



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Faculta de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

# **Abordaje comunicativo del personal de enfermería ante la muerte: un estudio fenomenológico.**

**Alumno: Eduardo Moreno Poza**

Tutora: María Luisa Grande Gascón

Dpto: Enfermería

**Jaén, 8 de Junio de 2015.**



**UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**GRADO EN ENFERMERÍA  
Trabajo fin de Grado**

**ABORDAJE  
COMUNICATIVO DEL  
PERSONAL DE  
ENFERMERÍA ANTE LA  
MUERTE: UN ESTUDIO  
FENOMENOLÓGICO.**

**Alumno: Eduardo Moreno Poza**

**Directora académica: María Luisa Grande Gascón**

**Jaén, 8 de Junio de 2015.**

## **Agradecimientos**

Quiero manifestar mi más sincera gratitud a:

- María Luisa Grande Gascón, por su paciencia y empatía a la hora de apoyar mi proyecto académico, así como los conocimientos adquiridos a través de su docencia.
- María Luisa Martínez Eisman, por su presencia, cariño y apoyo, tanto en el día como en la noche.
- Pablo Raya Izquierdo, por los pequeños detalles que siempre llegan a tiempo.
- Carmen Obra Molero, por la luz de su sonrisa en los momentos de mayor oscuridad.
- Alberto de la Rubia Sánchez, por enseñarme el verdadero valor de la comunicación humana: sentirnos vivos.
- Todos los compañeros de facultad con los que he compartido guardias en el hospital, días eternos de biblioteca, tardes al sol en el Bulevar y noches llenas de Historia, lugares donde las palabras delegan en gestos que maduran como un buen vino.
- Todas las Enfermeras y Enfermeros que han dedicado parte de su valioso tiempo para comprometerse conmigo en esta odisea académica, cargada de humanismo y carente de efectos adversos. Sin ellos, las palabras que aquí defiendo no tendrían ningún sentido.

A todos ellos, **gracias de corazón.**

**Eduardo Moreno Poza**

## RESUMEN

---

La comunicación humana es un recurso fundamental en el desempeño diario de la labor enfermera, especialmente en los momentos donde la vida y la muerte mantienen una mínima distancia. La tecnología sanitaria predominante en una sociedad cada vez más deshumanizada supone un riesgo a la comunicación más terapéutica y tradicional entre el profesional sanitario y el paciente. El objetivo de estudio es analizar la manera en la que los profesionales de enfermería viven las situaciones relacionadas con la muerte, así como la comunicación que se requiere en esas circunstancias para conseguir propuestas que mejoren la calidad asistencial.

**Metodología:** estudio cualitativo de tipo fenomenológico. Se ha utilizado la incorporación progresiva de participantes por muestreo intencional hasta conseguir la saturación de datos. Para la recogida de datos, se ha recurrido a la entrevista semiestructurada, donde los testimonios fueron grabados y transcritos, empleando la metodología propuesta por M. Van Manen.

**Resultados:** los profesionales de enfermería hablaron acerca de sus conocimientos sobre la comunicación, el duelo, sus emociones ante la muerte del paciente y las propuestas que harían para mejorar su labor diaria.

**Conclusiones:** existe un déficit teórico y una dotación escasa de recursos en el personal enfermero que dificulta su labor diaria.

**Palabras clave:** Comunicación humana. Enfermería. Muerte. Fenomenología.

## ABSTRACT

---

Human communication is an essential resource in the daily performance of nurses, especially in moments when life and death hang by a thread. Current technology at hospital in a society more and more dehumanized prevails over traditional relationship between nurse and patient. The principal aim of this study is to analyse the way nurses live and face situations about death and what kind of communication require these moments in order to obtain new proposals to improve the assistance in patients.

**Methodology:** a qualitative study of phenomenological character. Progressive incorporation of participants was made, using intentional sampling up to data saturation. The instrument used to collect information was the semi structured interview and all the information was recorded and transcribed afterwards, using the method of M. Van Manen.

**Results:** nurses talked about what they knew about communication, mourning, feelings about delicate situations and proposals to improve their daily work.

**Conclusion:** there is a shortage of knowledge and means in nurses which complicate their work.

**Key words:** Human communication. Nursing. Death. Phenomenology.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos .....	3
RESUMEN .....	4
ABSTRACT.....	5
<b>1. Introducción al tema de estudio. ....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Planteamiento del problema. ....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Justificación.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Objetivos del estudio.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Objetivo general .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>10</b>
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>10</b>
<b>3.1. La comunicación en el contexto sanitario.....</b>	<b>10</b>
3.1.1. <i>Fundamentos de la comunicación humana. Concepto, elementos y estilos. Comunicación verbal (C.V.) y no verbal (C.N.V.).....</i>	10
3.1.2. <i>Fisiología de las emociones. ....</i>	15
<b>3.2. Aspectos relacionados con la muerte .....</b>	<b>16</b>
3.2.1. <i>La situación crítica. Definición.....</i>	16
3.2.2. <i>Los cuidados paliativos. Definición. ....</i>	17
3.2.3. <i>Duelo. Concepto y fases. ....</i>	17
3.2.4. <i>Orientaciones generales para ayudar a una persona en duelo. ....</i>	18
<b>3.3. El modelo de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau. ....</b>	<b>19</b>
<b>4. Metodología.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Bases teóricas y diseño del estudio. ....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Estrategia de búsqueda .....</b>	<b>21</b>
<b>4.3. Lugar de estudio.....</b>	<b>23</b>
<b>4.4. Población de estudio. Criterios de inclusión/exclusión .....</b>	<b>23</b>
<b>4.5. Recolección de datos .....</b>	<b>24</b>

4.6. Análisis de los datos. ....	26
4.7. Criterios de calidad y consideraciones éticas. ....	26
5. Resultados.....	27
5.1. Descripción general de los resultados. ....	27
5.2. Nivel de información de los profesionales.....	28
5.3. Emociones experimentadas.....	30
5.4. Calidad del servicio proporcionado al paciente .....	32
5.5. Propuestas sugeridas para mejorar el abordaje comunicativo. ....	35
6. Conclusiones. ....	36
7. Limitaciones del estudio.....	36
BIBLIOGRAFÍA. ....	37
ANEXOS. ....	41
Anexo 1. Consentimiento informado. ....	41
Anexo 2. Requisitos éticos de una investigación cualitativa. ....	44

## **1. Introducción al tema de estudio.**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

Las relaciones interpersonales constituyen un elemento fundamental para la realización social de las personas, tanto en ámbitos intra como extrahospitalarios. Las circunstancias en las que nos envuelve el devenir de nuestra existencia están llenas de conversaciones, silencios y miradas que sólo nosotros podemos dar a entender si sabemos cómo transmitirnos hacia la persona que tenemos delante<sup>1</sup>.

Gran interés social el que despierta el motivo de esta investigación, ya que la Enfermería, como disciplina científica, se encarga de muchas funciones, entre las cuales encontramos: cuidado directo al paciente (reduce las molestias para alcanzar el bienestar de la persona), administración (mediante la planificación, organización, dirección y control del trabajo individual y comunitario), investigar (proponiendo soluciones, a través de la identificación de conflictos) y finalmente, educar<sup>2,3</sup>.

A un nivel más subliminal si cabe, podemos decir que la Enfermería también trabaja con personas sanas, y palia el sufrimiento físico psíquico tanto pacientes como sus respectivos familiares, por lo que es irremediamente nombrar en todo lo expuesto anteriormente la comunicación como proceso interpersonal<sup>2,3</sup>.

Ahora centrémonos en aquellas situaciones en las que la comunicación es determinante, aquellas vivencias donde la vida y la muerte se entrelazan en finales a veces inesperados, propios de las situaciones críticas y por el contrario, momentos en los que la muerte es el único camino hacia el descanso<sup>2</sup>.

Para ello, esta investigación se divide en dos partes: un análisis teórico y otro estudio de campo. Dentro del primer análisis, encontramos una revisión bibliográfica sobre los diversos temas que atañen a la comunicación humana en general y a los contextos específicos nombrado anteriormente, con el fin de ofrecer unas bases sólidas en el presente estudio, así como una perspectiva general de la importancia de la comunicación humana en las relaciones interpersonales.



Así pues, el marco teórico aborda diversos fundamentos de la comunicación, los mecanismos biológicos que intervienen en las emociones estresantes, como la ansiedad o el miedo, la muerte conceptualizada en dos vertientes (crítica y paliativa), el duelo y para finalizar el modelo de interrelaciones de Hildegard Peplau<sup>4</sup>.

En la parte del estudio de campo, nombramos la metodología del estudio. Además, definimos a los informantes clave, la recogida de los datos, el método de análisis de los mismos, así como los criterios éticos pertinentes. Posteriormente explicamos los resultados obtenidos a través de esta investigación.

Como consideraciones finales, incluimos la discusión, las conclusiones que alcanzamos y las limitaciones encontradas.

## **1.2. Justificación.**

Así pues, con esta investigación queremos conocer y entender las vivencias del personal de enfermería ante la muerte, bien en un contexto urgente o paliativo, donde las habilidades comunicativas constituyan el núcleo duro en la excelencia de los cuidados que aportan.

Unas de las principales razones por la que hemos decidido realizar un estudio de esta índole es la preocupación por la cada vez más creciente deshumanización en nuestro entorno sanitario. La práctica profesional ha adquirido a lo largo de las últimas décadas, un matiz cada vez más tecnológico, casi negando la importancia que tiene para enfermería el carácter humano<sup>5,6</sup>.

Sin embargo, la deshumanización no solamente es atribuible a la presencia de máquinas más sofisticadas con el diagnóstico, ya que este fenómeno de deshumanización de los cuidados comprende una compleja simbiosis entre la dinámica de las instituciones sanitarias y la propia sociedad. Por ello resulta crucial humanizar la salud, aunque se trate de una misión altamente compleja, desde las altas esferas políticas hasta la formación de los estudiantes en las universidades<sup>6,7</sup>.

