El personal de enfermería acudía oportunamente al llamado del paciente y familiar cada vez que se le solicitaba?	
3. ¿El personal de enfermería reconoció el malestar físico del paciente y brindó un nivel de confort deseado?	
4. ¿El personal de enfermería reconoció el malestar emocional del paciente y brindó el apoyo deseado?	
5. ¿El personal de enfermería que cuidaba del paciente le informó al paciente y la familia	

sobre la enfermedad y las posibles consecuencias de los cuidados en la última semana de vida del paciente y después de su muerte?	
6. ¿El personal de enfermería se dirigió al paciente y familia en una forma clara al resolver sus dudas?	
7. ¿El personal de enfermería comunicó y negoció con el paciente los cuidados a realizar formulando planes para que sus preferencias fueran respetadas?	
8. ¿El personal de enfermería se aseguraba de que los síntomas del paciente eran controlados hasta un nivel aceptable?	
9. ¿El personal de enfermería ayudaba al paciente a alcanzar su nivel deseado de control sobre su funcionamiento y actividades diarias?	
10. ¿La atención en general que el paciente y la familia recibieron en la última semana de vida y después de la muerte fue de calidad?	
11. ¿El personal de enfermería se aseguró de que el paciente moría con dignidad, es decir,	

moría como el hubiera querido?	
12. ¿El personal de enfermería le proporcionó el espacio y tiempo necesario para despedirse del paciente en el momento de la muerte?	
13. ¿El personal de enfermería le informó acerca de los tramites a realizar posteriores a la muerte del paciente?	

GRACIAS, LA INFORMACION AQUÍ OBTENIDA ES
TOTALMENTE CONFIDENCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

La presente investigación es conducida por Juana de la Esperanza Magaña Hernández y Laura Viridiana Zamora González, de la Escuela de Enfermería de Zamora.

FORMATO

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: Identificar si el personal de enfermería de la institución hospitalaria brinda una atención de calidad a los familiares del paciente fallecido.

Me han indicado también que tendré que responder a preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 5 a 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto.

Firma del Participante

Fecha

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD
Septiembre 2008	<ul style="list-style-type: none">▫ Determinación del problema de investigación.▫ Elaboración de la introducción.
Octubre Noviembre 2008	<ul style="list-style-type: none">▫ Selección de los elementos necesarios al Marco teórico.▫ Documentación bibliográfica.
Diciembre 2008	<ul style="list-style-type: none">▫ Elaboración del Marco teórico.
Enero 2009	<ul style="list-style-type: none">▫ Determinación de preguntas de investigación.
Febrero Marzo 2009	<ul style="list-style-type: none">▫ Elaboración de la justificación.▫ Formulación de los objetivos (general y específicos).
Abril 2009	<ul style="list-style-type: none">▫ Definición conceptual y operacional de variables.
Mayo 2009	<ul style="list-style-type: none">▫ Formulación de tipo de investigación y diseño, unidades de estudio (sujetos, criterio de selección de la muestra y muestra definitiva).

FECHA	ACTIVIDAD
Junio 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Presentación del protocolo de tesis.
Agosto Septiembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración de instrumentos de medición.
Octubre - Diciembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Aplicación de prueba piloto. ▫ Validación de instrumentos.
Marzo 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Aplicación de los instrumentos (recolección de información).
Abril Mayo 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Procesamiento de información. ▫ Resultados.
Junio 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración de conclusiones y sugerencias. ▫ Elaboración de agradecimientos y dedicatorias.
Julio 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración de borrador final de la tesis.
Agosto - Octubre 2010	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Corrección de señalamientos. ▫ Entrega de la versión final de la Tesis.

CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicitará la participación del personal de enfermería y familiares de pacientes fallecidos en el estudio, previo consentimiento informando en relación a las expectativas del mismo, y la seguridad de estricta confidencialidad de los datos expresados.

Previa realización del protocolo de investigación se solicitó la aprobación de la comisión ética y de investigación del Hospital General de Zamora Michoacán.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (1984) con última reforma publicada 12/01/2006, el presente estudio se apego a lo que establece el:

TITULO PRIMERO

ARTÍCULO 2º

Apartado II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

Apartado V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

Apartado VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

Apartado VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

ARTICULO 3º

Apartado IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud.

Ya que se investiga la atención brindada por parte del personal de enfermería a los familiares del paciente fallecido.

TITULO CUARTO, CAPITULO III

ARTÍCULO 90

Apartado IV. Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal de enfermería del Hospital General de Zamora Michoacán.

TITULO OCTAVO BIS, CAPÍTULO I

ARTÍCULO 166 BIS

Apartado I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello.

Apartado II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación Terminal.

Apartado III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento.

Apartado IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo.

Apartado V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos.

Apartado VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

CAPÍTULO II

ARTÍCULO 166 BIS 3

Apartado I. Recibir atención médica integral.

Apartado II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica.

Apartado III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables.

Apartado IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida.

Apartado V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca.

Apartado X. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.

Apartado XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza.

Se apega a este artículo puesto que la atención que se brinda por parte del personal de enfermería durante el proceso de duelo debe ser la misma sin distinción alguna.

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964) en el cual el principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.



Escuela de Enfermería de Zamora, A. C.

