

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

*Tesina para optar por el grado de Bachillerato*

**HUMANIZACIÓN DEL PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA HACIA EL USUARIO Y  
FAMILIA EN RELACIÓN A LAS  
SITUACIONES DE DUELO EN LOS  
SERVICIOS DE EMERGENCIAS,  
HOSPITAL CLASE A, FEBRERO-ABRIL  
2017**

**MONICA CAMACHO CALVO  
MARLEN HERNANDEZ MIRANDA  
JALIMA RUIZ LEIVA**

Abril, 2017

# TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	4
AGRADECIMIENTO.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT .....	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1.1    Antecedentes del Problema .....	11
1.1.2    Delimitación del Problema.....	14
1.1.3    Justificación.....	15
1.2    REDACCION DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACION ...	16
1.3    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	16
OBJETIVO GENERAL .....	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	16
1.4    ALCANCES Y LIMITACIONES.....	16
1.4.1    Alcances .....	16
1.4.2    Limitaciones.....	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO .....	18
2.1 MARCO TEORICO.....	19
Conceptos Básicos.....	19
ENFERMERÍA Y SU ROL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS .....	21
CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA .....	23
HUMANIZACIÓN .....	29
HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA .....	31
MUERTE Y AMPUTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS .....	37
ATENCIÓN HUMANIZADA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL USUARIO ANTE UNA SITUACION DE AMPUTACIÓN .....	38
ATENCIÓN HUMANIZADA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA FAMILIA ANTE UNA SITUACION DE MUERTE.....	39
SITUACIONES DE DUELO.....	40
MANIFESTACIONES / REACCIONES DE LAS SITUACIONES DE DUELO.....	48

2.1.1 Teorizante de Enfermería.....	50
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO .....	63
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.....	64
3.2 TIPO DE INVESTIGACION.....	64
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	64
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACION .....	65
3.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	66
CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS.....	69
4.1 Generalidades .....	70
4.2 Especificidades para trabajos cualitativos .....	70
4.3 Figura .....	72
CAPITULO V: DISCUSION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS .....	73
5.1 DISCUSION E INTERPRETACION O EXPLICACION DE LOS RESULTADOS .....	74
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	76
6.1 CONCLUSIONES .....	77
6.2 RECOMENDACIONES .....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	80
GLOSARIO.....	88
ANEXOS.....	89

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios***

*Por permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi vida, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, además por darme fortaleza a lo largo de este camino.*

### ***A mi familia***

*A mis padres por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por haberme formado como la persona que soy hoy en día, por sus buenos consejos. Gracias a mi Padre por darme una carrera para mi futuro.*

*A mi Hijo Kamil que es mi motivo de vida, que vino a iluminar mi vida, mi motivo para salir adelante y esforzarme por ser una excelente profesional.*

*De igual forma dedico esta tesina a mi Abuela María que es como mi otra madre, por apoyarme todos los días de mi vida, por darme tantos consejos que me han ayudado a ser mejor persona cada día, por su cariño y amor.*

*A mis hermanas que siempre han estado a mi lado dándome su apoyo y todos mis familiares que de alguna manera me apoyaron y me aconsejaron.*

### ***A mi profesora***

*A mí Profesora Susana por su dedicación y paciencia, por todos sus buenos consejos, por motivarme a realizar las cosas cada día mejor, por confiar en mí, por enseñarme como ser una excelente profesional así como ella lo es.*

### ***A mis amigos***

*A mis amigas y compañeras Jalima y Stephanie por su apoyo, por escucharme y aconsejarme, por apoyarnos mutuamente a lo largo de la carrera, y a Jalima por ayudarme a realizar esta tesina de la mejor manera.*

*A mis demás amigos que siempre se han preocupado por mí, por mi carrera y mi bienestar.*

***Mónica Camacho Calvo***

## **DEDICATORIA**

*Agradezco infinitamente a Dios por permitirme llegar a este nivel de formación académica y darme la fuerza para seguir adelante a pesar de las adversidades y obstáculos que se presentaron a lo largo del camino.*

*A mi madre que siempre ha sido todo un ejemplo de esfuerzo y superación, y es quien contantemente me motiva a seguir a delante y a no ser conformista en la vida porque siempre me insta a ser perseverante.*

*A mi tío que ha sido todo gran apoyo a lo largo de todas las etapas de mi vida y que a ocupa un lugar muy especial en mi corazón.*

*A mi esposo porque que ha sido mi gran compañero de viaje, un gran amigo y consejero en toda esta aventura donde hemos cursado por momentos tanto buenos como difíciles y que siempre me ha dado todo su apoyado en las dediciones que he tomado.*

*A mi abuela y mi tía que han sido como unas segundas madres para mí porque siempre han estado a mi lado para festejar mis triunfos y en los derritas brindarme todo el cariño y apoyo para levantarme de nuevo para seguir adelante.*

*A toda mi familia que siempre de una u otra manera me han apoyado y me demuestran su cariño y apoyo constante.*

*A los profesores que fueron los pilares fundamentales en mi formación académica y un gran aporte para mi formación personal.*

*El camino no ha sido sencillo, pero gracias a sus aportes, amor y apoyo, lo difícil de lograr esta meta ha sido superable; les agradezco y hago presente mi gran cariño hacia ustedes, mi familia.*

**Marlen Hernández Miranda**

## **DEDICATORIA**

### ***A Dios***

*Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en casa paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haberme puesto en mí camino fe y perseverancia para llegar hasta aquí.*

### ***A mi Familia***

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

*A mis hermanas y hermano que están ahí para darme consejos de vida, por ser parte de mis loqueras de enfermera personal en casa (risas). Por ayudarme a tomar las mejores decisiones de vida.*

*A Andrés que ha sido INCONDICIONAL a lo largo de 7 años. Por apoyarme en cada una de mis decisiones, de aconsejarme para hacer lo mejor y de recordarme el camino cuando he creído que ya no doy más. Gracias por darme demasiado.*

### ***A mis Amigos***

*A mi mejor amiga Marissa, que ha estado ahí siempre para apoyarme, por ser la persona que escucha y da los consejos más sinceros. Gracias por estar pendiente de mis cosas, por esa ayuda desinteresada, por ser mi hermana de corazón. Eres la mejor Tita.*

*A mis amigas de universidad Kelly, Andrea, Stephanie que me han acompañado en esta aventura universitaria en diferentes momentos pero todos inolvidables.*

*A Mónica por ser sincera, por escucharme, por hacerme pasar momentos inolvidables en la universidad, por llenar mi vida de momentos divertidos y únicos. Gracias por tanto esfuerzo para este trabajo.*

### ***A mis Profesores***

*Finalmente a mis profesores, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario, por ser pilares importantes en este proceso de formación. Gracias por transmitir los mejor de ustedes.*

*A mi profesora Susana, por estar al final de este camino y terminar de enseñarnos tanto de Enfermería en poco tiempo. Por su tiempo y dedicación en cada día que nos vimos y gracias por enseñarme a ser una excelente profesional, así como lo es usted.*

***Jalima Ruiz Leiva***

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradecemos a Dios por permitirnos concluir con éxito esta primera etapa de nuestra carrera profesional; por acompañarnos a lo largo de este camino, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizaje y sobretodo satisfacción personal.*

*Agradecemos al servicio de emergencias y todos los que forman parte de este, ya que fueron un pilar fundamental en el desarrollo de esta práctica, desde el personal de limpieza, los asistentes de pacientes, auxiliares de enfermería, personal de laboratorio y los médicos en sus diferentes áreas, quienes cada día nos hicieron sentir parte del personal.*

*A Didier, Angie y Marvin, Jefes de unidad del servicio por la confianza, apoyo y dedicación.*

*A Boris jefe del área del servicio de emergencias por su apertura hacia los estudiantes.*

*A nuestra profesora Susana, que nos recibió de la manera más cordial en un servicio de gran tránsito y afluencia de personas, donde nos enseñó que no importa la cantidad de trabajo que haya sino siempre estar enfocados en la humanización hacia el usuario y familia, el cumplimiento de objetivos del curso, técnicas asépticas correctas a pesar de la rapidez con que hay que actuar y siempre manteniendo un clima laboral agradable donde haya un buen trabajo en equipo equitativo. Es una persona que posee un liderazgo carismático siendo una líder referente hacia otros colaboradores y hacia nosotras misma.*

*Agradecemos también a todos los profesores que a lo largo de nuestra carrera fueron parte importante de este proceso de formación de profesionales de enfermería.*

## RESUMEN

**Introducción:** La humanización del profesional de enfermería en las situaciones de duelo, ya sea muerte o amputación, es un pilar importante en la labor diaria que se realiza en los servicios de emergencias donde existe un contacto directo con el usuario y la familia. Hace muchos años era una debilidad por parte del profesional de enfermería ya que únicamente se enfocaba en la aplicación de conocimientos, hoy en día los profesionales en el área reciben una formación académica con enfoque humanístico hacia un abordaje holístico del usuario y familia. **Objetivo general:** el objetivo de esta investigación es determinar la humanización del profesional de enfermería hacia el usuario y familia en situaciones de duelo de muerte y amputación en los servicios de emergencias. **Metodología:** revisiones bibliográficas relacionadas con la humanización del profesional de enfermería en los servicios de emergencia que tienen frente al paciente y su familia en situaciones de duelo (muerte y amputación). Además se complementa la investigación con un estudio observacional realizado hacia los profesionales de enfermería de un servicio de emergencias. **Resultados:** actualmente el profesional de enfermería aplica de manera satisfactoria el trato humanizado hacia el usuario y la familia sin dejar de lado los conocimientos adquiridos y el criterio científico de algunos procesos. **Conclusiones:** es vital para los usuarios y familia el trato humanizado y la comunicación asertiva de parte del profesional de enfermería ante las situaciones de duelo como muerte y amputación. Las situaciones de duelo son un proceso inevitable en el ciclo de la vida de los seres humanos, lo fundamental de esto es poder ayudar a iniciar el proceso de duelo mediante la intervención de enfermería. El profesional de enfermería debe de saber cómo actuar ante estas situaciones mediante un trato humanizado de manera individual para cada usuario o para cada familia.