La teoría de interrelaciones personales de Hildegard Peplau es el ejemplo más interesante en este sentido, ya que aporta un significado al vínculo enfermera-paciente,

manteniendo unos cuidados dignos en un ambiente tecnológico y asegurando siempre la autonomía del paciente en su proceso asistencial<sup>4,7</sup>.

Considerando lo que hemos expuesto anteriormente, tenemos la sensación de que a la enfermería le queda mucho por hacer y que el cuidado como tal ha de concebirse como un acto de innegable responsabilidad, tanto para bien como para mal de la incumbencia del profesional<sup>5</sup>.

## **2. Objetivos del estudio**

### **2.1. Objetivo general**

Analizar la manera en la que los profesionales de Enfermería viven las situaciones relacionadas con la muerte, así como la comunicación que se requiere en esas circunstancias.

### **2.2. Objetivos específicos**

- a) Determinar los conocimientos por parte de los profesionales de Enfermería acerca de la comunicación humana, el duelo, las situaciones críticas y los cuidados paliativos.
- b) Valorar si existen carencias en los conocimientos del personal sanitario sobre la comunicación humana, el duelo, las situaciones críticas y los cuidados paliativos.
- c) Contrastar las experiencias vividas por el profesional de Enfermería ante las situaciones críticas y los cuidados paliativos.
- d) Identificar nuevas propuestas por parte del profesional de Enfermería para mejorar la asistencia al paciente.

## **3. Marco teórico**

### **3.1. La comunicación en el contexto sanitario.**

*3.1.1. Fundamentos de la comunicación humana. Concepto, elementos y estilos. Comunicación verbal (C.V.) y no verbal (C.N.V.).*

El vocablo comunicación tal y como lo conocemos, ha adquirido diversos significados a lo largo de su existencia. El término latino *communicare*, viene a significar *hacer partícipe a otra persona de lo que uno tiene, poner en relación y*

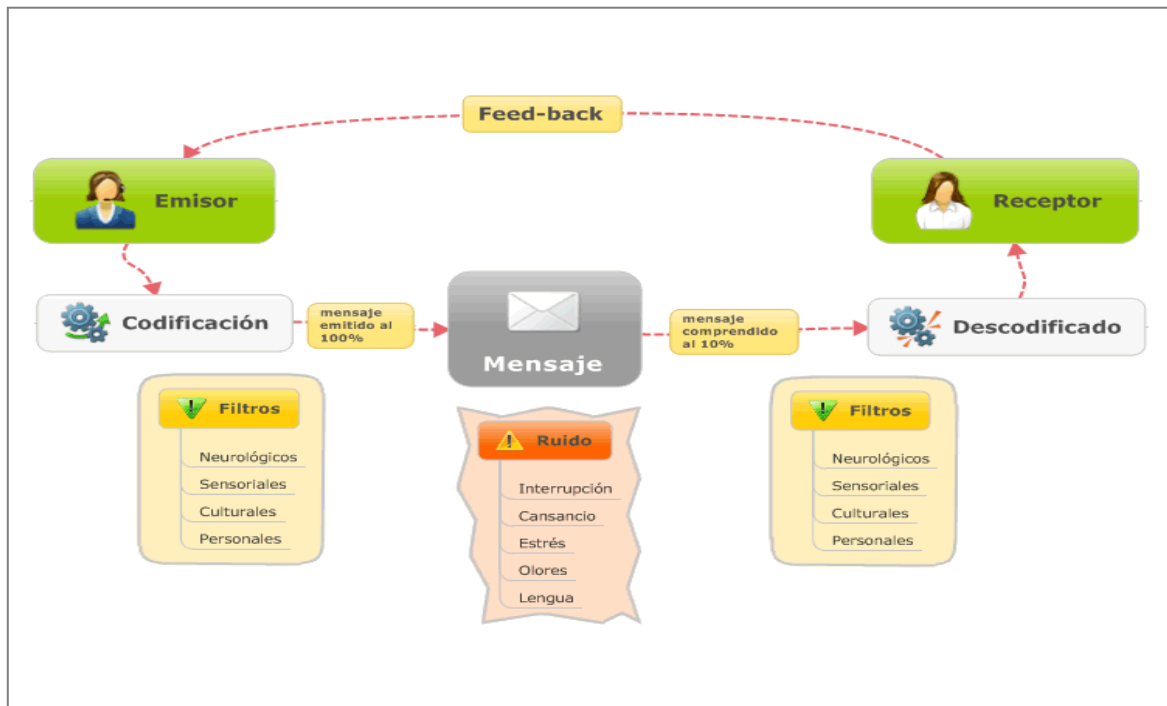
*participar en común*. No es hasta el siglo XVI, cuando la palabra *comunicar* obtuvo en su significado el siguiente matiz: *transmitir*. Actualmente la comunicación se define como una conducta entre personas cuya función principal es hacer que las relaciones humanas sean factibles<sup>1,8</sup>.

Dentro de todo acto comunicativo, existen distintos elementos diferenciados que permiten desarticularlo y entender mejor su propia naturaleza (ver figura 1):

- a) **Emisor:** el sujeto que se encarga de transmitir información. En esta persona recaen diversas peculiaridades que influyen en la calidad de la información que desea transmitir, como las peculiaridades culturales, el nivel de educación, el sistema social donde crece, así como su estado físico<sup>8</sup>.
- b) **Receptor:** quien capta la información que el receptor transmite. Al igual que el emisor, el receptor recibirá correctamente el mensaje en función de sus características biospsicosociales. Su actividad depende de tres factores<sup>8</sup>:
  - La propia *recepción*, determinada por la atención.
  - La *participación*, construyendo los significados que provienen de los signos recibidos.
  - El *efecto*, tanto interno (marcado por la sensibilidad, el conocimiento y/o la actitud) como externo (forma de comportarse).
- c) **Mensaje:** el contenido que se comunica. En el ámbito sanitario debe adquirir los matices de coherente en su contexto, persuasivo en fondo y estimulante<sup>8</sup>.
- d) **Canal:** la vía por la cual se emite, discurre y se capta el mensaje. En el caso de la comunicación verbal (CV), el emisor se valdrá de su aparato fonador y el receptor empleará su oído para los mensajes acústicos, dejando la visión y el tacto para la comunicación no verbal (CNV)<sup>8</sup>.
- e) **Código:** la suma de los signos empleados para cifrar el mensaje, como por ejemplo, los idiomas (español, francés, chino...), el lenguaje de signos para sordos...<sup>8,9</sup>.
- f) **Feedback:** son aquellas señales ocultas o explícitas que el tanto el emisor como el receptor perciben entre ambos: preguntas, gestos... Evalúa nuestra actitud como emisor y/o receptor, permitiendo corregir las posibles alteraciones del proceso comunicativo<sup>8</sup>.

g) **Contexto:** es el momento en que se transmite el mensaje y las circunstancias que condicionan su significado<sup>8,9</sup>.

h) **Ruido:** toda aquella interferencia que altera la adecuada transmisión del mensaje<sup>9</sup>.



**Figura 1.**Elementos de la comunicación humana. Fuente: Biggerplate Español. @SignosArg comparte varios #MapasMentales como el mapa del Esquema de de la comunicación.Gracias. [https://twitter.com/Biggerplate\\_Es/status/569471742231625728](https://twitter.com/Biggerplate_Es/status/569471742231625728). 2015 February 22. [cited 2015 April 3] [Tweet]. Available from: <http://www.biggerplate.com/mindmaps/JrJVC3Br/esquema-de-la-comunicaci-243-n>

Las personas manejamos todos los elementos comunicacionales de manera distinta, definiendo nuestro propio estilo comunicativo, pero se pueden concretar en tres tipos esenciales:

1. **Estilo agresivo:** en este estilo, la persona se manifiesta sus convicciones y derechos sin respetar ni aceptar el criterio ajeno, llegando hasta el punto de atacar o desprestigiar. Un ejemplo: *“Esto se hace así y punto”*<sup>9</sup>.
2. **Estilo inseguro:** la persona no acepta ni respeta sus propios derechos, o no lo hace de manera correcta. No se atreven a expresarlos, por miedo a la opinión ajena, suponiendo una falta de seguridad importante en la persona<sup>9</sup>.

**3. Estilo asertivo:** es el estilo en el que la persona manifiesta de forma directa lo que siente o piensa, pero esta vez, a diferencia del estilo agresivo, respetando y defendiendo sus necesidades sin comprometer las ajenas. Es el estilo comunicativo ideal para abordar tanto las situaciones críticas como paliativas<sup>9</sup>.

Dentro de los principales tipos de comunicación humana encontramos dos variables universales<sup>1,8,9</sup>:

**a) Comunicación verbal (CV):** con esta comunicación aludimos a la que puede realizarse de dos maneras distintas: la oral, a través de palabras habladas, así como escrita, usando la representación gráfica de los signos<sup>8,10</sup>.

Cuando hablamos de la comunicación oral, nos remitimos a la manera más primitiva de interrelación entre los seres humanos: risas, gruñidos, llantos... La evolución de la especie es la que aporta una sofisticación de dicha comunicación hacia un lenguaje más articulado, caracterizado por las sílabas, las palabras y las oraciones que usamos hoy en día<sup>1,8,10</sup>.

En lo referente a la comunicación escrita, también ha existido una gran refinación en su forma y contenido. Buen ejemplo de ello ha sido la evolución desde los jeroglíficos egipcios hasta los alfabetos y logotipos de hoy en día<sup>9,10</sup>.

**b) Comunicación no verbal (CNV):** hace referencia a todos aquellos aspectos comunicativos que no son necesariamente verbales: gestos, distancias, forma de respirar, distancias o vestimenta<sup>1,8</sup>.

Esta comunicación se subdivide en varias áreas de estudio: proxémica (distancias), kinesia (movimientos y posturas), paralingüística (tono de voz, pausas...) y la comunicación táctil<sup>8,10</sup>.

