



**MASTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN EN
CUIDADOS DE SALUD**

Curso 2015-2016

**Estrategias de afrontamiento de las enfermeras de UCI
ante la muerte de los pacientes desde una visión
cualitativa.**

**Coping strategies of ICU nurses with the death of patients from a
qualitative view.**

**Autora: Natalia Rodríguez Álvarez
Tutoras: María Madrazo Pérez
Cristina Blanco Fraile**

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a mis tutoras, María Madrazo Pérez y Cristina Blanco Fraile, por su comprensión, apoyo y su estimable ayuda a la hora de realizar este trabajo. Gracias a ellas he podido profundizar en la investigación cualitativa que era desconocida para a mi hasta el momento de la realización de este Master.

También me gustaría agradecer a mi familia por el apoyo recibido durante la realización de este Master.

Y por último a mis compañeros Pilar, Sheila e Iván, ya que han estado a mi lado en los momentos difíciles y sin ellos no hubiera llegado hasta aquí.

Índice:

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCION.....	9
1. Introducción	10
1.1. La muerte.	10
1.2. Unidad de Cuidados Intensivos.	12
1.3. La enfermera de Unidad de Cuidados Críticos.	14
1.4. Justificación	16
2. Pregunta y objetivos	18
2.1. Pregunta de investigación.....	18
2.2. Objetivos.	18
3. Marco teórico.	20
3.1. La elección del marco teórico.	20
3.2. Modelo de estrés- afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	21
4. Metodología.....	27
4.1. Diseño de Investigación:.....	28
4.2. Muestreo	29
4.3. Ámbito de estudio y participantes	30
4.4. Métodos de recogida de datos.....	31
4.5. Análisis de datos.	33
4.6. Criterios de calidad.....	36
4.7. Consideraciones éticas y legales.....	37
4.8. Limitaciones del estudio.....	38

5. ANÁLISIS DE COSTES	39
6. PLAN DE TRABAJO	41
7. BIBLIOGRAFÍA.....	43
8. ANEXOS.....	49
ANEXO I. RECOGIDA DE DATOS. GUION ELABORADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA.....	50
ANEXO II. FORMATO DE LAS NOTAS DE CAMPO.....	53
ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	54

RESUMEN

La muerte y el proceso de morir son situaciones a la que el profesional de enfermería se enfrenta diariamente a lo largo de su vida profesional. Dentro de la Unidad de Cuidados Críticos se atienden a pacientes en estado crítico, en muchas ocasiones con escasa perspectiva de mejora que puede resultar muy doloroso para estos profesionales. Esta situación resulta difícil, aparte de dolorosa para estos profesionales, a veces encuentran dificultades para encararla como parte integrante de la vida y no como resultado de un fracaso terapéutico. En muchas ocasiones, les hace ser conscientes de la impotencia humana ante la muerte inminente de un paciente, así como a hacer consciencia de su propia muerte, generando una serie de emociones y sentimientos y desarrollando unas estrategias para afrontar dichas emociones que son el objetivo de este estudio.

Objetivo: Identificar cómo afrontan las enfermeras de cuidados intensivos la muerte de pacientes.

Metodología: para poder abordar el problema que se plantea se propone una aproximación metodológica cualitativa mediante la teoría fundamentada, ya que permitirá dar respuesta a los métodos que utilizan las enfermeras de una Unidad de Cuidados Críticos para afrontar la muerte de los pacientes. Esta metodología se basa en datos que aportaran los participantes en la investigación, el análisis de dichos datos generara conocimientos que permitan la construcción de una teoría. El ámbito de estudio será la UCI polivalente del Hospital Universitario Central de Asturias, Se recogerán datos mediante una entrevista semiestructurada, los participantes se seleccionarán mediante muestreo teórico, siguiendo los cánones de la Teoría Fundamentad. La recogida y el análisis de datos estarán interconectados a través del método de comparación constante hasta alcanzar la saturación teórica de datos. El proceso de análisis de los datos y codificación se realizará inicialmente con la ayuda de Software específico y posteriormente de forma manual, viajando de lo particular a lo general, identificando códigos, definiendo categorías hasta la identificación de la categoría central de la que emergerá la teoría.