**Palabras claves:** Humanización, Familia, Usuario, Servicios de Emergencias, Profesional de Enfermería, Duelo, Amputación.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The humanization of the nursing professional in situations of mourning, like death or amputation, is an important pillar in the daily work done in emergency services where there is a direct contact with the service patient and the family. Some years ago this feeling was considered as a professional weakness since the nursing role was only focus on the knowledge execution, today nursing academic development includes a holistic approach that take into account how to deal with the patient and the family. **General Objective:** This research looks to determine the humanization from nursing professional to the service patient and the family, during mourning and service amputation situations. **Methodology:** Biographical reviews related to nursing professional humanization on emergency services during situations that involved the patient and the family (mourning and amputation). Also research with an observational study carried out towards the nursing professionals of an emergency service was included. **Results:** Actually the nursing professional applies the humanized relationships to the patient and the family, successfully taking into account the knowledge and scientific criteria learned during the academic development. **Conclusions:** The humanized approach and assertive communication from the nursing professional to patient and family is vital during mourning and amputation situations. The mourning is an inescapable process in human being life cycle, it is fundamental to be able to help to initiate the process through nursing intervention. The nursing professional should know how to manage these situations through an individual and humanized approach to each family member or to each family.

**Key Words:** Humanization, Family, Patient, Emergency Services, Nursing Professional, Mourning, Amputation.

## **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION**

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 Antecedentes del Problema**

Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, usuarios y familiares de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios de salud, tal y como lo plantean las diferentes normativas y documentos. La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.

La historia de la humanización se enmarca alrededor del proceso histórico de las distintas civilizaciones, desde la prehistoria con los cuidados de la supervivencia, hasta nuestros días, pasando por todas las culturas antiguas hasta llegar a la contemporánea. En todo este largo proceso existe algo en común que es cuidar, evitar el sufrimiento y ayudar a morir a cualquier persona.

Desde los orígenes de la Enfermería el cuidado ha sido considerado como el ser y la esencia de la profesión, a través de la evolución de la misma se ha observado el interés por profundizar en las dimensiones del cuidado siendo una de ellas la humanística que se basa y hace evidente en la relación interpersonal que establece la Enfermera con el sujeto de cuidado.<sup>47</sup>

La esencia de la enfermería es el cuidado, diferentes teorizantes promueven el cuidado humanizado donde se va a desarrollar y aplicar el quehacer de la enfermera hacia los usuarios y sus familiares.

Es importante mencionar que la problemática que nos embarga hoy en día es la falta de humanización en el área de salud por parte de los gestores de las mismas. Enfermería es la profesión donde hay un contacto directo hacia el usuario y su familia, es aquí donde se vuelve un pilar importante en la recuperación del mismo o en la pérdida de un miembro o la pérdida de una persona para los familiares.

La humanización hace referencia al abordaje holístico que merece cada persona que llega enferma a un centro de salud o sus familiares que forman parte de esta, y viene siendo una problemática a nivel nacional e internacional donde se toma a los usuarios y sus familias como un objeto más, ya sea por el exceso de trabajo que presenta el personal de enfermería o por la falta de empatía y conocimientos hacia el manejo de situaciones de duelo.

De esta manera se identifican los problemas de la investigación como la falta de conocimiento para abordar situaciones de duelo ya sea en el caso de amputaciones así como el de muerte, otro punto importante es la empatía que tiene el profesional de enfermería al enfrentarse a estas situaciones, es importante recordar que en algún momento puede ser un familiar el que este en un hospital, y el buen trato humanizado hace la diferencia ante cualquier situación.

A nivel internacional, México existe poca humanización de parte del personal de enfermería debido a:

“La transmisión del conocimiento de enfermería, en muchos de los casos se enfatiza en la adquisición de conocimientos teóricos, que el alumno plasma en apuntes y que el estudiante memoriza a fin de aprobar un examen o bien el desarrollo de prácticas en laboratorio,

donde el propósito central es el desarrollo de la habilidad técnica y se asigna poca importancia a la comunicación con los pacientes.”<sup>1</sup>

En El Salvador se menciona que el cuidado humanizado se dificulta por diversas razones:

“Humanizar el cuidado que brinda el personal de enfermería es un reto en la actualidad debido a factores políticos, tecnológicos, sociales y culturales. Se debe recalcar que el gobierno juega un papel importante en este ámbito, ya que en ocasiones se deja de lado los recursos que se necesitan para brindar un mejor cuidado al usuario.”<sup>2</sup>

En Chile, en el servicio de emergencias de un hospital se llevó a cabo un estudio cualitativo donde se refleja que la humanización del profesional de enfermería en ocasiones es difícil porque se trata de conservar la vida humana:

“Las dificultades experimentadas por las personas en los servicios de urgencias están vinculadas con que la prioridad de los profesionales se centra en los aspectos biológicos y técnicos para la conservación de la vida”.<sup>48</sup>

El trato humanizado se vuelve difícil ya que en diferentes países se presentan diversas inquietudes, pero se llega lo mismo, se olvida humanizar los tratos que se le dan a los usuarios mientras están hospitalizados más cuando se presentan situaciones de duelo, ya sea pérdida de un ser querido o amputación de algún miembro.

La enfermera no debe limitarse solamente a prestar los cuidados de rutina (baño diario, alimentación asistida, administración de medicamentos, curaciones, entre otros). Ya que debe incluir aportes que brinden un enfoque psicológico, con la finalidad de ayudar al usuario a que encuentre un significado a su vida y enfermedad, entendiéndolo de una mejor manera posible.

Incluso la humanización debe de ser evidenciada a los familiares que están por perder algún usuario que se encuentre hospitalizado, el abordaje que reciba la familia no solo es vital durante la situación de duelo que van a vivir sino que es la clave la mayoría de las veces para que los familiares puedan enfrentar este duelo de la mejor manera.

A nivel nacional, el profesional de enfermería tiene muchas demandas legales por incumplimiento de sus funciones, pero no así por la falta de humanización en las situaciones de duelo que presentan los usuarios ya sea en amputación o a los familiares en el caso de pérdida de un ser querido en un centro hospitalario. Se evidencia el gran cambio que ha ocurrido a lo largo de los años con respecto a las nuevas generaciones que van ingresando a centros de salud, el trato humanizado es un pilar de cada hospital clase A en Costa Rica, donde solo los profesionales en enfermería veteranos conservan ciertas conductas duras hacia los usuarios, ahora se busca un abordaje integral tanto para el usuario como para su familia.

Los hospitales clase A buscan profesionales en enfermería que cumplan no solo con los conocimientos óptimos para desempeñar su puesto sino con esa parte humana que tanto hace falta.

### **1.1.2 Delimitación del Problema**

**Delimitación Demográfica:** profesional de enfermería, usuarios y familia en situaciones de duelo como muerte y amputación.

**Delimitación Temporal:** periodo Febrero-Abril, 2017.

**Delimitación Geográfica:** Servicios de Emergencia, Hospital Clase A.

### **1.1.3 Justificación**

La labor de enfermería es asegurar el bienestar del individuo, buscando el mantenimiento de la salud del usuario, pero cuando los esfuerzos por mantener la salud, igual se debe de seguir pendientes del usuario y de su familia, a estas situaciones se les llama de duelo ya sea por la pérdida del usuario o por la amputación de algún miembro al usuario. Para esto se necesita un soporte emocional necesario para fortalecer las acciones más indicadas que demuestren al familiar y al usuario cuan involucrados están los profesionales en enfermería con sus sentimientos, un soporte que les permita manifestar sus emociones de tristeza, preocupación e impotencia pero que la vez les permita demostrar la capacidad profesional y humana que posee el profesional como tal. Por esto el presente trabajo es importante porque permitirá saber que experiencias tuvimos, como demostramos nuestro cuidado humano y que podríamos mejorar para brindar un cuidado de enfermería digno al usuario y su familia en situaciones de duelo ya sea de pérdida o de amputación, tanto en el aspecto de apoyo espiritual, humano y atención profesional, que nos permita explorar nuestros sentimientos para que estas situaciones no se conviertan en acciones rutinarias o alejamiento del usuario como forma de evitar sentimientos dolorosos.

En este estudio bibliográfico se verán beneficiados los profesionales de enfermería de un servicio de emergencias de un hospital clase A, ya que en ocasiones debido a la plétora de usuarios del servicio se deja de lado esa parte humana que se debe de tener, por otra parte también los usuarios y sus familias serán beneficiados ya que recibirán un trato humanizado de aquellos profesionales de enfermería que no han profundizado en este tema de la humanización en las situaciones de duelo, ya que estas se presentan día a día en un servicio de emergencias.

## **1.2 REDACCION DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la humanización del profesional de Enfermería hacia el usuario y familia en relación a las situaciones de duelo en los servicios de emergencias, Hospital clase A, Febrero-Abril 2017?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la humanización del profesional de Enfermería hacia el usuario y familia en relación a las situaciones de duelo en los servicios de emergencias, Hospital clase A, Febrero-Abril 2017.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Definir la humanización del profesional de Enfermería hacia el usuario y familia en relación a las situaciones de duelo en los servicios de emergencias, Hospital clase A, Febrero-Abril 2017.

Describir las situaciones de duelo en los servicios de emergencias, Hospital clase A, Febrero-Abril 2017.

## **1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.4.1 Alcances**

Mediante la investigación realizada se lograra definir el concepto de humanización y la importancia del mismo en un servicio de emergencias de un hospital clase A. así mimos

como el desconocimiento de humanización en situaciones de duelo como muerte y amputación del profesional de enfermería.

#### **1.4.2 Limitaciones**

El trabajo realizado no presenta limitaciones, ya que se lleva a cabo mediante revisiones bibliográficas.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

## **2.1 MARCO TEORICO**

### **Conceptos Básicos**

#### **Hospitales Clase A**

Según García<sup>3</sup> los Hospitales Clase A; Provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades.

En este nivel se brindan servicios de apoyo, diagnóstico y tratamiento que requieren de alta tecnología y especialización. Los hospitales que brindan este nivel de atención son los hospitales regionales y los hospitales nacionales generales y especializados.

#### **Emergencia**

Machado<sup>4</sup> define Emergencias como la especialidad médica que estudia los hechos y situaciones patológicas de aparición súbita que ponen en riesgo o comprometen la salud.

Rivas<sup>5</sup> también define la emergencia como aquella situación que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

El tiempo y la toma de decisiones juegan un papel muy importante durante una emergencia ya que esto influye directamente en el pronóstico.