Todas estas señales nos indican una serie de actitudes a reconocer como profesionales sanitarios a la hora de abordar al paciente (ver tabla 1):

<b>Defensa</b>	<b>Colaboración</b>	<b>Aceptación</b>
Puños cerrados. Brazos cerrados. Piernas cruzadas o colocadas sobre el reposabrazos de la silla.	Cabeza inclinada hacia adelante. Sentarse en el borde de la silla.	Manos abiertas y sueltas, con las palmas hacia arriba. Piernas descruzadas.
<b>Predisposición</b>	<b>Sospecha</b>	<b>Evaluación</b>
Manos sobre caderas. Habla confiada. Acercamiento hacia la otra persona.	Pérdida del contacto ocular. Cuerpo apuntado hacia la salida. Frotarse el puente de la nariz. Rascarse las orejas. Frotarse los ojos.	Acariciarse la barbilla Mirar por encima de las gafas. Pellizcarse el puente de la nariz. Gesto en L con índice y pulgar bajo la barbilla.
<b>Confianza</b>	<b>Tranquilidad</b>	<b>Desconfianza</b>
Contacto visual continuo. Cabeza alta Postura orientada hacia el interlocutor.	Manos agarradas detrás de la espalda. Inclinarsse sobre un objeto. Poner los pies sobre la mesa.	Tensión muscular. Movimientos torpes y forzados. No mirar al interlocutor.

**Tabla 1.** Identificación de señales que muestran actitudes. Fuente: adaptado de: Agüero PMZ. La comunicación interpersonal. EUMED.Universidad de Málaga; 2012.

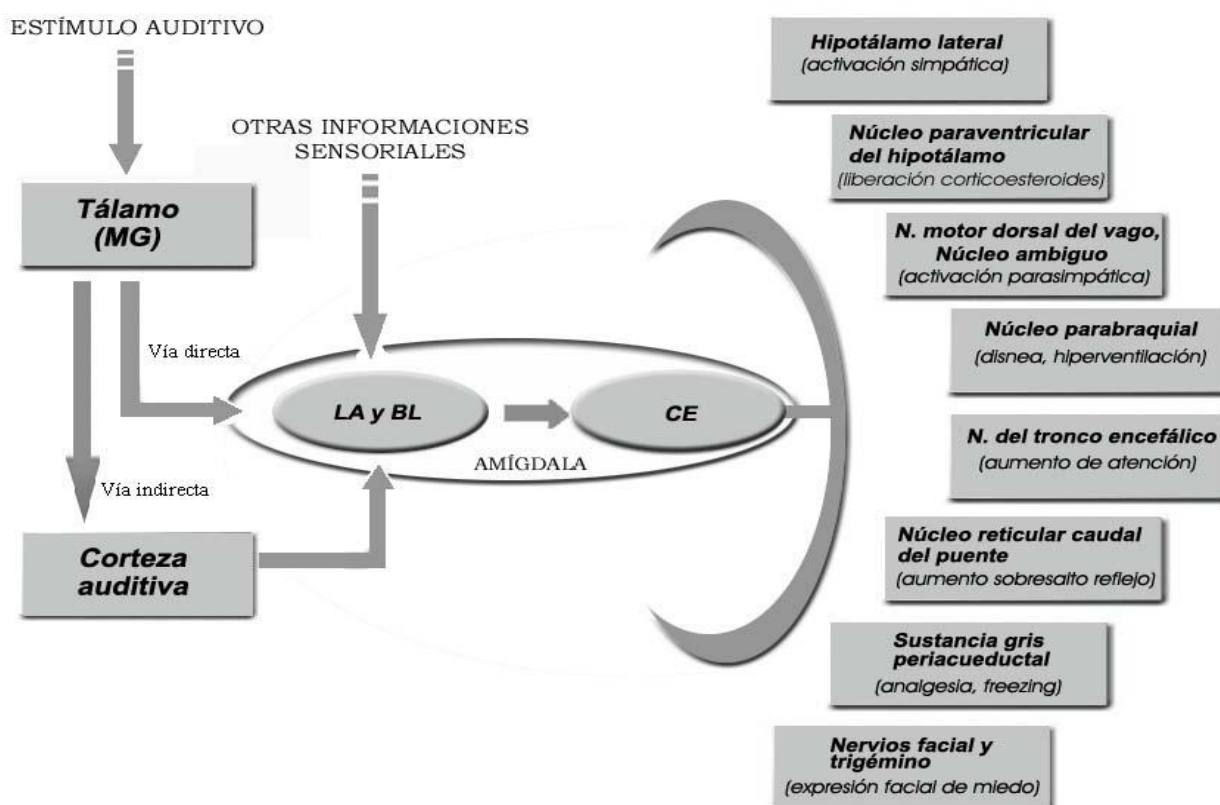
Cuando establecemos una relación interpersonal, distinguimos el plano del contenido (correspondiente a la comunicación verbal) y el plano de relación (comunicación no verbal). En caso de que existiesen contradicciones entre ambos planos, es recomendable fiarse más de las señales no verbales que de las verbales, ya que son más improvisadas y difíciles de fingir <sup>1, 8,9</sup>.

No olvidemos que la comunicación es la clave para la eficiencia de los profesionales de Enfermería, incluso en aquellas situaciones en las que el humor y una sonrisa son difíciles, ya que suponen impacto directo en el bienestar del paciente, así como una manera más sencilla de optimizar las intervenciones a realizar <sup>8,11</sup>.

### 3.1.2. Fisiología de las emociones.

Cualquier proceso humano interno tiene su explicación fisiológica. En este caso, el estrés, el miedo, la ansiedad pueden darse la mano de cara al afrontamiento de la muerte, por lo que una revisión somera de los principales mecanismos fisiológicos que median en estas emociones puede contribuir a que el personal de Enfermería canalice mejor su salud mental y en consecuencia la asistencia al paciente<sup>12,13</sup>.

La literatura revisada señala que la amígdala es una estructura determinante en la expresión de la experiencia emocional (especialmente la amígdala bilateral, cuya localización se halla en los núcleos temporales del cerebro). Cuando recibimos un estímulo, la información se dirige a los órganos sensoriales del tálamo y finalmente a la corteza sensorial cerebral (ver figura 2)<sup>13</sup>.

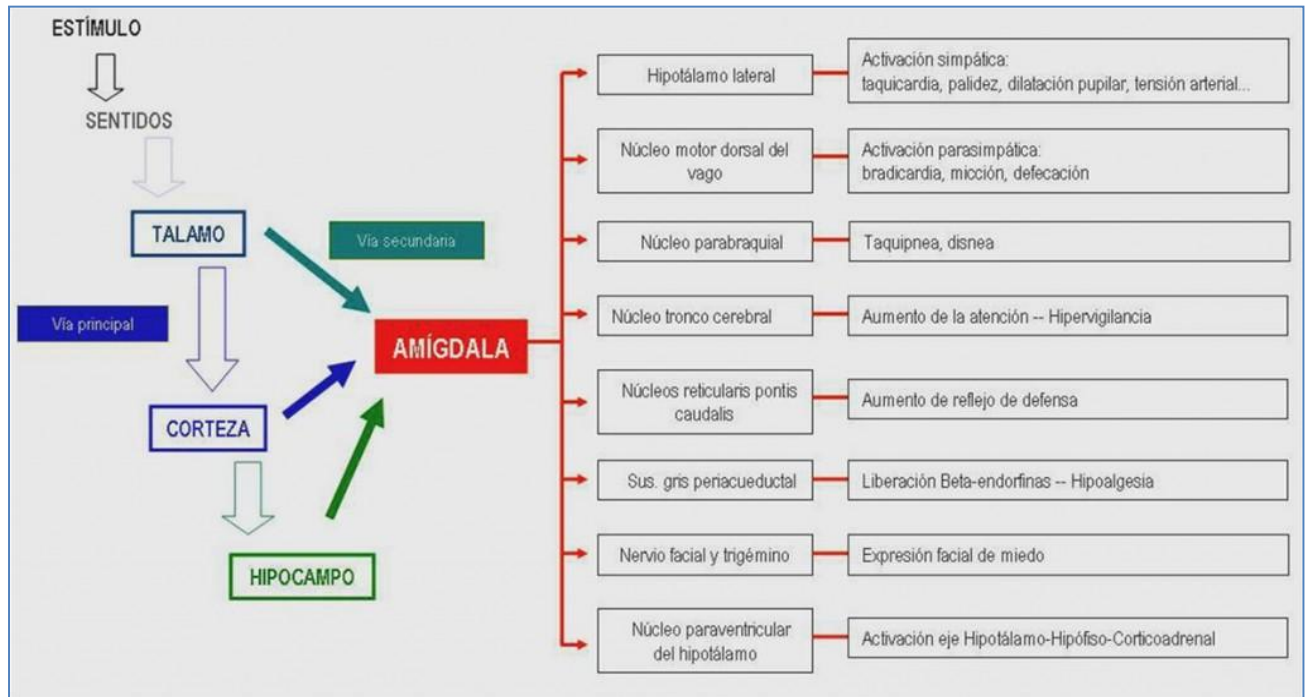


**Figura 2.** Circuitos fisiológicos de las emociones estresantes. Fuente: Viedma del Jesús, MI. Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2008.

Desde la amígdala central fluyen diversas vías que se apoderan de varios tipos de respuestas. Poniendo un ejemplo, las respuestas procedentes del Sistema Nervioso

Autónomo (presión sanguínea) dependen de una de dichas vías, la cual une a la amígdala con el hipotálamo lateral <sup>13</sup>.

Las conductas de huida o lucha, así como las de congelamiento, precisan de una vía intacta que une la amígdala con el área gris central del cerebro medio (ver figura 3).



**Figura 3.** El sistema del Miedo. Fuente: Torras M., Portell I., Morgado I. La amígdala: implicaciones funcionales. Rev Neurol 2001; 33(5):471-476.

### 3.2. Aspectos relacionados con la muerte

#### 3.2.1. La situación crítica. Definición.

Según la literatura revisada, una situación crítica es aquella que supone una amenaza para la vida, que se produce cuando la persona considera los recursos que tiene como insuficientes con respecto a las necesidades que tiene que afrontar, de forma que compromete a su capacidad de adaptación y evolucionar<sup>8,9</sup>.

Las situaciones críticas pueden clasificarse en dos categorías:

- a) **Crisis evolutivas:** momento crítico en la vida de la persona que no deja de estar enmarcado en la normalidad de su desarrollo vital. Como ejemplos podemos referenciar: embarazos, crisis de identidad sexual y madurez, jubilación, envejecimiento y muerte<sup>8</sup>.