Incorporada a la U N A M

Martínez de Navarrete 611 Tel 51- 2-07-60 Zamora Mich.

CLAVE 9723

La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723 autoriza impresión de tesis a la c.

1. MAGAÑA HERNANDEZ JUANA DE LA ESPERANZA
2. ZAMORA GONZALEZ LAURA VIRIDIANA

“CONOCIMIENTOS Y ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE DUELO EN EL HOSPITAL GNERAL DE ZAMORA MICHOACAN”

Se extiende la presente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convenga, en la ciudad de Zamora, Michoacán el 28 de octubre del 2010

ATENTAMENTE

Ignacia Escalera Mora
Directora

17. BIBLIOGRAFIAS

1. Sánchez C. Conocimiento Tanatológico y la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería 2008 16(5): 227 - 229
2. Bravo M. ¿Cómo Afrontar La Pérdida De Un Ser Querido? Revista Digital Universitaria 2007; 8(1): 2-12
Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.8/num1/art06/int6.htm>
3. Marqués S. Cuando hablamos de la muerte. Revista Rol de Enfermería. 1998; 21(243): 65-68.
4. Kübbler E. Sobre la Muerte y los Moribundos; 5^{ta} Ed. España: Random House Mondadori Debolsillo; 2006. p.240-242.
5. Tinajero T. ¿ Que es la tanatología?. Enlace, Expresiones de la Sociedad Civil. p.23
Disponible en: http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev2/revista1_tema8.pdf
6. Bravo M. ¿Qué es La Tanatología? Revista Digital Universitaria 2006; 7(8): 1-5
Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/art62.htm>

7. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica; 4^{ta} Ed. México: McGRAW-HILL/Interamericana; 1994. p.874-880.
8. Fernández AR. El Sentir Enfermero ante la Muerte de un Ser Querido. Investigación y Educación en Enfermería. 2010; 28(2): 268-271.
Disponible en:[http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view File/6397/5886](http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/File/6397/5886)
9. Kozier B. Fundamentos de enfermería. 3^{ra} Ed. México: McGRAW-HILL/Interamericana; 1994. p. 242-254.
10. Kübbler E, Kessler D. Sobre el Duelo y el Dolor. 1^{ra} Ed. España: Luciérnaga; 2006. p.45-60.
11. Lara RI. Enfermería ante las Necesidades del Paciente en Fase Terminal. Desarrollo Científico Enfermero 2008; 16(7): 317-321
12. Dávalos S, Meza E, Castillo S, Silva L. El Proceso del Duelo: Un Mecanismo Humano para el Manejo de las Pérdidas Emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(1): 28-31.
13. Richard N. Presentación del Protocolo de Duelo. Revista de la Asociación Española de Enfermería Clínica, Especialista Clínico y Consultor Clínico 1998; 7(1): 9-12.

14. Reynaga L. Etapas del Duelo. Desarrollo Científico de Enfermería 1997; 15(3)
15. León FJ. Enfermería y Paciente Terminal: Aspectos Bioéticos. Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2008; 5(4): 40-44
16. López C. Cuidados Enfermeros; 1^{ra} Ed. México: Masson; 2005. p.1-18.
17. Vargas ER, Pacheco A. Percepción de Enfermería en Torno a la Muerte de Pacientes en Etapa Terminal. Revista de Enfermería del IMSS 2008; 16(1): 37-44
18. Gil JB, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación diagnóstica y tratamiento. Psicooncología 2008; 5 (1): 103-116.
19. Brito R, Rodríguez M, García AM. Duelo. Experiencia humana inigualable. Revista de la sociedad Española e Internacional de Tanatología. 2004 (4): 3-5
Disponibile en: <http://tanatologia.org/seit/tanatos-revista4.pdf>
20. Carmona Z, Bracho C. La Muerte, El Duelo y El equipo de Salud. Revista de Salud Pública 2008. 2(2): 14-21
Disponibile en: <http://www.docstoc.com/docs/26180709/LA-MUERTE-EL-DUELO-Y-EL-EQUIPO-DE-SALUD>

21. Hernández M. Duelo y Muerte: Una Confrontación Durante la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2008; 16(2): 80-83.
22. Calderon M, Pazitková T, Naranjo I. Presencia de la bioética en los cuidados paliativos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2010; 26(2)
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252010000200013 &script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252010000200013&script=sci_arttext)
23. Saunders. Intervenciones para los allegados de las víctimas de muerte súbita inesperada. *Cuidados de enfermería*. 2000; 2:1915-1916.
24. Rosales S, Reyes E. *Fundamentos de Enfermería*; 3^{ra} Ed. México: Manual Moderno; 2004. p. 515-518.
25. García-Caro M.; “Influencia de las Emociones en el Juicio de los Profesionales de la Salud a Propósito del Diagnóstico de Enfermedad Terminal”. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2010; 10(1): 57-73.
26. García AM. Síntomas de Duelo. *Revista de la sociedad Española e Internacional de tanatología* 2004;(1): 18-22
Disponible en: <http://tanatologia.org/seit/tanatos-revista1.pdf>

27. Gómez JA. La familia y la enfermedad en fase Terminal

Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/07.htm>

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/06.htm>

<http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/05.htm>