La acción organizada y sistematizada frente a una emergencia, tendrá mayor beneficio, permitiendo valorar de una manera asertiva al usuario. Un manejo desorganizado, transforma la situación, que ya es crítica, en un caos con el perjuicio directo sobre el paciente.

Una emergencia es aquella patología cuya evolución llevaría a la muerte en un tiempo corto inferior una hora.

### **Urgencia**

Rivas<sup>5</sup> menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Según la OMS, urgencia también es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores.

Urgencia es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de 6 horas.

## **ENFERMERÍA Y SU ROL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS**

Los profesionales de enfermería que ejercen sus servicios en urgencias y emergencias proporcionaran cuidados a personas con problemas de salud en situación crítica, de alto riesgo o en fase terminal, a nivel individual o colectivo<sup>7</sup>.

El profesional de enfermería, se destaca por su capacidad para liderar el cuidado directo, inmediato, y mediato al usuario.

Echeverría et al<sup>6</sup>, establece las siguientes funciones y actividades que debe realizar el profesional de enfermería en los servicios de emergencias:

Tener preparados y dispuestos los equipos y medios necesarios en la sala de reanimación o de apoyo vital o área de choque, para la atención del paciente.

Tener material y equipos debidamente esterilizados.

Disponer de materiales y medios para garantizar la permeabilidad de las vías aéreas (mascarillas, sondas de aspiración, cánulas orotraqueales, etc.)

Disponer de loa medios para oxigenación

Tener el material listo para realizar de manera rápida e inmediata la permeabilidad de un acceso venoso.

Mantener una comunicación efectiva con los integrantes de los diversos departamentos que participan en la atención del paciente en el área de urgencias.

Es importante también que el personal de enfermería desarrolle la habilidad de trabajar en equipo, puesto que la atención de un paciente que llega al área de urgencias requiere la intervención de varios profesionistas, siendo el profesional de enfermería quien se encarga de llevar a cabo el enlace y la coordinación con ellos, a fin de brindar una atención integral, confiable y de calidad al usuario que utiliza los servicio<sup>6</sup>.

## **CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Los profesionales de enfermería tienen varias características que hacen que su atención a los usuarios sea de manera correcta e humanizada, las siguientes son algunas de las características:

### **Empatía**

Barrancos et al<sup>7</sup> define empatía como la capacidad de comprender correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, nos aporte que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, y otro en el que le da a entender que la comprende.

Balart<sup>8</sup>, define la empatía como habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y de esta manera poder responder correctamente a sus reacciones emocionales. De acuerdo al modelo, la competencia emocional de empatía se logra cuando combinamos a nivel intelectual la escucha activa, a nivel emocional la comprensión y a nivel conductual la asertividad.

Fernández et al<sup>9</sup> también define la empatía como; la capacidad de comprender lo que puede estar sintiendo la persona con la que nos comunicamos.

La empatía nos permite tener una mayor comunicación con el usuario y así poder atender todas sus necesidades correctamente, y comprenderlo, así el usuario estará satisfecho.

## **Atributos de la empatía.**

Los atributos críticos son las características específicas de un acontecimiento o un hecho específico, también los sentimientos como la empatía tienen atributos críticos a través de ellos podemos identificar un sentimiento o bien diferenciarlo de otros<sup>10</sup>.

Los atributos de la empatía son:

Capacidad para percibir las emociones (capacidad de percepción) e interiorizarlas.

Capacidad de aplicar las emociones para facilitar el pensamiento, el análisis y el conocimiento de los demás.

Capacidad de comprender las emociones, las propias y las de otros.

Capacidad de autocontrol de las emociones.

Capacidad de involucrarse emocionalmente en los sentimientos y acciones de otros.

Capacidad de ser solidario, responder a las necesidades de otros con generosidad, transformando la empatía en acciones encaminadas a mejorar el estado físico o emocional de otros.

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian<sup>18</sup>, quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos.

Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella<sup>11</sup>.

Es importante mencionar que la calidad de servicios, según los enfoques mencionados debe de mantener un equilibrio tanto con el cumplimiento de objetivos como con la percepción del servicio por parte de usuario, de este modo aplicando los diferentes conceptos mencionados (humanización empatía y calidad), el conocimiento y la pericia del profesional en conjunto con el usuario y la familia permitiría dar un servicio de salud adecuado y humanizado donde el usuario puede tener un ambiente más placentero y disminuir los niveles de ansiedad que genera estar hospitalizado .

### **Escucha activa**

“En la comunicación a veces es más importante escuchar que hablar, y escuchar de forma que nuestro interlocutor sienta que le estamos prestando atención y que estamos comprendiendo el mensaje<sup>9</sup>”

Balart<sup>8</sup>, menciona que; La escucha activa es escuchar con atención lo que el otro dice con su comunicación verbal y no verbal, con la mirada, tono de voz, postura, etc. Para que se pueda producir una verdadera escucha activa, es necesario estar en un estado de atención plena o consciente, lo que permite advertir de forma evidente los estímulos que nos llegan del exterior.

El usuario y la familia en situaciones de duelo, necesitan que alguien los escuche de manera que sientan la atención y comprensión por parte del profesional de enfermería y se sientan apoyados.

### **Eficiencia**

Es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios<sup>12</sup>.

En muchas ocasiones el profesional de enfermería no cuenta con los recursos necesarios, sin embargo siempre se logra realizar todas las actividades de la mejor manera posible, atendiendo todas las necesidades del usuario, sin gastar recursos de más.

### **Responsabilidad**

La responsabilidad es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral. Una vez que pasa al plano ético (puesta en práctica), persisten estas cuatro ideas para establecer la magnitud de dichas acciones y afrontarlas de la manera más prepositiva e integral, siempre en pro del mejoramiento personal, laboral, social, cultural y natural<sup>13</sup>.

## **Trabajo en equipo**

Jaramillo<sup>14</sup> define; El trabajo en equipo se refiere a la serie de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas.

El profesional de enfermería que realiza su labor en un servicio de emergencias siempre hace su trabajo en equipo ya que siempre se van a necesitar diferentes profesionales de la salud ya sean médicos, laboratorio, terapia respiratoria y de más profesionales, para lograr una óptima y rápida atención del usuario.

## **Compromiso**

Según Cuéllar et al<sup>15</sup>; este es uno de los valores propios del principio del actuar del enfermero, un actuar basado en la responsabilidad de asumir frente a los hechos o circunstancias en la calidad de cuidado que se ha de proveer acorde con las situaciones halladas en las familias, que implica para el profesional de enfermería dar lo mejor en cada encuentro familiar.

El compromiso en enfermería es un pilar muy importante ya que se tiene la responsabilidad de una vida y una familia, por lo tanto el compromiso de realizar los procedimientos y el cuidado holístico de manera efectiva

## **Vocación**

La vocación se define como aquella tendencia que siente la persona hacia determinadas actividades, personas, objetos o contextos, es una inclinación natural que generalmente se comienza a manifestar desde la niñez. La vocación no se limita a una profesión u ocupación, sino que abarca todos los aspectos de la vida.

La vocación es la esencia de enfermería, ya que cuando hay vocación se brinda una atención humanizada hacia el usuario y su familia, hay interés por el bien de las personas, por la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

## HUMANIZACIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define humanización como “proceso de comunicación y apoyo mutuo ente las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida”<sup>16</sup>.

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización<sup>17</sup>.

La ética como disciplina filosófica es un pilar fundamental en el comportamiento que presente el profesional con el usuario, va a estar reflejado en el comportamiento moral y humano.

La humanización de la salud implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos<sup>18</sup>.

Siempre se debe mantener un equilibrio para lograr cumplir objetivos y metas sin dejar de lado la parte humana y de interés por el bienestar de las otras personas, porque en algunas ocasiones se deja de lado la parte humana para poder cumplir funciones que son asignadas y representan sobre carga de trabajo por lo que el enfoque es solo cumplir con las tarea.

Cuando se habla de humanizar la atención en salud<sup>19</sup>, se hace referencia, en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre; por ello, es necesario conocer el concepto de humanización que tienen los diferentes agentes que participan en el proceso de

asistencia en salud: profesionales, pacientes y familias. Del concepto que cada profesional de la salud tenga acerca de qué y quién es el hombre, depende la manera como se conduzca al brindar la atención.

No siempre se debe de generalizar que todas las personas tienen la misma percepción o concepto de algo ya que de este conocimiento pueden depender la manera en que la persona se desarrolle lo cual puede ser adecuado o no, dependiendo del criterio de cada quien.

La atención humanizada consiste en la acción de promover el crecimiento y la salud, facilitando el bienestar, la dignidad, el respeto, la prevención y extensión de las potencialidades humanas dentro de limitaciones y circunstancias de enfermedad<sup>20</sup>.

En cuanto a los procesos de humanización hay que partir de quiénes son los trabajadores del área de la salud. Es importante recordarles que están llamados a poner todo su conocimiento al servicio de los demás, sin diferencia del nivel en que se encuentren, poniendo en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, sus familias y otros profesionales involucrados en el sistema de salud.

Es muy importante fomentar y recordar estas actitudes, día a día en los profesionales que brindan los servicios porque en algunas ocasiones por la sobre carga de trabajo, situaciones personal y el clima laboral se pierde la claridad de los objetivos, la misión y visión de la empresa.

## **HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

La historia natural de la evolución de la enfermería retoma el concepto del cuidar humano, desde la propia esencia de la necesidad de las personas de procurar sus cuidados para la salud y la vida propia y la de los suyos<sup>21</sup>.

Desde tiempos antiguos la enfermería ha sido vista como el dar cuidado a las personas, siempre con un gran carisma de apoyo emocional, amor y dulzura que poco a poco con el tiempo se fortaleció con el aprendizaje y conocimiento hasta llegar a ser una carrera profesional de suma importancia en el desarrollo de la salud y bienestar de las personas como lo es hoy en día.

La humanización en el cuidado de salud se define como “la esencia de enfermería, promoviendo la salud, apoderamiento y decisiones proactivas dentro de la práctica mediante valores, principios profesionales y personales”<sup>22</sup>.