**b) Crisis circunstanciales:** se producen en la vida de la persona de manera ocasional sin poder controlarse anticiparse a ellos: accidentes de tráfico, abortos o suicidios<sup>8</sup>.

A nivel hospitalario, resulta fundamental formar a los estudiantes de Enfermería en técnicas comunicativas y consultar la historia clínica de los pacientes para evitar un triaje erróneo y, en consecuencia, unos profesionales futuros que puedan prestar una atención holística al paciente<sup>14,15</sup>.

En este tipo de situaciones, el contexto va a ser uno de los elementos más decisivos, ya que se encarga de definir el modelo comunicativo a manejar para conseguir nuestros objetivos con el paciente y/o familia<sup>8,9</sup>.

### **3.2.2. *Los cuidados paliativos. Definición.***

Los cuidados paliativos pueden definirse como la atención holística de las personas y sus respectivas familias en aquellas situaciones donde hay una enfermedad avanzada, incurable y progresiva, siendo sus objetivos básicos: controlar el dolor del paciente, apoyo emocional tanto para él como para su familia, así como garantizar su bienestar<sup>16,17,18</sup>.

Estos cuidados consideran el carácter natural de la muerte y la prohibición de no alargar innecesariamente la vida, estimulando la participación activa de la familia durante todo el proceso de la muerte<sup>16</sup>.

La política sanitaria debe incluirlos, favoreciendo su servicio accesible y gratuito, con una cobertura, equidad y facilidad con el fin de poder administrar los fármacos que se requieran para controlar los principales síntomas. Una razón principal por la que es necesaria una implantación cada vez más precoz es el carácter de la sociedad occidental, marcada por la indiferencia ante la muerte y la falta de formación en el manejo de los síntomas de los pacientes que sufren patologías de esta índole<sup>17,18</sup>.

### **3.2.3. *Duelo. Concepto y fases.***

Proveniente del vocablo griego *dolos*, que traducido al castellano significa dolor. Se puede definir como un estado subjetivo que aparece tras la pérdida de algo o alguien con respecto al cual se mantenía un gran sentimiento de afecto. Es considerado como un síndrome, ya que está acompañado de un conjunto de signos y síntomas, como el llanto, el aturdimiento o la ansiedad<sup>9,19</sup>.

Las fases por las que atraviesa una persona en duelo podrían compararse a las de una herida que cicatriza., con reacciones esperables y comunes a todas las personas que se encuentran en este estado. Éstas pueden presentarse de manera simultánea o escalonada<sup>19</sup>:

1. **Primera fase: shock.** Las características principales son la incredulidad, el desconcierto, el embotamiento, oleadas de angustia (varias veces al día, de duración variable y potenciadas por el recuerdo del ente perdido), pensamientos obsesivos y ciertos síntomas físicos (sequedad bucal, suspiros, temblor incontrolable, náuseas, llanto incontrolable...). Inicialmente puede tratarse de un sentimiento protector hacia la adversidad que la persona tiene ante ella. Puede durar desde horas hasta días<sup>19</sup>.
2. **Segunda fase: anhelo y cólera.** Intenso sentimiento de pena, donde la persona acepta intelectualmente su actual situación, pero apatía y la ansiedad dominan su vida diaria. La concentración y el apetito disminuyen. Duran aproximadamente unas semanas<sup>8,19</sup>.
3. **Tercera fase: desesperación.** Mucha gente la considera como la peor etapa del proceso de duelo, marcadas por una gran aflicción. Sus principales características son: aislamiento, impaciencia, fatiga, necesidad de dormir con mayor frecuencia, desamparo y pérdida de apoyo social<sup>19</sup>.
4. **Cuarta fase: reorganización.** La persona comienza a mirar al futuro desde el tercer mes, recuperando funciones perdidas como el apetito y el peso perdido, consiguiendo vivir sin la pérdida<sup>8,19</sup>.
5. **Quinta fase: renovación.** En esta fase la persona recupera los niveles normales de auto-estima, dando un sentido más positivo a su existencia y reemplazando todo aquello que le proporcionaba dolor en el pasado<sup>8</sup>.

#### *3.2.4. Orientaciones generales para ayudar a una persona en duelo.*

Algunos consejos clave para ayudar a las personas que están atravesando un duelo son los siguientes<sup>8,20</sup>:

1. Aportar un espacio para que la persona exprese su dolor.
2. Ayudar a descubrir aquellos sentimientos o emociones que actúen nocivamente en la salud de la persona.

3. Fomentar la aceptación de la nueva realidad, escuchándolos y asegurándose que la persona se ha despedido de forma correcta (preguntándole por ejemplo si ha ido al cementerio).
4. Consentir las expresiones del dolor, permitiendo la descarga emocional contenida.
5. No precipitarse en tomar decisiones drásticas, ayudándolos a recuperar el tiempo perdido y conectar con sus apoyos sociales.

### **3.3.El modelo de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau.**

A la hora de realizar una investigación, resulta fundamental analizar y exponer los enfoques teóricos, investigaciones y teorías anteriores, ya que en ellos se encuentra la principal base del estudio queremos desarrollar<sup>21</sup>.

Sin embargo, no debemos perder de vista el enfoque de este estudio, que pretende explicar los acontecimientos que suceden en la realidad y no valorar la manera en la que los fenómenos se conceptualizan en teorías ya existentes. En consecuencia, hemos considerado apoyar nuestro estudio y resultados con respecto al marco de referencia de una manera somera, pero sin perder de vista las raíces en las que se fundamenta todo el conocimiento que hemos expuesto, pues lo que hemos pretendido con este estudio es generar nueva teoría<sup>21</sup>.

Entre los ejemplos de modelos conceptuales que se utilizan en investigación enfermera, hemos elegido un marco teórico de referencia basado en los modelos de enfermería. En concreto, el perteneciente a las relaciones interpersonales, propuesto por Hildegard Peplau (ver figura 4)<sup>4</sup>.

Peplau fue la primera enfermera que calificó a la relación enfermera-paciente como el núcleo duro de los cuidados de enfermería, siendo para ella un proceso interpersonal que promueve valores educativos y motivadores con el fin de que la persona crezca de forma sana en su entorno<sup>4,7</sup>.



**Figura 4.** Hildegard Peplau (1909-1999).  
Fuente:Hildegard Peplau Nursing Theorist  
Homepage [Página de Internet]. The University of  
Western Ontario.c2007 [citado 2015 Mar 4].  
Disponible en:  
[http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/peplau.ht  
ml](http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/peplau.html)

En lo referente a la comunicación, Peplau consideró que tanto la verbal como la no verbal es un requisito indispensable en la relación con el paciente. En concreto, uno de los objetivos de esta relación es hablar acerca de las necesidades o problemas que han aparecido en el paciente como fruto de su interacción junto a la enfermera <sup>4</sup>.

Esta interacción presenta unas fases que tienen su devenir, llegándose a solapar y constituir una parte necesaria del proceso de enfermería<sup>4,22</sup>:

- 1. Fase de orientación:** comienza cuando el paciente manifiesta un problema o necesidad. En esta situación, la enfermera y el paciente, al desempeñar el rol de extraños, trabajan en sincronía para entenderse mutuamente. El paciente procura aprender el origen de sus problemas y el alcance que estos alcanzan, siendo valorado por la enfermera. A través de este proceso, crece la confianza entre la enfermera y el paciente, siendo más fácil para ésta el establecimiento de las intervenciones basadas en los objetivos que han acordado ambos<sup>4,23</sup>.
- 2. Fase de identificación:** en esta fase el paciente entiende lo que le pasa y responde a quien le presta ayuda. La enfermera por su parte, expresa sus sentimientos y consigue producir emociones positivas, para ganarse la confianza del paciente y que éste afronte su problema lo mejor posible, lo que favorece el diagnóstico y el establecimiento del plan de cuidados<sup>23</sup>.
- 3. Fase de aprovechamiento:** el paciente aprovecha al máximo los servicios que le aporta enfermería mediante la canalización de su ansiedad. Es ahora cuando existe una relación terapéutica permanente. En esta fase el paciente adquiere una mayor autonomía y la enfermera puede adoptar diversos roles: recurso, consejera, educadora, consejera, jefa, sustituta o experta técnica<sup>23</sup>.

- 4. Fase de resolución:** la relación terapéutica termina cuando el paciente reasume la independencia que en un comienzo tenía, mientras que la enfermera se encarga de evaluar el crecimiento que se ha generado entre ambos<sup>23</sup>.

El progreso existente entre las fases que aquí se exponen es una gran forma de conseguir una correcta recuperación del paciente, aunque el conocimiento es limitado con respecto a este proceso, según la literatura revisada<sup>7,22,23</sup>.

## **4. Metodología.**

### **4.1. Bases teóricas y diseño del estudio.**

El objetivo del estudio lo hemos abordado con un estudio cualitativo descriptivo, empleando la ciencia de la fenomenología y la teoría de Hildegard Peplau como marco teórico-metodológico<sup>4,24</sup>.

Este modelo de investigación fue introducido a finales del siglo XIX por Edmund Husserl ante la preocupación de que el método científico que se seguía para estudiar los fenómenos físicos, era inapropiado para estudiar el pensamiento y la acción humana<sup>24, 25</sup>.

Hemos elegido un estudio fenomenológico, debido a que la investigación cualitativa intenta responder a las cuestiones que queremos entender o explicar, pudiendo distinguir a la Fenomenología como la ciencia con fundamentos filosóficos y psicológicos que describe la comprensión de las experiencias de los seres humanos en su propio contexto y en primera persona<sup>24,26</sup>.

### **4.2. Estrategia de búsqueda.**

Cualquier práctica ha de comenzar con un dato o teoría que tenga como fin generar evidencia, debido a que ésta es el pilar fundamental que aporta seguridad y justificación a cualquier estudio<sup>21</sup>.