Palabras clave: Actitud Frente a la Muerte, Enfermeras, Cuidados Críticos, Investigación Cualitativa, Teoría Fundamentada.

ABSTRACT

Death and the process of dying are different situations to which nurses face along their professional career. The ICU patients in critical condition are being attended, much of the occasions, with a very low perspective of improvement that can be painful for those professionals. This situation is difficult and, apart from being painful, sometimes they find difficulties to cope with it as being a part of life and not as the result of a therapeutic failure.

In some occasions, this fact make them be conscious of the human helplessness against an imminent death, as well as being conscious of their own death, creating a bunch of emotions and feelings, and developing different strategies to cope with those emotions which are the aim of this project.

Aim: To identify how ICU nurses cope with the death of their patients.

Methodology: A methodological qualitative approach through Grounded Theory.

To be able to deal with the problem that is laid out, a qualitative methodological nearness is proposed throughout the Grounded Theory, considering that it will allow to answer to the methods that nurses use in the ICU to cope with the death of their patients. This methodology is based on the information given by the participant of the investigation, the analysis of those pieces of information produce a knowledge that will allow the structure of the theory. The field of study will be the multipurpose UCI in the Hospital Universitario Central of Asturias. Datum will be collected in a semistructured interview, participants will be selected by a theoretical sampling following the Grounded Theory models. Information picking and analysis will be interconnected through a constant comparison model to reach the theoretical saturation of information. The process of information analysis and decoding will be initially made by using a specific software and lately it will be made manually, going from the individual to the general, identifying codes, defining categories until the identification of a main category from which the theory will emerge.

Key Words: Attitude to Death, Nurses, Critical Care, Qualitative Research, Grounded Theory.

1. INTRODUCCION

1. Introducción

1.1. La muerte.

La muerte es una de las experiencias más significativas y proveedoras de sentido en la vida de los seres humanos, al mismo tiempo que constituye un tabú en la que época en la que vivimos, junto con el envejecimiento y el deterioro general que sufren las personas a medida que avanza su edad.

Se trata de un hecho biológico caracterizado por el cese irreversible de las funciones vitales. Del mismo modo, tiene una dimensión social y cultural que ha variado a lo largo del tiempo y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad en la que se produce¹.

A lo largo de la historia la medicina ha considerado la muerte como su principal enemiga, ya que tiende a configurar la muerte como un fenómeno evitable, considerando, en muchas ocasiones, la muerte de un paciente como un fracaso.

Sin embargo, la medicina no puede aclarar la muerte, ésta, a pesar de todos los avances que se han producido en los tratamientos de las diversas enfermedades, e incluso desarrollando fórmulas que favorezcan una mayor longevidad de los pacientes, sigue siendo, para este campo, un misterio².

Se trata, de un proceso inevitable y común que se produce continuamente en nuestra sociedad, al que debemos enfrentarnos diariamente. Es ésta, por lo tanto, una de las situaciones que mayor impacto emocional provoca en las personas, presentándose como una amenaza, ya que representa el final de nuestra vida.

El Comité Sueco para la Definición de la Muerte¹, considera la muerte como la pérdida irreversible de la capacidad para integrar y coordinar las funciones del organismo, físicas y mentales, dentro de una unidad funcional.

Ferrater⁴ opina que, “si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa y, de este modo, la muerte permanece como un problema o si quiere, como una realidad problemática para la cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada”. Por lo tanto, se trata de un hecho universal, inevitable, que al mismo tiempo es un proceso natural que resulta desconocido y agresivo. Su carácter imprevisible es su característica más angustiosa.

En la sociedad actual, la muerte se entiende como algo extraño, terrible y aterrador. Del mismo modo, se considera una buena muerte aquella que se produce de manera súbita, sin que nadie sea consciente de lo que va a suceder y, sobretodo, si se produce cuando el paciente está dormido o, con un bajo nivel de consciencia^{5,6}.

Una de las principales características de la muerte, es su irreversibilidad y no poder predecir el momento en que vaya a suceder. Estas dos condiciones proporcionan la dificultad en las personas para aceptar, integrar y convivir con la muerte, dificultando su asimilación y comprensión. Todo esto proporciona que en la sociedad actual no se produzca una aceptación total de este proceso, a pesar de tratarse de un fenómeno natural.