El cuidado humanizado en enfermería debería tener en cuenta la humanidad de los sujetos que se relacionan y contemplarse dentro de la estructura significativa que históricamente ha adquirido la humanidad, como especie capaz de creación y entendimiento simbólico, integrada y determinada por las dimensiones psicológica, espiritual, estética, social, política y cultural. El cuidado humanizado demanda el conocer a quien se cuida desde lo humano, el cuidado propuesto tiene significado para la persona, si la enfermera está presente en la relación.

Soler<sup>23</sup> sostiene que el servicio de urgencias merece una especial consideración.

La persona que acude para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita, que le causa desequilibrio biológico, psicológico o social, muestra signos y síntomas que le generan incomodidad, angustia e interrupción abrupta de su ritmo de vida<sup>23</sup>.

La atención de enfermería debe de caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento.

Sin embargo, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y centra la atención en el aspecto meramente físico<sup>23</sup>.

Soler<sup>23</sup> define qué: La atención del paciente en el servicio de urgencias involucra tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final del proceso:

El paciente.

El acompañante (familiar o amigo).

El profesional de la salud que lo atiende.

Para lograr una atención integral con calidad debe ocurrir una interacción continua entre los tres, de tal forma que el sanitario proporcione sus conocimientos y habilidades humanas, el paciente exprese sus sentimientos y valores y la familia se haga participe del proceso para ayudar a la pronta recuperación del paciente<sup>23</sup>.

Debido a que la atención de urgencias precisa una intervención rápida, oportuna y eficaz para evitar el dolor, el sufrimiento y las posibles complicaciones severas, se dejan de percibir otras necesidades que experimenta el paciente, como la incertidumbre, el miedo, la ansiedad y la incomodidad. En muchas ocasiones no se toma conciencia de que el paciente pasa a vivir el entorno hospitalario, muchas veces desconocido para él, un ambiente

pleno de rutinas, de exámenes diagnósticos y terapéuticos, casi siempre impuesto pero necesario, y se ve obligado a depositar su confianza en el profesional de enfermería<sup>23</sup>.

Podemos rescatar que brindar un servicio humanizado por parte de profesional de enfermería es dar una atención integral tomando en cuenta la parte humana del paciente independientemente si la persona este sano o enferma, además de identificarse con el sentir sin involucrarse con el enfermo, también es permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal.

La profesión de enfermería, es un servicio esencial para la humanidad y constituye un capital humano de suma importancia para el campo de la salud por su aporte al cuidado del proceso vital humano, por su enlace dinámico entre los sistemas de salud y las poblaciones, por su contribución al logro de, mejores condiciones de vida de los pacientes.<sup>24</sup>

Esta actividad humana de brindar cuidado es una de expresión de cariño, amor a otros, significa interés, preocupación, afecto, ayuda, compasión; aplicado a enfermería se refiere a aquellos actos de asistencia, de soporte, de ayuda, de conservación, (biológica física y espiritual) que facilitan a la persona o grupos con necesidades, el poder mejorar sus condiciones de vida o anticiparse a esas necesidades; todo ello en una relación de participación.

Ante la situación que se presente es fundamental<sup>25</sup> la actitud que adopte el profesional de la salud, debe estar matizada de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor frente a ese ser humano; es bueno insistir en que no solamente son importantes los conocimientos, las habilidades, el dominio de técnicas y destrezas, sino que se requiere además de una actitud

recta y una comunicación con la familia y con los demás integrantes del equipo de salud, para lograr satisfacer las necesidades de la persona a quien se atiende.

El poder cumplir todas expectativas como profesional estará estrechamente ligado con la forma y la capacidad de recepción ante las necesidades que presente el usuario, siempre es necesario poder aplicar todo nuestro conocimiento y destrezas para el mejoramiento de la salud pero lo más importante es identificarse ante la situación que atraviesa la persona a la que le brindamos servicios y poder darle un apoyo emocional que nos ayudara para que el usuario se pueda sentir un poco más sereno.

La humanización de los servicios del área de salud busca<sup>26</sup>:

Unir esfuerzos por parte del profesional, persona y familia para buscas soluciones oportunas y claras.

Encaminar a los profesionales hacia un desarrollo social integral que se pueda reflejarse en las personas que están a nuestro cuidado.

Disfrutar y aprovechar plenamente la vida y su entorno mediante dinámicas de armonía para su convivencia social.

Desarrollar el valor de la compasión, concebido como la identificación del personal con el dolor o sufrimiento de la persona que cuida.

Es de gran valor para el área de salud, fomentar la humanización y recordar al profesional el impacto tanto físico como emocional que se logra al tener un trato humanizado con el usuario y familia, además si todos los profesionales nos enfocamos en un mismo objetivo, unir esfuerzos, aprovechar los recursos que nos suministran, tener una visión positiva ante

las diferentes situaciones, se lograría un adecuado clima laboral y un entorno más cómodo para el usuario.

El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería y que pueden ser aplicados al ejercicio de todos los profesionales de la salud, para hacer que éste sea humano.<sup>27</sup> Se da a partir de una adecuada comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de la salud y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno.

El servicio humanizado ha de presentarse de manera dialógica<sup>28</sup>, como una relación de ida y vuelta entre los sujetos que se relacionan en el cuidado enfermero (sujeto de cuidado y cuidador); por lo tanto, su fundamento descansa en el intercambio de significados que ha adquirido la humanidad y que convergen en las interrelaciones que suponen las acciones de enfermería y por las cuales adquiere sentido ella misma. Así, el cuidado humanizado en enfermería es una forma de comprender el universo enfermero y su relación epistemológica con el cuidado.

Los usuarios valoran de muy buena manera y recogen como una muestra extra de energía cualquier gesto de agrado por parte de profesional, como el de una sonrisa esto podría hacer de la hospitalización un ambiente más agradable y familiar, el contacto físico como una palmadita en el hombro, el simple hecho de cobijarlos, cambiarlos de postura son muestras de acercamiento y cariño.

Los usuarios la mayoría de ocasiones demandan de solamente una escucha y un poco de atención sin notar angustia o ansiedad por parte del oyente, lo que nos ayuda a desarrollar empatía con el usuario y de este modo brindarle un servicio de calidad.

El poder desarrollar una actitud asertiva ante las situaciones nos permite poder detectar los sentimientos y emociones de las otras personas con observar los gestos, ademanes y forma de respirar esto nos puede indicar que situación emocional afronta el usuario.

Es importante identificarse ante la situación y pensar por un momento como podría actuar como profesional en ese lugar y proporcionarle alternativas y una palabras de apoyo y de esta manera posiblemente poder disminuir la ansiedad y frustración de la persona ya sea paciente, familia o el profesional.

## **MUERTE Y AMPUTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS**

### **Amputación**

“Se llama así al corte o arrancamiento total o parcial, pero que incluya el hueso, de cualquiera de los miembros.<sup>29</sup>”

Sandonis<sup>30</sup> define la amputación como la resección total o parcial de una extremidad, es un proceso complejo que engloba el manejo físico, psicológico, y social de la persona.

### **Muerte**

Barranco et al<sup>31</sup> menciona; La muerte forma parte del ciclo vital, a pesar del avance de la ciencia, la muerte es inevitable.

“La muerte es la pérdida total de las funciones vitales, es el destino inevitable de todo ser humano, se trata de la etapa final de la vida, aunque incierta en cuanto a cuando y como ha de producirse. Puede ocurrir a cualquier edad, repentinamente o después de padecer una enfermedad<sup>32</sup>”

## **ATENCION HUMANIZADA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL USUARIO ANTE UNA SITUACION DE AMPUTACIÓN**

El profesional de Enfermería juega un papel muy importante durante estas situaciones, ya que una comunicación asertiva y apoyo emocional hacia el usuario, puede mejorar su salud física y emocional.

Entre algunas intervenciones que puede realizar el profesional de enfermería durante estas situaciones son las siguientes<sup>33</sup>:

Acercarse a la víctima y presentarse; dirigirse al usuario con calma pero con firmeza, ya que es necesario transmitir seguridad y confianza.

Intentar que el ambiente sea lo más humano posible.

Valorar su orientación, preguntar lo que le sucedió teniendo en cuenta una comunicación asertiva.

Demostrar disponibilidad, y accesibilidad.

Utilizar el contacto físico como ayuda emocional, le hará sentir más protegido, como tocar el hombro.

Trasmitir la verdad, aunque las noticias se pueden suavizar, no se deben dar falsas esperanzas o comprometerse a cosas que no se pueden cumplir.

No dejar sola a la víctima. Una persona acompañada se siente menos insegura.

Facilitar la comunicación con familiares u otras personas para que se enteren de lo sucedido y puedan acompañarlo.

## **ATENCION HUMANIZADA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA HACIA LA FAMILIA ANTE UNA SITUACION DE MUERTE**

En estas situaciones de muerte el profesional de enfermería debe tener una presencia compasiva y atenta. El profesional de enfermería también actúa como profesor, explicando que está ocurriendo y que puede esperar la familia.

Debido al estrés de pasar por el proceso de duelo, los familiares pueden no absorber lo que se les dice y puede ser necesario repetir esta información. El profesional de enfermería debe tener una actitud tranquila y paciente.

Las intervenciones enfermeras para el paciente y su familia en estas circunstancias es una asignatura pendiente, bien por la falta de formación en relación con la ayuda, por la ausencia de guías de actuación o planes de cuidados protocolizados o por falta de comunicación interdisciplinar<sup>32</sup>.

El profesional de enfermería debe conseguir habilidades y actitudes para ayudar al paciente y a su familia a adaptarse a todas las fases que experimentan.

La atención a la familia no debe acabar con la muerte del enfermo, sino debe proseguir tras el fallecimiento del familiar, esta etapa es importante supervisar y apoyar la elaboración del duelo, intentando detectar precozmente las posibles complicaciones<sup>32</sup>.

Gómez<sup>34</sup> en su artículo menciona que; Las facultades de Enfermería incorporan materias de cuidados en el final de la vida, así como de Bioética, pero carecen en su mayoría de materias teórico-prácticas de comunicación y herramientas para afrontar situaciones tan complejas emocionalmente como son la muerte hospitalaria y domiciliaria.

## **SITUACIONES DE DUELO**

“Las situaciones de pérdida y duelo son fundamentales en el desarrollo emocional de cada ser humano, en los últimos años ha surgido una tendencia a conocer el enorme valor emocional y psicológico que las pérdidas tienen a estudiarlas y comprender sus procesos, su curso natural y sus efectos en los individuos.”<sup>35</sup>

Estas situaciones se presentan siempre en alguna etapa de la vida de cada persona independientemente de la situación siempre nos van a causar dolor y una gran turbulencia sentimental que repercute en nuestro estado anímico y que además altera el entorno social.