Para acceder a este conocimiento teórico, hemos consultado diversas fuentes de información científica:

- a) Fuentes de información primaria:** aquellas publicaciones que poseen información original y no ha sido ni filtrada ni evaluada por nadie más, por lo que es necesario valorar con una perspectiva crítica los artículos que hay en

ellas. Ejemplo de estas fuentes han sido las revistas (tanto nacionales como internacionales) así como los libros<sup>21,23</sup>.

**b) Fuentes de información secundaria:** estas fuentes permiten acceder a información importante acerca de un tema entre las múltiples referencias que presentan (ver tabla 2).

Base de datos	Palabras clave/Cadenas de búsqueda	Fecha de consulta	Resultados	Artículos seleccionados
<b>CINHAL</b>	Communicat* AND Nurs* AND Emergen*	3/11/2014	152	4
	Nurs* AND mourning	3/2/2014	12	1
	Peplau theory AND communicat* AND nurs*	2/2/2014	1	1
<b>Cuiden Plus</b>	Communicat AND Nurs AND Emergen	24/11/2014	96	4
<b>Pubmed</b>	Communicat* AND Nurs* AND critic* care*	27/11/2014	9	1
<b>Google académico</b>	Peplau theory AND nurs*	2/3/2015	39	1
	Qualitative research AND nurs*	6/3/2015	24	2
<b>LILACS</b>	(Definition AND Palliative car\$) OR (Definition AND Critical car\$)	13/3/2015	8	3
<b>Cochrane</b>	Human communication AND nurses AND Death	14/3/2015	25	2

**Tabla 2.** Búsqueda bibliográfica en Bases de Datos. Elaboración propia.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases nacionales e internacionales: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), Cuiden Plus, Public Medline (Pubmed), Google académico, LILACS y Cochrane.

Se localizaron en total 366 artículos entre las distintas bases de datos. Los registros elegidos (19 en total) se exportaron al gestor bibliográfico Refworks.

**c) Fuentes de información terciaria:** son aquellas fuentes en las que la valoración crítica de los documentos no es necesaria, ya que otros profesionales la han

realizado. Son recursos que tienen su origen en la medicina basada en la evidencia, formados a través de los datos de la investigación primaria<sup>23</sup>.

Hemos consultado la base de datos Cochrane (ver tabla 2), guías de práctica clínica y algunas publicaciones recogidas en la Evidence Based Nursing (EBN).

#### **4.3. Lugar de estudio.**

El presente estudio se ha realizado en las Unidades de Cirugía, Cuidados críticos, Hematología, Medicina Interna y Urgencias del hospital general público San Juan de la Cruz, de Úbeda (Jaén) así como en centro de Atención Primaria de Baeza (Jaén).

#### **4.4. Población de estudio. Criterios de inclusión/exclusión**

Las Unidades seleccionadas presentan una total de 13 profesionales de enfermería constituyendo todos ellos la población del estudio sobre la que se ha realizado esta investigación (ver tabla 3). En estas personas hemos un muestreo intencional, aplicando los siguientes criterios<sup>21</sup>:

- a) **Criterios de inclusión:** profesionales de Enfermería que han tenido una experiencia superior a tres años en Unidades de Cirugía, Cuidados críticos, Cuidados Paliativos, Medicina Interna y/o Urgencias, con el fin de garantizar un contacto mínimo con el objetivo que se quiere investigar.
- b) **Criterios de exclusión:** profesionales de Enfermería que han sufrido una pérdida familiar un año previo al comienzo de este estudio.

Para una óptima organización y diversidad de opiniones, hemos segmentado a la población de estudio en función del servicio en el que han trabajado:

**Grupo A:** Servicio de Urgencias

**Grupo B:** Servicio de UCI

**Grupo C:** Servicio de Cirugía

**Grupo D:** Servicio de Traumatología

**Grupo E:** Servicio de Medicina Interna

**Grupo F:** Cuidados Paliativos

Al realizar las prácticas académicas en estos centros, ha sido más fácil realizar la elección del personal pertinente. Adicionalmente, estos profesionales han sugerido otros

informantes que han sido de gran ayuda a lo largo de este estudio, por la valiosa y fidedigna información que han proporcionado.

Hemos incorporado a todos los informantes clave a través de la comparación constante, hasta que se ha producido la saturación de datos<sup>21</sup>.

Código del participante	Sexo	Edad	Estado civil	Años de experiencia	Especialidad	Día de la entrevista
<b>A.1.</b>	M	42	Casada	8	Urgencias	6/3/15
<b>A.2.</b>	H	30	Casado	3	Urgencias	6/3/15
<b>A.3.</b>	H	35	Casado	9	Urgencias	8/3/15
<b>A.4.</b>	H	37	Soltero	9	Urgencias	8/3/15
<b>A.5.</b>	H	43	Casado	23	Urgencias	12/3/15
<b>A.6.</b>	M	54	Casada	14	Urgencias	25/3/15
<b>A.7.</b>	M	46	Casada	7	Urgencias	9/4/15
<b>B.1.</b>	M	51	Casada	5	UCI	13/3/15
<b>C.1.</b>	M	42	Casada	11	Cirugía	12/3/15
<b>D.1.</b>	H	59	Casado	7	Traumatología	8/4/15
<b>E.1.</b>	M	48	Casada	18	Medicina Interna	12/3/2015
<b>E.2.</b>	M	52	Casada	5	Medicina Interna	2/4/15
<b>F.1.</b>	H	49	Casado	10	Cuidados Paliativos	8/4/15

**Tabla 3.** Características sociodemográficas de los informantes clave. Elaboración propia.

#### 4.5.Recolección de datos.

Para obtener la información deseada hemos recurrido a la entrevista en profundidad individual semiestructurada, la cual consta de diversas dimensiones con sus respectivas preguntas en función de la persona entrevistada y de los objetivos que hemos querido perseguir, así como de la bibliografía consultada (ver tabla 4)<sup>21</sup>.

Hemos elegido la entrevista en profundidad semiestructurada porque recoge la óptica del individuo en relación a una vivencia personal, sobre la que influyen de



manera decisiva las características biopsicosociales, tanto del entrevistador como del entrevistado. Esto hace que la información que se recoja en ella no sea tan delimitada e impersonal, pudiendo conocer diversos matices, pero sin perder de vista ni menospreciar la esencia de la investigación<sup>21,27,28</sup>.

Al tratarse de un proyecto novel, hemos optado por guiarnos mediante una serie de preguntas, con el fin de conseguir la información necesaria lo más ordenadamente posible y delimitar la información para simplificar los objetivos (ver tabla 4):

Dimensión	Pregunta(s)
<b>Nivel de información sobre la comunicación humana y las situaciones críticas y/o paliativas.</b>	¿Qué puedes contarme sobre la comunicación humana en general? ¿Y sobre las situaciones críticas/paliativas? ¿Consideras importante la comunicación en este tipo de situaciones? ¿Por qué? ¿Qué sabes sobre el duelo? ¿Has aplicado tus conocimientos sobre el duelo durante el desempeño de tu trabajo?
<b>Emociones sentidas.</b>	¿Qué sientes cuando tienes que afrontar una situación en la que puede producirse la muerte del paciente? ¿Qué dificultades tuviste en esos momentos?
<b>Trato hacia el paciente.</b>	¿Cómo crees que se debe comunicar las malas noticias al paciente?
<b>Calidad del servicio que se proporciona al paciente.</b>	¿Cómo consideras el servicio que proporciona Enfermería al paciente en esas situaciones tan complejas?
<b>Propuestas sugeridas</b>	¿Qué propones para mejorar la atención al paciente en estas condiciones?

**Tabla 4.** Dimensiones y preguntas de la entrevista semiestructurada.

Elaboración propia.

Una vez establecido el contacto personal con los informantes, hemos acordado la correspondiente cita (hora y lugar). Antes de comenzar a grabar la entrevista hemos agradecido a todos los participantes su colaboración y le hemos animado a manifestar las dudas previas al comienzo de ésta. La duración media de la entrevista ha sido de 20 a 25 minutos aproximadamente.

#### 4.6. Análisis de los datos.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas fueron analizados según las etapas propuestas por el método fenomenológico-hermenéutico de M. Van Manen (Tabla 5): descripción (hemos recogido la experiencia vivida), interpretación (hemos obtenido la experiencia vivida y reflexionado sobre ésta) y descripción + interpretación (hemos escrito mientras manteníamos la reflexión sobre la experiencia vivida)<sup>27,29,30</sup>.

Fase	Contenido	Actividades
I (Descripción)	Recoger la experiencia vivida (de forma directa)	-Descripciones personales anecdóticas -Entrevistas conversacionales
	Recoger la experiencia vivida (de forma indirecta)	-Entrevistas conversacionales
II (Interpretación)	Reflexionar sobre la experiencia vivida	-Análisis temático y uso de diversos métodos de reducción.
III (Descripción + Interpretación)	Escribir y reflexionar sobre la experiencia vivida	-Elaboración del texto fenomenológico y revisión de la documentación fenomenológica

**Tabla 5.** Fases del método fenomenológico-hermenéutico. Fuente: Ayala R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. RIE [serial on the Internet]. 2008 [cited 2015 April 4];26(2):409-430. Available from:

<http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/94001/90621>

La información que se ha ido generando, la hemos analizado una vez recogida de manera inmediata, esto ha permitido reconocer más rápidamente la saturación de datos<sup>21</sup>.

#### 4.7. Criterios de calidad y consideraciones éticas.

La veracidad de la información que hemos recogido en la investigación cualitativa es uno de los mayores retos a demostrar. Para acreditar que la subjetividad

del investigador no es un cúmulo de errores en la interpretación del mundo que le rodea, hemos recurrido a ciertas estrategias que han solventado ese obstáculo y en consecuencia, han demostrado rigurosidad y calidad. Nos referimos a la reflexividad<sup>21</sup>.

Con la reflexividad hacemos referencia a la conversación interna que el investigador mantiene con respecto a la investigación mientras ésta se está desarrollando. Además, el investigador reflexiona sobre su rol en la investigación, el estatus que presenta y la influencia de su subjetividad a la hora de recoger y analizar los datos<sup>21,28</sup>.