Actualmente no se reflexiona sobre la muerte, se trata, más bien, como un tema tabú, del mismo modo que no se educa para morir⁷, o por lo menos para su aceptación de una forma consciente.

A lo largo de la historia, la manera en la que los seres humanos han manejado la muerte y todo lo que ella conlleva ha variado, no solo es un evento biológico inevitable de la vida, sino que es un proceso construido socialmente. Por lo tanto, ha variado a lo largo de los siglos adquiriendo diversas representaciones colectivas en las sociedades occidentales a lo largo de la historia⁹.

En la Edad Media, la muerte era considerado como algo natural, se aceptaba como un elemento más de la vida. Según hemos ido avanzando, se ha ido tomando una cierta conciencia de lo que supone el fin de la vida, esto se aprecia mediante la localización de los cementerios, ya que se construían en parcelas alejadas de las zonas residenciales, en un intento de alejar la muerte⁹, y los muertos de los vivos, para que no los perturbasen. En este periodo de la historia, la muerte es cercana y lejana, a la vez.

En el s.XVII, donde la muerte se ve influenciada por la Iglesia, aparecen el velatorio, el duelo y el cortejo. Se produce el rechazo a la muerte carnal del cuerpo, dando una visión idealizada del abandono del alma de la carne mortal.

Es durante los siglos XVII y XVIII, donde la muerte va a ser tratada por la medicina, alejándose del concepto religioso que hasta el momento era el dominante, pasando a ser un problema médico. En este momento los profesionales sanitarios van a sustituir a la Iglesia en el tratamiento de las enfermedades y en la

batalla contra la muerte. La religión pierde importancia en detrimento de la medicina, pero sigue estando influencia por ella de manera importante, en el modo de ver y tratar la muerte.

A partir de este momento, y hasta la actualidad, se produce una deshumanización de la muerte, se niega el duelo y se rechaza a los difuntos. El hombre ya no es dueño de su muerte y se recurre a los profesionales para organizar la muerte (pompas fúnebres, servicios de tanatorios). Se produce el desplazamiento de los moribundos a los hospitales, ya que la muerte es precedida en la mayoría de los casos de enfermedad. Por lo tanto, la muerte pasa de ser un problema humano y religioso a un problema del funcionamiento del cuerpo, gracias a los avances que se han producido en la medicina. Se entiende la muerte como el fracaso de la medicina y no como el fin irreversible de la vida.

Toda esta evolución del concepto de la muerte, conlleva la aparición de la cultura de la negación de la muerte, se pasa de una posición humana a un enfoque técnico de los cuidados. La medicina actual está centrada en eludir la muerte y conseguir la curación total de los pacientes, se centra más en mantener al paciente con vida el mayor tiempo posible, que en la calidad de vida que pueda tener el paciente durante ese periodo de tiempo.

En el ámbito hospitalario, la muerte parece que es ocultada y disimulada por el equipo de salud. Se concibe como un fracaso profesional del sanitario, tratándose como un tema tabú o prohibido¹⁰.

En época actual, hay una tendencia encaminada a que el paciente sea quien decida sobre su muerte, dejando de lado el paternalismo médico.

1.2. Unidad de Cuidados Intensivos.

Como ya se ha mencionado con anterioridad en el presente trabajo, en los últimos años se ha producido un cambio con el traslado de la muerte a los hospitales, que a pesar de que poseen todo tipo de recursos técnicos, no parecen ser los lugares idóneos para morir dignamente, un ejemplo de ello son las Unidades de Cuidados Intensivos.

El concepto de cuidados intensivos aparece por primera vez en la época del ejército napoleónico en Egipto, donde el barón Dominique Jean Larrey, comandante y cirujano jefe de dicho ejército, idea una unidad de cuidado intensivo para la curación de los heridos¹¹. En 1854, Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea, separó a los heridos acercando a aquellos que estaban más graves cerca del puesto de enfermería para cuidarlos de una manera más especial e individualizada a sus necesidades. Todo esto junto a otras medidas, como mejoras en la higiene y en la nutrición se produjo una reducción de la tasa de mortalidad en la batalla, que pasó del 40% al 2%.