En este sentido, cabe decir que el duelo es la respuesta normal ante un fallecimiento, pero el duelo no es exclusivo frente a la muerte. Hay otras situaciones de la vida cotidiana que también nos confrontan con la tristeza típica del duelo como por ejemplo: el enfrentar un proceso de separación o divorcio, irse del país, perder el trabajo, pelearse con un amigo, caída del nivel social, cambio de escuela para un chico, mudanzas, pérdida de alguna función vital (vista, audición) o alguna amputación física.

Se debe pensar el duelo no únicamente como respuesta a una muerte sino como respuesta adaptativa a una pérdida o a un cambio. Digo respuesta adaptativa porque pasar por un duelo es lo normal y esperable ante una pérdida y en este sentido lo esperable en estas situaciones es encontrarse con mucha tristeza y desgano.

Martínez<sup>36</sup>, menciona que cada pérdida es distinta para cada persona pero que hay factores que determinan el impacto de esa pérdida; algunos de estos son: como ocurre la pérdida, la relación que existía, experiencias, modelo familiar y redes de apoyo.

En efecto está ligada la forma en se percibe la pérdida, dependiendo de cada persona porque influye muchísimo su cultura y ambiente socio-afectivo, no se presenta el mismo impacto emocional para todas las personas la pérdida de la mascota, en algunas personas y familias se esto representa todo un proceso de duelo mientras que en otros casos simplemente ya no está la mascota y de estas forma sucede con todas las pérdidas y sus percepciones ya que influyen cosas como la cercanía, el afecto que se comparte, el parentesco familiar, la edad, la situación socioeconómica, la formación espiritual entre muchos otros .

O'Connor <sup>37</sup>, menciona que todos los seres humanos son diferentes, por lo tanto, cada persona es única en su esencia factores como la cultura antecedentes familiares y las experiencias personales son las que determinan la reacción que se experimenta ante la muerte.

Es desfavorable generalizar y tener la expectativas determinadas de las personas ya que todos los seres son diferentes y únicos por lo que las formas de reaccionar antes las situaciones siempre son diferentes en todos los individuos acá es donde debemos aplicar todos nuestros conocimientos y destrezas para poder comprender adecuadamente.

La persona al experimentar la pérdida de familiares, amigos y mascotas pasa por un proceso que no finaliza con la muerte sino que continua con un proceso llamado duelo, que como todo proceso tiene etapas que se evidencia de la misma manera en todas las personas que lo afrontan. En algunos casos las personas pueden completar de manera satisfactoria el procesos de duelo mientras que otras pueden estancarse en una etapa, en este proceso es de vital importancia el apoyo que el profesional le pueda brindar, así como facilitar el contacto con redes de apoyo y grupos que le puedan solventar necesidades que se presentan a lo

largo del proceso de duelo y de este modo poder sobrellevar con éxito su culminación y en caso de pasar nuevamente por otra pérdida le sea más fácil poder llevar a cabo el proceso. Porque se dificulta de gran manera poder afrontar los procesos de duelo si no se resolvieron adecuadamente en el pasado.

### **Etapas del Duelo**

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte<sup>43</sup> es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos la muerte del otro, más aún cuando es cercana tendrá un mayor impacto en quien la presencia, y suele desencadenar un proceso reflexivo en torno a la posibilidad de la propia.

Dado que la muerte es algo inevitable y de profundas reflexiones en ciclo de vida de todo humano, es esencial la aplicación de las etapas de duelo para poder sobrellevar tales situaciones, tomando en cuenta en cuenta que el duelo es tanto la pérdida como la muerte.

Según Papalia<sup>44</sup>, el patrón clásico del modelo de aflicción en las que la persona doliente acepta la dolorosa realidad de la pérdida, existen tres etapas.

### **Etapas de choque e incredulidad**

Inicia inmediatamente después de la muerte los dolientes suelen sentirse confundidos y perdidos, con forme toman conciencia de la pérdida, los sentimientos abrumadores como la

tristeza, el llanto frecuente seden. En especial cuando son pérdidas inesperadas o repentinas, esta etapa puede durar varias semanas.

### **Etapa de la preocupación por la memoria de la persona muerta**

El sobre viviente trata de asimilar la muerte pero no logra hacerlo aún, esta etapa puede durar de seis meses a dos años, más cuando se acercan fechas importantes y recuerdos especiales relacionados con la persona que ya no está.

### **Etapa de Resolución**

Esta etapa inicia cuando la persona doliente inicia el interés por las actividades cotidianas, los recuerdos de la pérdida traen sentimientos de cariño y tristeza pero no de dolor.<sup>46</sup>

### **Etapa de aturdimiento o de shock:**

En esta etapa hay sentimientos de incredulidad puede haber momentos de ira y tristeza muy intensos, las dolientes en algunos casos pueden actuar como si ni sucediera nada y en otros pueden quedar paralizados.

Etapa de anhelos y búsqueda: La persona doliente regresa a buscar a la persona perdida, tienen la idea de que las cosas pueden ser como antes. A medida que se asimila la realidad, el doliente puede estar inquieto, irritable, agresivo, inseguridad y poca autoestima.

Etapa de organización y desesperación: El doliente puede presentar sentimientos de culpa y depresión, falta de ilusión por la vida, tristeza profunda que puede estar acompañado de llantos excesivos. Puede ir tomando conciencia de la realidad y que el ser perdido no va a regresar.

### **Etapa de reorganización:**

En esta etapa se acepta la realidad y se va a incorporar a los patrones cotidianos que además le ayudara a establecer y recuperar nuevos vínculos socio-afectivos.

Según Kübler-Ross<sup>46</sup>, es una de las descripciones más conocida sobre el tema además es destacar que el doliente no atraviesa en un orden prescrito sino que es un marco que nos permite iniciar un proceso de aprendizaje donde finalmente logramos comprender que es posible vivir con la pérdida.

### **Fases del Duelo**

Primera fase: Negación. No lo cree y no lo acepta. (Estoy bien, no me falta nada, no me ha pasado nada.)<sup>29</sup>

Cuando una persona se entera de una enfermedad terminal o muere de un ser querido su primera reacción es la negación ante la realidad. Esta negación que se experimenta en las primeras fases de los procesos de duelo consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación.

Segunda fase: Rebeldía. El paciente lanza continuas injurias contra todo y contra todos, a la vez que muestra una actitud negativa en todos los aspectos.<sup>29</sup>

Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor.

De este modo, a pesar de que estos sentimientos pueden estar presentes durante todo el proceso de duelo, es en esta segunda etapa cuando se manifiestan con una mayor intensidad

la ira, puede ir dirigida hacia la persona fallecida, hacia nosotros mismo o hacia otras personas, objetos, eventos, situaciones, etc.

Se suele experimentar sentimientos de resentimiento hacia las personas que nos han dejado en una situación en la que reina el dolor y el malestar.

Tercera fase: Negociación. El paciente empieza a hacer preguntas, sobre todo del tipo: ¿me podrá poner un brazo/una pierna?<sup>29</sup>

En esta etapa surge la esperanza de que se pueda posponer o retrasar la muerte de la persona moribunda.

La etapa de negociación puede ocurrir antes de la pérdida, en caso de tener a una familiar con enfermedad terminal, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia. En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad no suele ofrecer una solución sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa interfiriendo con la curación.

Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual.

Cuarta fase: Resolución o Aceptación. (Conclusión del duelo). O sea, es la adaptación. Asume que le falta ese miembro y que la vida sigue, por lo que habrá de adaptarse a ella en

estas circunstancias.<sup>29</sup> Llegados a este punto, se puede asegurar que enfermería habrá tenido un rol muy importante.

La aparición de esta última fase es el indicador de que el proceso de duelo ha sido normal y no patológico, y que este ha llegado a su final.

## **DUELO COMO FENÓMENO BIOPSIICOSOCIAL**

Según Tizón<sup>38</sup>, concibe el duelo como un fenómeno con distintas esferas o dimensiones que lo convierten en un proceso integral. Las dimensiones del duelo expuestas por el autor son:

### **Dimensión psicológica**

El duelo es una situación que no se puede evitar, pero la forma de percibirlo es variable, porque el duelo es un fenómeno subjetivo que depende de la historia personal y de cómo a resultado las pérdidas en el pasado.<sup>38</sup>

Si un duelo no se resolvió adecuadamente, esto dificulta el poder resolver otros.

Un duelo o conjunto de duelos mal elaborados puede llevar al individuo a intensificar la situación.

### **Dimensión psicosocial**

La forma de elaborar los duelos y transiciones psicosociales es un componente fundamental en la adaptación al entorno.<sup>38</sup>

Lo que cada persona desencadena en el duelo es siempre idiosincrasia, pero existen situaciones que en todos los seres humanos desencadenan duelos y son las transiciones o crisis psicosociales.

## **Dimensión social y antropológica**

La elaboración normal del duelo conduce a la reparación del mundo interno.

En la situación que el luto ritualiza la persona doliente podrá concentrarse en el trabajo interno del duelo.<sup>38</sup>

Las manifestaciones sociales y antropológicas del duelo y los procesos de duelo tienen una triple función:

Permitir la expresión al nivel de la sociedad de esos procesos.

Tender a ayudar en el proceso psicológico del duelo, de ahí la importancia de los ritos como los funerales.

Facilitar la comunicación del hecho a la comunidad, proporcionando a los vivos ocasión de consagrarse con los muertos y allegados y prepararlos para nuevas relaciones por medio de los actos sociales.

## **Dimensión biológica**

El duelo es una reacción biológica y a la vez emocional.

Durante la fase aguda de duelo al igual que con situaciones estresantes puede presentarse alteración de los ritmos biológicos.

El sistema inmunológico también puede alterarse como consecuencia del duelo (disminuye la proliferación de leucocitos y se deteriora la función celular).<sup>38</sup>

Se han evidenciado complejas interacciones psico-neuro-endocrinas-inmunitarias, como alteraciones de eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

## **MANIFESTACIONES / REACCIONES DE LAS SITUACIONES DE DUELO**

Si se considera que el duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad, en sus aspectos emocionales, afectivos, sociales, físicos y espirituales<sup>39</sup>, y por tanto, en ella interactúan una variedad de factores, no es de extrañar que el duelo se suela manifestar de variadas maneras.