En lo referente a las consideraciones éticas, hemos respetado el anonimato de cada uno de los participantes, a quienes les hemos asignado un código alfanumérico, para identificarlos correctamente y hacer que se sientan más cómodos durante el procedimiento. Además de la confidencialidad, hemos seguido una serie de criterios a tener en cuenta dentro de la investigación cualitativa (ver Anexo 2)<sup>31</sup>.

Las entrevistas grabadas recogen el testimonio verbal de que la información que concierne a sus nombres, sólo podrá ser escuchada por el entrevistador y el entrevistado, retirando aquellos nombres adicionales de otros compañeros que han surgido. Con el fin de poder realizar las entrevistas de forma plena, hemos entregado un consentimiento informado por escrito a cada uno de los participantes, donde hemos explicado y clarificado los objetivos que presenta el estudio, así como la confidencialidad que presenta (ver anexo 1). Una vez que lo han leído, han aceptado las condiciones y lo han firmado.

Una vez concluida la entrevista, hemos acordado con los participantes la manera de poder devolverla transcrita, dando a elegir entre el correo electrónico o en papel.

## **5. Resultados.**

### **5.1.Descripción general de los resultados.**

Los informantes clave han ofrecido una amplia variedad de respuestas en todas las dimensiones y no han renunciado a ninguna cuestión que se les ha formulado. Las preguntas que han respondido con mayor fluidez, paradójicamente han sido aquellas en las que se requería un contenido emocional intenso, donde las anécdotas y los consejos han sido de gran utilidad para construir la columna vertebral de este estudio.

## 5.2. Nivel de información de los profesionales.

En lo referente a la comunicación humana, generalmente los informantes clave han demostrado conocer el concepto y las diferentes vertientes que la caracteriza. Muchos de ellos han enriquecido el término con varios matices:

*“Es la base de todo tipo de realización humana que permite la consecución de un fin”*  
(A.2.).

*“La comunicación es esencial en cualquier faceta de la comunicación enfermera”*  
(B.1.).

*“Una cosa tan corriente y tan habitual... Una función elemental en el ser vivo, como es la relación. Algo que nos distingue plenamente de otros seres vivos”* (D.1.).

Todos los informantes han insistido en que la comunicación es clave en su actividad laboral. En lo referente a la comunicación verbal y no verbal, generalmente todos los informantes coinciden en que la no verbal resulta esencial de cara al abordaje del paciente:

*“No verbal, ya que la postura, el tono y la forma pueden hacer que una frase no signifique lo mismo para una persona u otra”* (A.1.).

*“No verbal, ya que en esos momentos no sólo basta con decirles lo que quieren escuchar, la presencia por sí sola juega un papel muy importante, porque no están acostumbrados a la muerte y son momentos altamente afectivos”* (A.2.).

*“La mirada, que concuerde con lo que estás transmitiendo, porque si no hay una concordancia, no se transmite un mensaje correcto”* (F.1.)

Sin embargo, también encontramos a profesionales que defienden a la comunicación verbal como primer recurso comunicativo con el paciente.

*“Primero la verbal porque la que más utilizamos, pero en nuestra profesión la comunicación no verbal es determinante”* (D.1.).

*“La verbal, porque ante una situación crítica, la persona quiere información lo más rápida y veraz posible, de manera contraria crea mucha incertidumbre. Aunque debe ir acompañada de su correspondiente comunicación no verbal, como mirar directamente a los ojos”* (A.5.)

A la hora de terminar los conocimientos relativos al concepto de cuidados paliativos y situación crítica, también han demostrado afirmaciones bastante concisas y verídicas con respecto a la bibliografía consultada:

*“La situación crítica es toda aquella que supone un riesgo vital para la persona y hay que actuar de manera rápida” (A.2.).*

*“Aquella situación en la que la vida de la persona está en juego y hay que actuar rápidamente, pero no todas las situaciones críticas acaban en muerte ni todas las muertes son situaciones críticas” (B.1.).*

*“Los cuidados paliativos son aquellas actuaciones que hacemos no con un fin de mejora, sino de que esa persona se mantenga en la mejor calidad de vida posible, ella y las personas que la rodean. En estas circunstancias la comunicación es importantísima, ya que el porcentaje de comunicación no verbal es mayor que el de la verbal” (F.1.).*

En lo referente al duelo, los informantes han mantenido distintas perspectivas cuando lo han definido, calificándolo de proceso complejo y de diversas etapas:

*“Una situación infeliz que supone un desenlace” (A.3.).*

*“Un proceso que se produce en un entorno donde te enfrentas a la muerte. No todas las muertes son tan inesperadas y depende de las circunstancias que la rodeen y lamentablemente se ve como una situación poco aceptada” (A.6.).*

*“A los familiares sólo los veo 10 minutos tras producirse la muerte del familiar, entonces uno ve lo inmediato, el llanto, expresiones de dolor, gritos, enfados... Incluso agresividad. Sin embargo, los compañeros de cuidados paliativos me comenta que el duelo trabajan más a largo plazo, visitas programadas, para ver que no se transforma en duelo patológico...” (B.1.).*

*“Algo muy natural, siendo el proceso que la persona percibe desde el momento en que se sabe la potencial muerte de la persona” (E.2.).*

En esta dimensión también hemos querido saber si los conocimientos que tienen las personas sobre este proceso comunicativo han sido suficientes o si por el contrario han tenido que formarse más. Los resultados obtenidos coinciden en su mayoría con una carencia teórica:

*“No estamos preparados. Tendrían que formarnos más para aprender a abordar una situación así [...] Desde nuestro punto de vista enfermero, todavía hay una gran laguna teórica. A mí no me enseñaron a cómo actuar en estas situaciones, ya que intentas no*

*actuar, evadirte... Porque es doloroso y al trabajar en servicios como Urgencias, de alguna manera tienes que saber actuar porque si no, no podrías trabajar. Sin embargo, si tuviésemos la capacidad de aumentarlos, sería mucho mejor” (A.2.).*

*“No estamos bien formados. Yo me he informado personalmente porque me encanta, pero no estamos preparados” (E.1).*

### **5.3.Emociones experimentadas.**

La información clave en esta investigación ha sido la vivencia relatada en primera persona por los informantes clave. Las emociones que han sentido a la hora de hacer frente a la muerte, tanto potencial como real del paciente, así como las dificultades vividas a la hora de establecer una comunicación efectiva han supuesto el núcleo duro de todas las palabras y gestos que hemos transcrito.

En lo referente a los sentimientos, hemos percibido una clara divergencia entre las situaciones críticas y las paliativas. En las primeras, el personal de enfermería ha sentido sensaciones nocivas para su salud:

*“Es una experiencia semejante a una como si estuvieses dentro de una película, quedarte en blanco. Lo pasas mal cuando estás en casa y no lo olvidas tan fácilmente. Desesperanza, tristeza intensa, desazón ante la impotencia de haber hecho otra cosa para salvar la vida al paciente” (A.1.).*

*“Te sientes muy identificado con los pacientes y piensas en cómo se podía haber evitado esta situación, qué podríamos haber hecho nosotros... Desesperanza y angustia” (A.3.).*

*“Cuando se produce una muerte trágica, no esperada o cruel, te vuelcas mucho con la familia e intentas darle calor, aun cuando no conoces de nada” (A.6.).*

*“Al principio se produce como un gran impacto. Recuerdo la prima muerte que yo viví y eran unos dramas impresionantes, Te hace situarte en otras perspectivas de la vida. Puedes pasarlo mal si existen implicaciones afectivas con las personas a las que cuidas. También es cierto que cuento con más recursos de los que tenía antes” (B.1.).*

Ante las situaciones paliativas, el personal de enfermería nos ha demostrado sentir de una manera totalmente opuesta a los ejemplos anteriores:

*“Cuando ves que el paciente ha estado encamado mucho tiempo y no ha dejado de sufrir, pues es un alivio al ver que por fin descansa, tanto él como la familia. Es una situación de tranquilidad, de aceptación” (A.5.).*

*“La muerte esperada forma parte de lo natural” (B.1.).*

*“Lo dejo fluir. Me tranquilizo. Creo que tenemos que ser elementos que transmitan calma y paz” (E.2.).*

Dentro de esta dimensión de la entrevista semi estructurada, hemos considerado muy útil conocer las dificultades que han presentado los profesionales de enfermería cuando han abordado al paciente en estas situaciones. La gran mayoría consideran que la muerte pediátrica es la más difícil de sobrellevar, tanto en las situaciones críticas como paliativas:

*“Los niños son el peor grupo de edad en el que más me costaría aceptar una pérdida” (A.1.).*

*La comunicación ante la muerte de un paciente pediátrico. Es la peor noticia que puedes dar. Los familiares están tan “chocados” que no escuchan prácticamente nada de lo que dices. Mi papel aquí es de apoyo a la familia y no me gustaría tener más autonomía, porque lo paso verdaderamente mal” (A.5.).*

La impotencia de no saber si se pueden comunicar todo lo que les hubiese gustado, la dependencia con respecto al personal médico, así como la óptica social han marcado otras dificultades añadidas al desempeño de la profesión:

*“Quizás lo que más me pueda costar es romper esa conspiración del silencio, porque ahí las personas no están afrontando la situación. Hay muchas veces, en las que no dejan que el familiar se vaya, están viendo que se va y no le dejan irse. ¿Qué pasa? Pues que ellos también lo pasan peor intentas atenderlos de manera que lo acepten” (E.1.).*

*“No siempre está el psicólogo para informar. El médico y el enfermero están siempre en todos lados. La sociedad nos ve como simples ayudantes, no como profesional diplomado [...] lo que dificulta nuestra comunicación” (F.1.).*

#### 5.4. Calidad del servicio proporcionado al paciente

En esta dimensión, hemos considerado pertinente conocer la manera en la que el personal de enfermería afronta la comunicación en los desenlaces más complejos de las situaciones críticas y las paliativas. En consecuencia, hemos deseado indagar si el servicio que presta enfermería en estas situaciones es correcto bajo la perspectiva de los informantes clave, así como los motivos que lo consideran deficiente o suficiente.