La primera unidad de cuidados intensivos se fundó en el Hospital Johns Hopkins, en Boston por Walter Edward y Dandy Harvey Cushing en el año 1926. Fue en ese año cuando el anestesiólogo Peter Safar desarrolla un área en la que los pacientes se mantenían sedados y ventilados. Con el paso del tiempo, estas unidades se van creando en los hospitales de todo el mundo, gracias a los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, de modo que hoy existen unidades de cuidados intensivos específicas para las diferentes especialidades médicas existentes.

Las Unidades de Cuidados Intensivos suponen un elemento fundamental dentro de la estructura de los hospitales. Su desarrollo ha modificado de manera importante el concepto de muerte. Este tipo de medicina se centra en la curación y preservación de la vida, considerando la muerte como un fracaso en lugar de un proceso natural. Aproximadamente un 20% de las muertes que se producen en un hospital tienen lugar en estas unidades, un alto porcentaje de los ingresos en UCI terminan en fallecimiento debido a la edad avanzada de los pacientes, junto con la pluripatología de base que estos ya poseen. Parece que esta tendencia va a permanecer en el futuro, ya que la edad avanzada no es un criterio de no ingreso en estas unidades y se ha producido un aumento en la esperanza de vida debido a los avances médicos desarrollados en las últimas décadas.

La estructura de estas unidades está diseñada para que el profesional de enfermería siempre tenga acceso visual al paciente, de modo que normalmente, el control de enfermería está situado en el centro de dichas unidades. Habitualmente, las camas se localizan en boxes que generalmente son lugares abiertos separados

unas de otras por cristaleras o cortinas. El objetivo principal del diseño de estas unidades es mantener una vigilancia continua del paciente por encima de su intimidad. Todo esto está justificado por el estado crítico del paciente, de manera que se reduce y limita la intimidad del paciente. Algunos autores, como Godoy, se cuestionan si, al mismo tiempo, se puede salvar la dignidad del paciente. Podría ser cuestionable si las unidades de cuidados intensivos son un lugar adecuado para que se desarrolle la muerte de un paciente^{12,13}.

Para Jose Antonio Pagola durante estos últimos años se ha impuesto un “nuevo estilo de morir”, considera que hoy se muere más tarde también se hace de forma más lenta, se muere con menos dolor, pero más solos, mejor asistidos técnicamente pero peor acompañados¹⁴.

Las unidades de cuidados intensivos son áreas consideradas como generadoras de estrés, ya que su ingreso en ellas la mayor parte de las veces se percibe como una amenaza vital. Se trata de lugares dotados de adelantos tecnológicos e infraestructuras muy especializadas, creando todo ello un ambiente muy agresivo tanto para los pacientes como para los profesionales que en ellas trabajan. Estos profesionales deben de estar altamente cualificados, ya que llevan a cabo cuidados de alto nivel técnico a personas en estado crítico. Pero también deben de estar preparados para soportar las situaciones de estrés a las que se ven sometidos a consecuencia de trabajar en situaciones críticas donde la vida del paciente corre peligro¹⁵.

1.3. La enfermera de Unidad de Cuidados Críticos.

El profesional de enfermería tiene como objetivo cuidar, entendiendo por ello la promoción y el mantenimiento de la salud, la continuidad de la vida en individuos sanos y/o enfermos y el acompañamiento al paciente cuando se encuentra en la fase terminal de su vida. Para conseguir esto es necesario que este profesional este provisto de principios éticos, conocimientos, destrezas y calidad humana que son cualidades que identifican y legitimaban la profesión enfermera.

Cuidar es la esencia de la enfermería y el cuidado es el elemento por antonomasia que diferencia la enfermería de otras disciplinas en el área de salud.

En las Unidades de Cuidados Intensivos se proporciona un cuidado especial, por lo que el personal de enfermería debe de contar con cualidades específicas ya que no solo van a consistir en vigilar el estado hemodinámico, identificar problemas y/o administrar medicamentos. Por el contrario, implica poseer cierta sensibilidad para percibir, comprender los sentimientos y la capacidad para actuar y humanizar sus acciones basadas en conocimientos científicos.