Cada una reacciones<sup>40</sup> de las responde a las distintas dimensiones que componen una persona en su totalidad.

### **Reacciones Físicas**

Suspiros, taquicardias, tensión muscular, cambios en el peso y en el apetito, debilidad y fatiga, alteraciones del sueño, dificultad respiratoria, sequedad de la boca, sensación de estómago vacío, disminución del umbral sensorial, opresión en el pecho o en la garganta, hipersensibilidad al ruido, entre otras

### **Reacciones Emocionales**

Embotamiento, tristeza, desesperanza, confusión, culpa, impotencia, ira, temor, contactos espirituales, euforia, ansiedad, desamparo, amargura, impotencia, anhelo, insensibilidad, sensación de venganza, alucinaciones visuales y auditivas, entre otras.

### **Reacciones conductuales y cognitivas**

Búsqueda, desorientación, falta de concentración, culpabilizar a otros, preocupación, autorreproches, soledad, disminución de actividad, apatía, olvidos frecuentes, llanto,

rechazo, negación, reacciones de hostilidad, aislamiento, sensación de despersonalización, incredulidad, confusión, sentido de presencia, entre otras.

Es importante mencionar que la diversidad de sentimientos y de emociones que se desprenden producto de la pérdida de una figura a la que se está vinculado afectivamente, no sólo son esperables sino que son necesarios para una adecuada elaboración y resolución del duelo.

El profesional de enfermería, por lo general es la persona que está más cerca del doliente y la familia. Con el adecuado conocimiento del duelo, habilidades para el manejo de emociones y la aplicación de la experiencia, puede identificarse con el dolor humano del momento y ayudar y consolar de manera eficaz a las personas que atraviesan la pérdida.

## 2.1.1 Teorizante de Enfermería

### Hildegard Peplau<sup>41</sup>

Nació el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pensylvania. Se graduó como enfermera en el 1931 en Pennsylvania Hospital School of Nursing.

Trabajo como supervisora de un quirófano en el Hospital de Pottstown, y en 1947 obtuvo la maestría en enfermería psiquiátrica en The teacher College Columbia in New York. Fue miembro de Army Nurse Corps retirándose en el año 1974.

Falleció el 17 de marzo de 1990, en su casa en Sherman Oaks California.

Se la considera la madre de la enfermería psiquiátrica. Fue partícipe de los avances profesionales, educativos y prácticos en la enfermería. Desarrollo la teoría de las relaciones interpersonales, centrada en la relación enfermera- paciente.

En 1969 Se convierte en directora ejecutiva de la American Nurses Associations. A partir 1970 hasta 1972 Asumió la presidencia de la American Nurses Associations. Es incorporada al American Academy of Nursing Living Legend Hall of Fame en 1994. Y en 1995 Aparece en la Lista de las 50 grandes personalidades americanas, recibiendo el honor más alto de la enfermería, el premio Christiane Reimann, en el ICN Quadrennial Congress en el año 1997.

### Teoría psicodinámica de Hildegart Peplau

Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “

Para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria.

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades.

En este modelo las acciones son relajadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal.

La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones.

La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales aprender y desarrollarse.

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal.

En la relación enfermera y paciente describe cuatro fases.

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarle. La enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades
3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

En la relación de enfermería con el paciente, Peplau llega a describir seis funciones diferentes a desarrollar.

1. Papel del extraño: El enfermero es, en primera instancia, para el paciente, un extraño. Es necesario establecer con el paciente una relación aceptándolo tal y como es, sin juicios de valor sobre su persona. En esta fase la relación enfermero – paciente no está aún personalizada, y se correspondería con la identificación.

2. Papel de persona-recurso: La enfermera da respuestas específicas a las preguntas del paciente en lo relativo a su salud, es muy importante que estas se den de acuerdo con la personalidad y capacidades intelectuales del paciente.
3. Papel docente: La autora habla de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).
4. Papel conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa.
5. Papel de sustituto: El profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien. Posteriormente es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.
6. Papel de consejero: es el papel que Peplau le da mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida

## **Sor Callista Roy<sup>41</sup>**

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera.

Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica e influenciada por la capacidad de los niños a adaptarse al cambio.

En 1968 puso en marcha su modelo y lo presento por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado “Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing” y en 1976 publico “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publico nuevamente una versión revisada de su modelo.

Sor Callista Roy estudio enfermería en 1963 en Mount Saint Mary’s College en Los Ángeles y después en 1966 un realizo master en enfermería en la Universidad de California.

Más tarde inicio un master en sociología en el año 1973 y un doctorado en lo mismo en el año 1977 en la Universidad de California.

Cuando realizaba su master le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería.

Comenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los niños en adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto la impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería.

Sor Callista Roy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook for Nursing.

Fue profesora en diversas Universidades.

Desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco.

Realizo un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publico periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación.

En 1981 recibe el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards.

Fue admitida como miembro de la American Academy of Nursy en 1978.

En el año 2007 fue reconocida por la American Academy of Nursy como una Living Leyend.

Es una teórica muy respetada. Enfermera, escritor, profesor, investigador y docente que actualmente ocupa el cargo de profesor y teórico de la enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston College en Chestnut Hill, Massachusetts y realiza conferencias constantemente.

Modelo de adaptación

Filosofía: La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

Teoría: Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

Meta teoría: Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada teoría de las teorías. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una metateoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.

Meta: que el paciente se adapte al cambio.

Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.

Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.

Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.

Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

Valorar la conducta del enfermo/usuario.

Valorar los factores influyentes.

Identificar los problemas.

Fijar los objetivos.

Seleccionar las intervenciones.

Evaluar los resultados.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Relaciones de aplicación de la teoría:

Enfermero – paciente: Roy subraya que en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (Todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.

### **Análisis de las teorizantes de enfermería con la investigación**

La teorizante de Peplau que desarrolla las teoría de las relaciones interpersonales, que se refleja ampliamente en el trabajo ya que trata de la humanización del profesional de enfermería, donde el profesional siempre es el apoyo inmediato con el que cuenta la familia y usuario ante situaciones difíciles. Aunque en primera instancia es una persona desconocida para el usuario y familia con el trato se va desarrollando una relación de comunicación, donde el profesional es el encargado de aclararle dudas y orientarlo sobre cómo debe y puede colaborar ante la situación.

Es importante destacar que el profesional debe comprender claramente la situación para que de esta manera pueda identificarse con el usuario y familia y pueda desarrollar adecuadamente la relación y ser la guía que necesitan ante determinada situación.

Las relaciones interpersonales van de la mano con las relaciones psicológicas donde se fortalece la relación enfermero – usuario y nos ayuda a que exista una comprensión más apta de la familia y usuario ante la situación que se está cursando.

La otra teorizante es la de Sor Callista Roy que se enfoca a la teoría de la adaptación que se refleja en la investigación en lo que es el duelo (muerte –amputación), Callista expone que el ser humano es un ser de gran adaptación ante el cambio y es precisamente lo que se vive en estas situaciones de duelo donde los usuarios y familias deben atravesar todo un proceso de duelo de la mejor manera para poder adaptarse al cambio. Ya que nada volverá a ser como antes lo fue y el objetivo principal es que tanto la familia como el usuario acepten la situación cumpliendo todas las etapas del duelo correctamente para que cuente con una adecuada salud psicológica luego de la pérdida o duelo.

Y de esta manera logren integrarse de la mejor manera a las labores que cotidianamente solían hacer, para que logren un adecuado equilibrio mental que por consiguiente lo lleva a adaptarse a su nueva realidad.

## **CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO**

### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION**

Se utiliza el enfoque cualitativo<sup>42</sup> que se basa en la observación de una situación y la descripción como recolección de datos sin medición numérica pues tiene la finalidad de conocer la realidad, para realizar un análisis bajo ciertas reglas lógicas.

Pazos et al<sup>42</sup>, menciona los métodos de investigación, en este caso se usa el método descriptivo, ya que este corresponde cuando la literatura revisada muestra que hay algunas evidencias empíricas, es decir, son producto de la experiencia.

### **3.2 TIPO DE INVESTIGACION**

El estudio implica el tipo de investigación descriptiva<sup>42</sup> que trata de explorar como es una situación, fenómeno, objeto o grupo humano y como se manifiesta y también evaluar y medir los componentes del fenómeno investigado y el tipo de investigación explicativa<sup>42</sup> que trata de identificar porque sucede un fenómeno.

### **3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

**Área de estudio:** la investigación se lleva a cabo en los servicios de emergencias de un Hospital clase A.

**Fuentes de información primaria:** artículos científicos, tesis consultadas.

**Fuentes de información secundaria:** observación, sitios webs, biblioteca digital.

#### **3.3.1 Criterios de Inclusión y Exclusión**

**Criterio de inclusión:** Ser profesional de enfermería que labora en un servicio de emergencias de un Hospital clase A.

**Criterio de exclusión:** profesional de enfermería contratado como auxiliar de enfermería.

### **3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

El diseño de investigación es no experimental<sup>42</sup>, consiste en la observación de un fenómeno o situación en su contexto natural, sin que intervenga la manipulación de variables.

Y a la vez es longitudinal ya que se trabaja con datos que se recogen a lo largo de varios periodos, de varias semanas, meses o años, se da seguimiento al comportamiento del objeto en estudio, sea enfermedad o grupo humano.



				<p>Cualidades de la profesion de enfermeria</p>	<p>Compromiso</p> <p>Conocimiento y habilidades</p> <p>Liderazgo</p> <p>Trabajo en equipo</p>	
--	--	--	--	---	---	--



## **CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS**

#### **4.1 Generalidades**

La investigación es de carácter cualitativo, por lo que se usó la observación como método para llegar a establecer los resultados para dicha investigación. Se observó durante el periodo de febrero-abril, 2017 el comportamiento del profesional de enfermería hacia la humanización en situaciones de duelo ya sea de muerte o pérdida con los familiares y los mismos usuarios. Cabe resaltar que durante estas semanas las situaciones que se presentaron en el servicio de emergencias varían y de ahí es de donde extraemos nuestros resultados, ya que esta investigación se basa en situaciones de duelo de muerte y de amputación.