Cuando hemos preguntado acerca de cómo abordar a los pacientes y/o familiares para comunicar las malas noticias, hemos encontrado posturas encontradas, muchas de ellas, coinciden en que no somos los responsables de proporcionar este tipo de información:

*“No es nuestro papel comunicar las malas noticias, sino proporcionar empatía y asertividad y hacer ver al paciente que aunque no puedas involucrarte como familiar, esas caricias y palmadas pueden ser una gran forma de comunicarse” (A.2.).*

*“Generalmente nosotros no damos las malas noticias. Suelen darla generalmente los facultativos” (B.1.).*

Otros profesionales deciden que por el contrario, sí tenemos la facultad para hacernos valer de forma autónoma:

*“No tiene porqué ser el médico quien tenga que declarar las malas noticias, porque nosotros estamos al pie de cama más tiempo, quien conoce mejor la evolución del paciente” (F.1.).*

Además de las diversas posturas que hemos encontrado, lo que sí hemos podido concretar con más seguridad ha sido la forma en la que los profesionales emplean o emplearían sus conocimientos si se diese la ocasión. Cualidades sociales como la empatía o la asertividad, además de un espacio íntimo parecen ser el denominador común:

*“A la hora de notificar un desenlace fatal, tienes que saber con quién comunicarte en primer lugar, ya que no es lo mismo comunicar a una madre la muerte de su hijo que hacerlo entre vecinos, evidentemente. Después, hay que ganarse a la persona, mucha empatía, amistad... Posteriormente de forma suave comunicar aquellos aspectos que quieras transmitir, siempre con el respeto que merece la ocasión” (A.3.).*



*“Primero buscar un sitio adecuado, aunque nunca me lo he planteado porque nunca he tenido la oportunidad. Después respetar el tiempo que la familia necesite para asimilar la noticia. Ser lo más humano posible” (A.4).*

*“Nos metemos con la familia en una consulta para hablar con ella, evitamos palabras de alto contenido emocional, intentas establecer una relación cercana con ellos. [...] Es un tema que no le gusta a la gente en general, porque te sientes incómodo y entonces las personas intentan dar de lado a esas situaciones que generan emociones negativas, casi de forma indirecta”. (B.1).*

*“Con respeto, sin reírme” (C.1).*

*“Considero fundamental conocer al paciente, sobre todo si éste quiere saber si va a fallecer o no. Porque no puedes entrar por la puerta de la habitación y decir “oiga, me he enterado de que usted se va a morir, ¿verdad?”. A ver lo que él sabe, lo que le ha dicho el médico. Si pregunta es que quiere saber más. Si no pregunta, él mismo se está negando a saber lo que le está pasando. En el caso de los familiares también es un tema clave, porque la conspiración de silencio, tarde va o temprano no tendría sentido ya que el paciente se acabará enterando” (E.1).*

Una vez que hemos conocido la táctica comunicativa de los informantes, hemos querido profundizar y conocer si a día de hoy, el servicio de enfermería presta unos servicios acordes a las necesidades de la sociedad actual.

Algunos de ellos lo consideran deficiente debido a los escasos conocimientos teóricos:

*“Yo creo que no sabemos mucho sobre cómo abordar, bien por la formación que tenemos o por el carácter de la persona” (C.1).*

*“Desgraciadamente jugamos mucho con las actitudes. Todos no estamos formados en ese asunto. A día de hoy debería pesar más el saber estar. Me gustaría saberlo todo” (E.1).*

*“A pesar de todos los cursos que hacemos para actualizar nuestros conocimientos, he visto pocos relacionados con la comunicación con el desenlace fatal o la preparación de la familia ante esta situación” (D.1).*

En el ámbito de urgencias, no todo ha sido falta de conocimiento, sino también por otras causas, como la precariedad, la jerarquización y la escasez de tiempo:

*“Quizás por las numerosas dependencias que tenemos no podemos tener la intimidad suficiente” (A.2.).*

*“No damos mucha información por miedo a dar datos que no nos corresponde, y en consecuencia, no se los damos. Puede fallar un poco el servicio por esa “falsa limitación” y puedes cometer fallos que pueden complicarte la vida. Estamos muy limitados en el servicio de urgencias en ese aspecto” (A.4.).*

*“Disponer de tiempo para atender a los pacientes de mejor manera” (A.7.).*

*“Yo creo que no, porque los servicios de urgencias dan unas situaciones complejas para que la persona tenga una muerte digna, acorde con principios éticos y acorde con la ley de muerte digna del 2010. Aquí se dan unas circunstancias que no lo hacen fácil, ya que hay mucho ruido, mucha gente, poco espacio para que las personas se puedan recoger” (B.1.).*

En las situaciones que requieren cuidados paliativos, también achacan las potenciales debilidades de enfermería a los conocimientos y al devenir del tiempo,

*“Yo considero que no es correcto desde mi punto de vista, porque pienso que nos acostumbramos a todo, vivimos en la rutina y a que la gente también se muera. He visto situaciones muy inhumanas. Tú puedes hacer una cosa deprisa, pero también puedes decir “lo siento”. Además también es muy aconsejable asesorar, porque puede haber familiares que no sepan cómo actuar y sobre todo ofrecerte en esos momentos tan malos para ellos” (E.1.).*

*“Desgraciadamente jugamos mucho con las actitudes. Todos no estamos formados en ese asunto. A día de hoy debería pesar más el saber esta” (E.2.).*

*“Los enfermeros tenemos deficiencia en el manejo de cuidados paliativos. Lo atribuyo a falta de conocimientos. Experiencia tienes, pero te falta formación. Muchas veces nuestro problema es enfrentarnos a nuestros propios miedos. Si te enfrentas a ellos, podrás acceder fácilmente al de los demás. [...] Muchas veces es el desconocimiento lo que no te hace enfrentarte a estas situaciones, porque no le gustan a nadie. También es cierto que el conocimiento te hace manejar mejor la situación” (F.1.).*

No todo ha sido negativo en la atención al paciente. Algunos profesionales nos han relatado que el servicio prestado es suficiente y correcto:

*“Correcto, teniendo en cuenta el tiempo tan escaso que tenemos” (A.3.).*

*“Lo veo correcto, aunque nunca está de más saber algo más con respecto al tema”*  
(A.6.).

### **5.5. Propuestas sugeridas para mejorar el abordaje comunicativo.**

Los profesionales de enfermería se han mostrado muy dispuestos a mostrarnos sus propuestas para establecer una relación más fructífera con el paciente. Muchas de ellas coinciden con la formación continua de los profesionales, así como la dotación de establecimientos para los familiares que sufran estas pérdidas:

*“Hacer un taller práctico en que se supiesen los puntos más importantes a tener en cuenta para saber comunicar malas noticias. [...] Además, otra cosa que estaría muy bien es encontrar una forma de canalizar toda esa energía negativa en el trabajo de manera que no te lleves nada a casa”* (A.1.).

*“Disponer de un sitio para poder acoger a las personas que han sufrido una pérdida y poder hablar con ellas”* (A.2.).

*“Me gustaría que nos dejaran tiempo para poder preparar a la familia, que no es fácil, ya que se necesita su tiempo y, desde urgencias, es muchas veces imposible, bien porque el paciente dura poco aquí y se va a otra planta, se muere o vuelve a casa directamente. Formación, porque en mi generación no se nos ha instruido correctamente en la comunicación de eventos adversos a la familia, así como la concienciación”* (A.3.).

*“Mejorar la formación y establecer un protocolo, ya que no existe uno dedicado expresamente a eso”* (A.5.).

*“Quizás deberíamos tener un poco más de celeridad a la hora de ubicar a las personas que está en cuidados paliativos, acelerar el ingreso quiero decir, para poder atenderlas mejor, siempre el conocimiento te ayuda a adquirir habilidades”* (B.1.).

*“Lo que se podría hacer simplemente es mejorar dos cosas: accesibilidad y conocimientos técnicos a la persona. Mejorar la entrevista clínica, el registro... Junto a lo mejor que tiene el hecho de ser enfermeros: ser personas prácticas. Al conocimiento tienes que dedicarle tiempo y la accesibilidad es simplemente plantárselo”* (F.1.).

Otras propuestas menos burocráticas también han sido expuestas por otros profesionales, mucho más económicas y más fáciles de implantar en los servicios:

*“Una propuesta que consiste en ponerse básicamente en ponerse en la piel del familiar, fomentar la comunicación, informar en despachos.... No ponerse en evidencia en el pasillo y sobre todo dialogar muchísimo más. Un consejo que te voy a dar es estar siempre cerca, siempre dispuesto, decir: “¿necesitáis algo? Estoy aquí para lo que necesitéis. Aunque te pueda suponer más trabajo, te lo van a agradecer. Cuando uno está disponible, al verte llegar dicen: “Puf, menos mal que has venido” (E.1.).*

## **6. Conclusiones.**

Entre las conclusiones principales que hemos obtenido en este estudio se encuentran las siguientes:

- a) Existe un conocimiento generalmente reducido por parte de los profesionales de enfermería a la hora de expresar los conceptos que aplican de forma práctica en su labor diaria, especialmente en determinados términos, como el duelo. Sin embargo el abordaje del paciente resulta satisfactorio para una gran mayoría, asociándolo a la experiencia y la personalidad de cada enfermero o enfermera.
- b) Los profesionales enfermeros que afrontan la muerte en situaciones críticas refieren presentar un alto nivel de ansiedad y estrés, asociado a la falta de conocimiento y/o experiencia. Por el contrario, los profesionales que se encargan de cuidar pacientes en situaciones terminales, refieren alivio y satisfacción cuando aparece la muerte, especialmente cuando el paciente ha recibido los cuidados pertinentes.
- c) Entre las propuestas más aclamadas por el personal de enfermería, encontramos una mayor dotación de recursos físicos, como espacios donde favorecer la comunicación con la familia tras sufrir una pérdida o mayor cantidad de cursos de formación con un contenido más práctico.

Como consecuencia de lo expuesto, hemos cumplido todos los objetivos establecidos de manera satisfactoria.