#### **4.2 Especificidades para trabajos cualitativos**

Mediante 5 preguntas se logró interpretar por medio de la observación el trato humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los usuarios y familiares en situaciones en duelo ya sea muerte o amputación en el servicio de emergencias de un hospital clase A.

Se observa un promedio de 12 profesionales de enfermería a lo largo de estas semanas.

A continuación se presentan las 5 preguntas:

1-¿Se le explica al usuario que está sucediendo con él o con su cuerpo? SI O NO

2-¿Se le explican los procedimientos que se le están realizando? SI O NO

3-¿Hay comunicación humanizada entre el profesional de enfermería y la familia en situaciones de duelo como muerte? SI O NO

4-¿Hay comunicación humanizada entre el profesional de enfermería y el usuario en situaciones de duelo como la amputación de un miembro? SI O NO

5-¿Existe la coordinación rápida y efectiva con la enfermera de salud mental para el abordaje correcto de estas situaciones? SI O NO

Los resultados son los siguientes:

Pregunta #1

SI 10

NO 2

Pregunta # 2

SI 9

NO 3

Pregunta # 3

SI 11

NO 1

Pregunta #4

SI 8

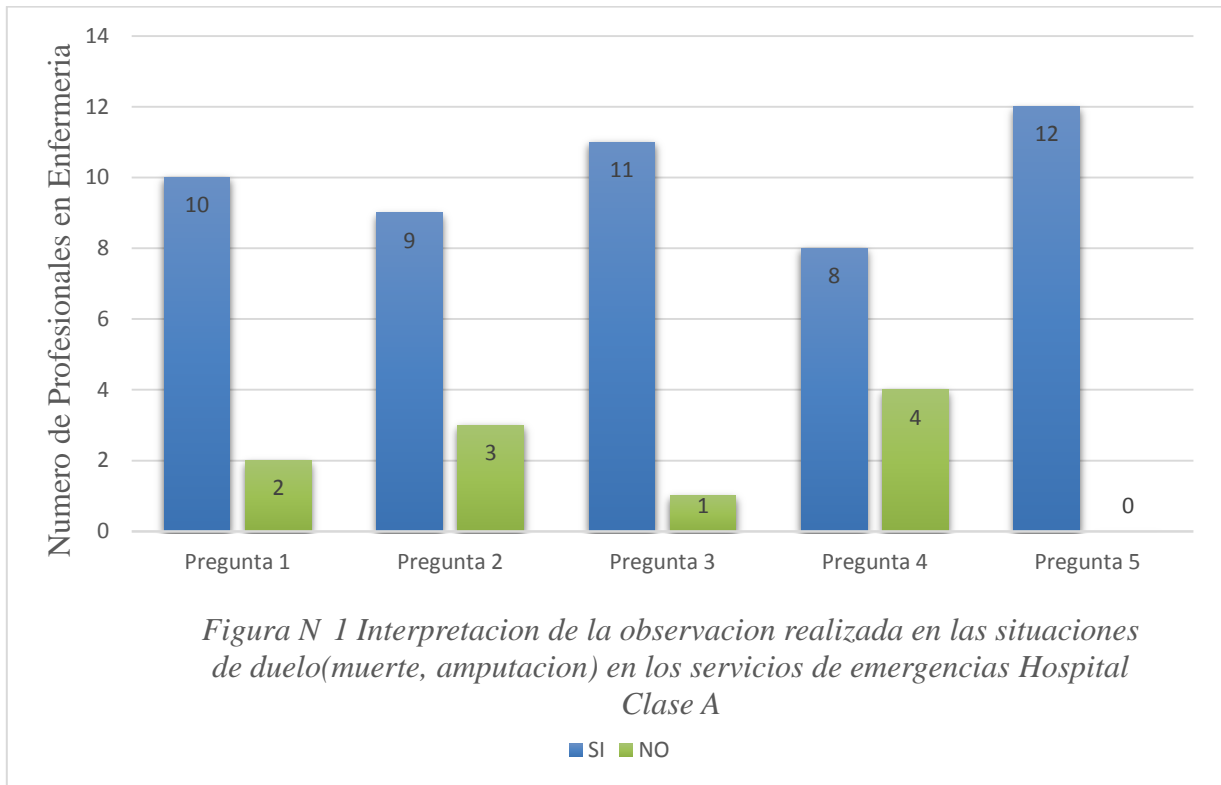
NO 4

Pregunta #5

SI 12

NO 0

### 4.3 Figura



## **CAPITULO V: DISCUSION E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

## **5.1 DISCUSION E INTERPRETACION O EXPLICACION DE LOS RESULTADOS**

Mediante el análisis de la figura N°1 se puede comprender que gran parte del personal que labora en el servicio de emergencias de un hospital clase A aplica la humanización hacia los usuarios y familiares como parte de su rol como profesional de enfermería, no solo centrándose en los conocimientos académicos adquiridos sino en la parte humana que tanto hace falta en los servicios de salud.

La humanización proporciona a la familia y al usuario un ambiente de confort, seguridad y estabilidad emocional para enfrentarse a este tipo de situaciones antes mencionadas.

El promedio de profesionales de enfermería que no actúa con humanización ante estas situaciones es realmente bajo con respecto a los que sí lo aplican, llevándonos a deducir que hay una serie de factores que influyen que en muchas ocasiones no sea óptima la atención humanizada que se brinda. El factor más importante que se pudo observar por el cual no se cumple el trato humanizado en las situaciones de duelo es la sobrecarga laboral que se presenta en un servicio de emergencias de un hospital clase A.

La rapidez y el poco tiempo para actuar en los servicios de emergencias es un factor que afecta la falta de comunicación y humanización con el usuario, ya que el profesional de la salud se centra en la emergencia que presenta el usuario para ayudarlo a sobrevivir, dejando de lado muchas veces la humanización y comunicación.

La limitación más importante en esta investigación es la falta de un instrumento que pudiera ser aplicable a los profesionales de enfermería para poder definir si la falta de

humanización es por falta de conocimientos, por la sobrecarga de trabajo o por no poder saber cómo enfrentar este tipo de situaciones en el momento inmediato.

## **CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1 CONCLUSIONES

En los servicios de emergencias la mayoría de los escenarios se realizan con rapidez muchas veces para lograr mantener la vida del usuario.

El profesional de enfermería es importante en los servicios de emergencias ya que no solo se encarga de la vida del usuario, si no en el trato humanizado entre el usuario-familia-enfermero.

La humanización es vital en los servicios de emergencias ya que esto proporciona confianza y estabilidad emocional en los usuarios y familia.

Las situaciones de duelo son habituales en los servicios de emergencias y es aquí donde la humanización por parte del profesional de enfermería es indispensable.

La muerte es parte del ciclo de la vida, ninguna persona está preparada para estas situaciones, por lo tanto es importante que el profesional de enfermería sepa cómo actuar ante estas situaciones para darle apoyo a la familia.

La amputación resulta traumático para la persona que lo sufre, el profesional de enfermería debe abordar de manera humanizada y utilizando una comunicación asertiva.

Se logra realizar una guía sobre el trato humanizado del profesional de enfermería en situaciones de duelo como muerte y amputación, el objetivo es que el profesional sepa cómo actuar en este tipo de situaciones de manera humanizada.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

En situaciones de muerte procurar que cuando se dé la noticia a familiares sea un lugar privado y que se le dé espacio a la familia para validar sus sentimientos.

En situaciones de amputación, se debe de informar al usuario que fue lo paso y darle a entender que todo el equipo que lo atiende está haciendo lo mejor para conservar su salud.

Se debe de recordar constantemente a los profesionales de enfermería que el trato humanizado es esencial en los servicios de emergencias, esto optimiza la recuperación del usuario.

El profesional de enfermería debe de establecer siempre una relación empática entre usuario-familia para poder manejar situaciones de duelo ya sea de muerte o amputación.

Nunca se debe de olvidar el trato humanizado que se merece el usuario y la familia en un servicio de emergencias por parte del profesional de enfermería, a pesar de la rapidez con la que a veces se trabaja en un servicio de esta categoría.

Se debe de estar constante retroalimentación a los profesionales que tengan debilidades para el trato humano hacia a las personas y siempre de forma asertiva para que se perciba de una manera receptiva.

Los jefes de unidad de enfermería de los servicios de emergencias deben de hacer evaluación constante de su personal para que este lleve a cabo sus tareas adecuadamente y siempre con trato humanizado hacia los usuarios y sus familias.

La guía informativa proporcionada y puesta en el servicio de emergencias sirve de herramienta para el manejo adecuado de las situaciones de duelo ya sea muerte y amputación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- Humanización del cuidado de enfermería. Documentación de la formación a la práctica [internet].2009. [Citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en:

<file:///C:/Documents%20and%20Settings/PC/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-HumanizacionDelCuidadoDeEnfermeriaDeLaFormacionALa-3633444.pdf>

2- Percepción de los pacientes sobre el trato humanizado de enfermería. Tesis de Licenciatura. [Internet].2015. [Citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en:

<http://www.grin.com/es/e-book/288740/percepcion-de-los-pacientes-sobre-trato-humanizado-por-enfermeria-y-su>

3- García. R. El sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención [Internet]. 2004. [Citado el 29 de marzo del 2017]. Pág. 27. Disponible en:

<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>

4- Machado. AJ. Abc en emergencias [internet]. 3ª.ed. Edimed- Ediciones Médicas SRL. 2001. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en:

<http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/reader.action?docID=10877697&ppg=6>

5-Rivas Hidalgo. AM. Valoración inicial del paciente en urgencias o emergencias sanitarias: transporte sanitario [internet]. IC Editorial. 2012. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en:

<http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10721601>

- 6-Echeverría Martínez. J. Enfermería [internet]. Editorial Alfil, S.A. de C.V. 2013. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10902791>
- 7- Barranco Martos. A., Vargas Fernández. D. Tutorial de enfermería de urgencias. Tomo I [internet]. Editorial CEP, S.L. 2010. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10664939>
- 8- Balart Gritti. MJ. La empatía: La clave para conectar con los demás [internet]. Editorial AGAMA. 2013. [citado el 31 de marzo]. Disponible en: [http://www.gref.org/nuevo/articulos/art\\_250513.pdf](http://www.gref.org/nuevo/articulos/art_250513.pdf)
- 9- Fernández Villacañas M., Montes Cascallana, B., Pulido del Pino M. Primeros Auxilios [internet]. Editorial Macmillan Iberia, S.A. 2013. [citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10820969>
- 10- Martínez R, García M. La compasión, sentimiento convertido en acción para el cuidado de un paciente con inmunosupresión. *Desarrollo Cientif Enferm* 2007.
- 11- Vandamme, R. and Leunis, J. Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*. Vol 4 (3), 30-40. 1993
- 12- Dra. Lam Díaz M., Hernández Ramírez P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? [internet]. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. V.24, N.2. 2008. [citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892008000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892008000200009)