## **7. Limitaciones del estudio.**

A la hora de realizar nuestra investigación, varias disyuntivas han surgido a lo largo de su realización. La principal limitación ha sido la relacionada con el primer contacto del investigador hacia la metodología de la investigación de tipo cualitativo. La

reducida formación académica en estos temas ha supuesto un gran tiempo para comprender y realizar todos los pasos a seguir.

Ha resultado complejo transcribir las observaciones que acompañaban las palabras de los interlocutores, debido a la ingente cantidad de información que de por sí aportaba los testimonios.

Otra limitación ha sido la forma de abordar a los profesionales que participaron en este proyecto. El momento justo para poder contactar con ellos sin que se comprometiese su jornada laboral, así como la inseguridad o el miedo a comentar ciertos aspectos de las preguntas recogidas en la entrevista semi estructurada fue una gran incógnita de cara a la información que se quería recoger. Sin embargo, no hubo ninguna pregunta sin responder y los participantes se han mostrado mostraron activos, creando además otras dimensiones que han enriquecido la experiencia y el presente estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

---

<sup>1</sup> Balzer, J. *Communication in Nursing*. 7a. ed. United States of America: Elsevier; 2012.

<sup>2</sup> Alcaraz López G, Zapata Herrea M, Gómez Gómez M, Tavera Agudelo E. Funciones del profesional de enfermería en salas de hospitalización de adultos: tratando de dar cuidado directo. *Investigación y Educación en Enfermería* 2010;28(1):43-53.

<sup>3</sup> Lapeña Moñuz, YR. Estudio fenomenológico de las relaciones interpersonales laborales: la mirada del personal de enfermería de las diferentes unidades del hospital general Sana Bárbara de Soria. [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante. 2012.

<sup>4</sup> Peden AR, Laubham KA, Wells A, et al. Nurse-Patient Relationship Theories: Hildegard Peplau, Joyce Travelbee and Ida Jean Orlando. En: Parker ME, Smith MC. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: Davis Company; 2010. P.67-81.

---

<sup>5</sup> Rodríguez, R.A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica*. 2011; 32(1): 37-42.

<sup>6</sup> Ceballos, P.A. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado. *CIENCIA y ENFERMERÍA*. 2010; 26(1): 31-35.

<sup>7</sup> Arrendono CP., Siles J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [serial on the Internet]. 2009 Mar [citado 2015 Apr 11]; 18(1): 32-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext)

<sup>8</sup> Acinas, MP. Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (II). 2ª.ed. Jaén: Formación Alcalá; 2007.

<sup>9</sup> García RR., Segura MP., Palanca MM., Román P. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación en Salud* [serial on the Internet]. 2012[citado 2015 Apr 6];3(1):49-61. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3981486>

<sup>10</sup> Villalobos L., Cervera MF. La comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada en el servicio de emergencias. *Rev Paraninfo Digital* [serial on the Internet]. 2013[citado 2015 Apr 6];7(19). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/362d.pdf>

<sup>11</sup> Riezu MI. Humor terapéutico. El humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. Necesidad de configurar un perfil humoroso en el profesional sanitario. *Pag Enferurg* [serial on the Internet]. 2009 Dec[citado 2015 Apr 9];1(4):11-16. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/diciembre/humorterapeutico.pdf>

<sup>12</sup> Viedma del Jesús, MI. Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2008.

---

<sup>13</sup> Carvajal C. Estrés y depresión: una mirada desde la clínica a la neurobiología. Revista Médica de la Clínica Condes 2005. [citado 2015Apr 15];16 (4):210-219.

<sup>14</sup> Burley D. Better communication in the emergency department. Emerg Nurse [serial on the Internet]. 2011 May [citado 2015 Apr 15];19(2):32-36.Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21675468>

<sup>15</sup> Padilla CF. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. Invest Educ Enferm. 2014;32(2):306-316.

<sup>16</sup> Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. 2000. [cited 2015 Apr 18] Disponible en: <http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>

<sup>17</sup> Shannon, S., Long-Sutehall,T., Coombs,M. Conversations in the end-of-life: communication tools for critical care practitioners. Nurs Crit Care [serial on the Internet] 2011 [citado 2015 April 20];16(3):124-130. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2011.00456.x/abstract;jsessionid=E2849838A3B7ED30C792535465A9CECD.f03t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

<sup>18</sup> Del Río MI, Palma A. Cuidados Paliativos: historia y desarrollo. Boletín Escuela de Medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile 2007;32(1):16-22.

<sup>19</sup> Ávila MM., De la Rubia JM. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013;10(1):109-130.

<sup>20</sup> Coombs,M. The mourning before: can anticipatory grief theory inform family care in adult intensive care? Int J Palliat Nurs[serial on the Internet]. 2010 Dic [citado 2015 Feb 2];16(2):580-584. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21240101>

<sup>21</sup> Salamanca, AB. El aeiou de la investigación en enfermería.1ª. ed. Madrid: Fuden; 2013.

---

<sup>22</sup> Stockman C. A literature review of the progress of the psychiatric nurse-patient relationship as described by Peplau. *Issues Ment Health Nurs.* 2005; 26(9): 911-919.

<sup>23</sup> Grupo CTO. *Manual CTO de Enfermería.* Madrid: CTO Editorial; 2014.

<sup>24</sup> Palacios, C.D., Corral, L.I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva.* 2010;21(2):68-73.

<sup>25</sup> Castillo,E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería.* 2000;18(1):17-35.

<sup>26</sup> Giorgi, A. Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci.* 2000;14:11-15.

<sup>27</sup> Gálvez A. Lectura crítica de un Estudio Cualitativo Interpretativo. *Index Enferm* [serial on the Internet]. 2003 [citado 2015 Feb 21];42. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42\\_articulo\\_39-43.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/42revista/42_articulo_39-43.php)

<sup>28</sup> Ruiz, JI. *Metodología de la investigación cualitativa.* 5ª.ed. Bilbao: Deusto; 2012.

<sup>29</sup> Ayala R. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *RIE* [serial on the Internet]. 2008 [citado 2015 Mar 7];26(2):409-430. Available from: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/94001/90621>

<sup>30</sup> González T., Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Investigación* [serial on the Internet]. 2010 [citado 6 Mar 2015];45. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGI CA/analisisdatoscodif45.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGI_CA/analisisdatoscodif45.pdf)

<sup>31</sup> Barrio IM., Lorda, PS. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin.* 2006;126(11):418-423.



---

## ANEXOS.

### Anexo 1. Consentimiento informado.

#### HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

Estimado Sr/Sra,

En primer lugar le agradezco su disponibilidad y amable atención.

Me dirijo a usted con el fin de invitarle a participar en un Trabajo Fin de Grado que se va a realizar por parte de un alumno de la Universidad de Jaén que lleva por título:

***Abordaje comunicativo del personal de Enfermería ante la muerte. Un estudio fenomenológico.***

Dicha tesis tiene los siguientes objetivos:

- *Conocer la manera en la que los profesionales de Enfermería abordan las situaciones relacionadas con la muerte, así como la comunicación que se requiere en esas circunstancias.*
- *Descubrir los conocimientos por parte de los profesionales de Enfermería acerca de la comunicación humana, el duelo, las situaciones críticas y los cuidados paliativos.*
- *Contrastar las experiencias vividas por el profesional de Enfermería ante las situaciones críticas y los cuidados paliativos.*
- *Identificar nuevas propuestas para mejorar la atención de Enfermería ante las situaciones críticas y/o los cuidados paliativos.*

Su colaboración en el estudio consistirá en **contestar a las preguntas que le realizará la persona investigadora**. Ésta le podrá resolver cualquier cuestión relacionada con el mismo.

Podrá abandonar el estudio en cualquier momento si no se siente cómodo con las preguntas o simplemente decide no seguir contestando.

La **participación** en el estudio es **estrictamente voluntaria** y se **mantendrá rigurosamente el anonimato** de los sujetos participantes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación; solo tendrá acceso a la misma la investigadora.

Si usted está interesado en conocer los resultados de la investigación, no dude en dirigirse a la dirección de correo electrónico del investigador que a más abajo se señala.

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DATOS DEL ESTUDIO PARA EL QUE SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

- **Investigador principal:** Eduardo Moreno Poza
- **Título del proyecto:** Abordaje comunicativo del personal de Enfermería ante la muerte. Un estudio fenomenológico.
- **Centro:** Universidad de Jaén.

### PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN Y LA HOJA DE CONSENTIMIENTO:

- **Apellidos y Nombre:** Moreno Poza, Eduardo
- **EMAIL:** Eduardo\_moreno\_poza@hotmail.com

**FECHA:**

**FIRMA:**

### DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE:

- **Apellidos y Nombre:**
- **DNI:**

### DECLARO QUE:

- He leído la Hoja de Información sobre el estudio citado.
- Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar las preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

- 
- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

**Doy mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.**

---

**FECHA:**

**FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE:**

**(Firmo por duplicado, quedándome con una copia)**

---

## Anexo 2. Requisitos éticos de una investigación cualitativa.

Requisitos	Explicación	Principios éticos
<b>Valor social o científico</b>	Debe buscar genera algún beneficio para las personas, tanto de manera individual como colectiva.	Beneficencia y justicia (especialmente si es financiada por fondos públicos).
<b>Validez científica</b>	El diseño metodológico se debe adecuar a los objetivos, seleccionar correctamente a los informantes e interpretar adecuadamente los resultados	Beneficencia. No maleficencia.
<b>Razón riesgo-beneficio favorable</b>	Justificar la pertinencia del estudio, minimizar el impacto emocional. Clarificar el papel de los participantes y del investigador.	No maleficencia. Justicia.
<b>Consentimiento informado</b>	Crear un proceso abierto de información y consentimiento, garantizando la voluntariedad y capacidad de los participantes. No mentir y registrar el consentimiento por escrito	Autonomía. No maleficencia
<b>Respeto por los participantes</b>	Proteger la intimidad y confidencialidad, informando sobre cómo se protegerán los dato y quién podrá acceder a ellos.	Autonomía. No maleficencia
<b>Selección equitativa de los sujetos</b>	Establecer criterios rigurosos que apoyen la selección de los participantes y eviten la arbitrariedad. No sobreutilizar población vulnerable	Justicia. No maleficencia.

---