13- Escuelas de familia moderna. Documentación sobre las competencias [internet]. Modelo de Desarrollo moderna, Económico de Navarra. 2013. [citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en:

[https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA\\_Y\\_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e](https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e)

14- Jaramillo Solorio R.M. Trabajo en equipo [internet]. Manual de trabajo en equipo. 2012. Disponible en: <http://dgrh.salud.gob.mx/Formatos/MANUAL-DE-TRABAJO-EN-EQUIPO-2012.pdf>

15- Cuéllar Gómez, L. Cuidado de enfermería en la atención al individuo, familia y comunidad: sistematización de la práctica [internet]. Programa Editorial Universidad del Valle. 2015. [citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=11312769&p00=empatia+enfermeria>

16- Arias, María R. La Ética y la Humanización del cuidado, de enfermería. Tribunal Nacional Ético en Enfermería [internet]. 2007 [citado 30 Marzo2017] Disponible en: [http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65](http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65)

17- Benavides Regina, Passos Eduardo. Humanización como dimensión pública de las políticas de salud. Colectiva [internet].2005 [citado30Marzo2017]; 10(3):561-571. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232005000300](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300)

- 18- Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luis-de Albuquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Rev Enferm. 2008; 16(2): 276-81
- 19- Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ [Internet]. 2012[citado 2017 Mar 30] ; 9( 1 ): 41-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es)
- 20- Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques Milton Meyeroff y Jean Watson. Ciencia y sociedad [ Internet].2001[citado 2017 Mar 30] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>
- 21- Duhalde, Eduardo Alberto. Humanización o megabarbarie. Buenos Aires, AR: Ediciones Universidad Salvador, ProQuest ebrary.2009. (cenit)
- 22- Gonzales Juárez, L.,& Velandia Ruiz.,A.L. Humanización del Cuidado de Enfermería, de la formación a la práctica clínica. Conamed.2009;14(1)33: 40-43.
- 23- Soler Calero M. El factor Humano en Urgencias [internet]. Urgencias Hospital Universitario San Juan de Alicante.2015. [citado el 31 de marzo del 2017]. Disponible en: [http://www.dep17.san.gva.es/PDF/urgencias/MontserratSoler\\_FactorHumanoUrgencias.pdf](http://www.dep17.san.gva.es/PDF/urgencias/MontserratSoler_FactorHumanoUrgencias.pdf)
- 24- Prieto Parra, G.I. Humanización del cuidado de Enfermería. Rev Enfe Univ. 2007;2 (7): 23-26.
- 25- Garzón N. Ética en el cuidado de enfermería. Dimensiones del Cuidado. Colombia: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998.

26- Ingrid Corrales Jiménez, Natalia Rubí Madrigal, Laura Valverde Salas. Humanización de la atención del personal de enfermería evaluada desde la satisfacción de la persona, en el área de salud de Coronado, primer cuatrimestre, 2015. San José, Costa Rica: Universidad Hispanoamericana, 01/2. ProQuest ebrary. Web. 30 March 2017.

27- Ariza Olarte Claudia. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm. univ [Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Mar 31]; 9(1): 41-51. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es).

28- Espinosa Aranzales Ángela, Enríquez Guerrero Carolina, Leiva Aranzalez Felipe, López Arévalo Martha, Castañeda Rodríguez Luz. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2015 [citado 2017 Mar 30] ; 21( 2 ): 39-49. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005&lng=es)

29- García López. A, Méndez Pena. M.C. Atención de enfermería en el paciente politraumático [internet]. Editorial ECU. 2011. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10467162>

30- Sandosis Martín TS. Plan de Cuidados estandarizados en pacientes con amputación traumática de miembro inferior [internet]. Universidad del País Vasco. 2014. [citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/13001/TFG.pdf;jsessionid=AA2FE9659DDAD5085BBAADB47B89032?sequence=1>

31- Barranco Martos. A., Vargas Fernández. D. Tutorial de enfermería. Edición abreviada. Tomo I [internet]. Editorial CEP, S.L. 2010. [citado el 29 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10663262>

32- Boó Puente. MJ. El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos [internet]. Departamento de enfermería, Universidad de Cantabria. 2013. [citado el 31 de marzo del 2017]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2182/BooPuenteMJ.pdf?sequence=1>

33- Fernández Villacañas M., Montes Cascallana, B., Pulido del Pino M. Primeros Auxilios [internet]. Editorial Macmillan Iberia, S.A. 2013. [citado el 30 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://201.195.87.22:2056/lib/bibliouhsp/detail.action?docID=10820969>

34- Gómez Arca M. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios [internet]. Enferm Clin.2014; 24(5):229-301. [citado el 1 de abril del 2017]. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/S1130862114001053\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/S1130862114001053_S300_es.pdf)

35-.Fonnegra de Jaramillo, I. De cara a la Muerte .Bogotá Colombia. Editorial Internacional. 2009.

36- Matinez, G:R.M. Cicatricez del Corazón: tras una pérdida significativa. España: editorial Brower. 2010. Tomado [www. Ebrary.com](http://www.Ebrary.com)

37- O Connor, N. Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo. México: Editorial Trillas. 2007.

38- Tizón García J. Barquero, J. El duelo y las experiencias de pérdida. España: Editorial Grupo Aula. L. Médica, S. A. 1998.

39- CARMONA, Z. y BRACHO, C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Salud Pública [internet].2008 [01 abr 2017]; 2 (2): 14-23. Disponible en:

[http://www.saludpublica.fam.unc.edcar/sites/default/files/art2\\_carmonapdf](http://www.saludpublica.fam.unc.edcar/sites/default/files/art2_carmonapdf)

40- Vargas Solado Rosa Elena. Duelo y pérdida. Med.leg. Costa Rica [internet]. 2003[citado 01 Abr 2017]:20(2); 47-52. Disponible en:

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en)

41- Alvarado KG., Guglielmetti S., Tenis S., Díaz CA. Hildegard Peplau [internet]. El Cuidado. 2012. [citado el 31 de marzo del 2017]. Disponible en:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>

42- Pazos e, Gutiérrez F, Evans R. Métodos de Investigación para las ciencias de la salud. Editorial SECADE. San José, Costa Rica, 2012.

43- P Oviedo Soto, SJ., Parra Falcón, FM., Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo. E Global[internet].2009 [01 abril 2017];(15):5-7. Disponible en:

<http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>

44- Papalia, DE, Wendkos, OS. Desarrollo humano. 7ª ed. Colombia: Mc Graw-HillInteramericana; 1997. p 623-626

<https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>

45- Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sis San [internet].2007 [citado 01 abr 2017]; 30(Suppl 3): 163-176. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es)

46- Moral de la Rubia, José, & Miaja Ávila, Melina. Contraste empírico de las cinco fases de duelo de Klubler-Ross en mujeres con cáncer. Pensam Psico [internet].2015 [citado 01 Abr 2017]; 13(1): 7-25. Disponible en:

<https://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.cemc>

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16578961](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16578961).

47-Prieto Parra Gloria. Humanización del Cuidado de enfermería. [Internet]. Revista Enfermería Universitaria.Colombia.2007. [Citado el 31 de marzo del 2017]. Disponible en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30291/38452>

48-Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota. [Internet].Articulo.Chile.2014. [Citado el 31 de marzo del 2017]. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/564>

## **GLOSARIO**

**Escucha activa:** es un elemento indispensable en la comunicación eficaz y se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

**Fase terminal:** No responde a los tratamientos empleados habitualmente. Se acompaña de múltiples síntomas que provocan gran malestar en el enfermo disminuyendo su calidad de vida y la de la familia.

**Reanimación:** es un procedimiento médico llevado a cabo en situaciones de emergencia en el que el corazón o los pulmones cesan su funcionamiento, es decir, cuando por alguna razón una persona no respira o no tiene pulso perceptible.

**Interlocutor:** Cada una de las personas que toman parte en un diálogo.

## **ANEXOS**

### **Guía informativa**

La humanización en los servicios de emergencias es un pilar muy importante al enfrentarse antes situaciones de duelo. Al profesional de enfermería no le compete dar noticias sobre muertes o amputaciones, pero resulta ser el apoyo emocional de primera instancia con el que cuenta la familiar y el usuario en caso de una amputación.

A continuación se presentan una serie de pasos que se pueden tomar en cuenta a la hora de enfrentarse a este tipo de situaciones como profesional de enfermería

1. Identificar la situación
2. Identificar al usuario
  - Usuario indigente: en caso de amputación coordinar con redes de apoyo (trabajo social y salud mental), en caso de muerte identificar con OIJ.
  - Usuario Extranjero: coordinar con trabajo social y el consulado del país que corresponda.
  - Usuario nacional: identificar usuario, identificar familia, en caso de no tener familia coordinar con trabajo social y redes de apoyo.
3. Dar contención espiritual dependiendo de su credo (capellán, pastor o guía espiritual)
4. En caso de ingresar con familiares al servicio de emergencias debemos:
  - Coordinar un espacio privado para la atención de la familia
  - Brindar contención emocional, escucha asertiva, validación de sentimientos, no victimizar a la familia, realizar coordinación con grupos interdisciplinarios (salud mental y trabajo social).
5. Brindar educación en cuanto al proceso de hospitalización y en caso de muerte brindar educación de protocolo ya sea de muerte violenta o muerte con causa definida.
  - En caso de muerte violenta dar aviso a los funcionarios del Organismo de Investigación Judicial (OIJ).

**Universidad Hispanoamericana  
Escuela de Enfermería  
Administración General**

**Elaborado por Estudiantes: Mónica Camacho Calvo, Marlen Hernández Miranda, Jalima Ruiz Leiva  
con ayuda de la Profesora Licenciada Susana Borbón Sandí  
Febrero-Abril, 2017**