El objetivo del trabajo de estos profesionales es lograr humanizar el cuidado en estas unidades, promover el derecho de los pacientes y lograr que el resto de los profesionales de la salud también humanicen sus atenciones sin olvidar el conocimiento, la tecnología y los avances científicos bajo la premisa de respeto y dignidad humana. Todo esto debe de ir complementado con la tolerancia a la propia vulnerabilidad, a la crisis, al dolor, al sufrimiento y sobre todo a la muerte. Los enfermeros deben de estar preparados para sobrellevar estas situaciones y no caer en el abandono bajo el pretexto de que “no hay nada que hacer”.

Se debe de tener en cuenta que la muerte es un proceso natural y que como tal el cuidado de la persona que muere debe de basarse en los principios de la profesión ya comentados, intentando mantener su intimidad, privacidad, dolor y sufrimiento personal y el de sus familiares. Este proceso es uno de los momentos más difíciles de cuidar en enfermería, enfrentándose a dilemas éticos y al estrés laboral que produce el cuidado en la muerte. Este hecho desencadena sentimientos como angustia, ansiedad, miedo o temor a morir que puede desencadenar en el desinterés y abandono personal que en muchas ocasiones lleva a alejarse del cuidado de la muerte¹⁷⁻¹⁹.

1.4. Justificación

La muerte de una persona es una de las situaciones más impactantes a la que nos enfrentamos a lo largo de nuestra vida. A pesar de ser un hecho natural, la fase final del ciclo de la vida, cuando llega el momento, nunca estamos lo suficientemente preparados para poder asumirla. Esto, es mucho más impactante en el caso de muertes repentinas e inesperadas. Nadie nos prepara para ese momento, siendo una de las situaciones que más estrés genera a las personas.

La mayor parte de mí, escasa, trayectoria profesional la he desarrollado en una Unidad de Cuidados Intensivos, donde, a pesar de haber realizado un curso previo a la formación para poder trabajar en ella, el trabajo diario es muy duro, ya que tienes que enfrentarte diariamente en situaciones muy críticas, donde la vida del paciente está en peligro.

A lo largo de mi formación, tanto en la diplomatura de enfermería, como en los diversos cursos de especialización que he realizado a posteriori, carecieron de la formación concreta acerca de cómo enfrentarse a la muerte de aquellas personas que están bajo tu cuidado como profesional de enfermería.

Resulta difícil generar estrategias que te ayuden a afrontar la muerte de un paciente y, más aún, cuando se trata de una persona joven. A pesar de todo esto trabajar en una UCI también resulta muy gratificante.

De este hecho, surge la idea de realizar este proyecto, con el que pretendo profundizar en aquellas estrategias que lleva a cabo el personal enfermero que trabajan en la UCI, por ser este un ámbito en el que están más en contacto con ello en su trabajo diario.

2. PREGUNTA Y OBJETIVOS

2. Pregunta y objetivos

2.1. Pregunta de investigación.

¿Cómo manejan las enfermeras que trabajan en cuidados intensivos la muerte de los pacientes?

2.2. Objetivos.

Objetivo general: Identificar cómo afrontan las enfermeras de cuidados intensivos la muerte de pacientes.

Objetivos específicos:

1. Describir los sentimientos y emociones que experimentan las enfermeras ante la muerte de pacientes.
2. Analizar cómo estos afectan y moldean su evolución profesional.
3. Identificar qué mecanismos generan para adaptarse en su vida personal.

3. MARCO TEÓRICO

3. Marco teórico.

3.1. La elección del marco teórico.

El contacto directo con la muerte y el sufrimiento al que tienen que enfrentan los profesionales enfermeros que trabajan en una Unidad de Cuidados Intensivos, puede ser una de las situaciones de mayor impacto para los profesionales de la salud¹⁸.

Se ha descrito el contacto con la muerte, el sufrimiento, el sentimiento de pérdida e incluso el contacto con el dolor como factores estresantes muy acusados, destacando la escasez de formación o apoyo que presentan estos profesionales que les permita generar recursos para sobrellevar estas situaciones a las que están sometidos prácticamente a diario en su trabajo¹⁹.

Las Unidades de Cuidados Intensivos las condiciones laborales y las características del trabajo que en ellas se desarrolla, requieren de constantes demandas físicas y emocionales ya que diariamente se enfrenta a pacientes en situación crítica, al dolor, la incertidumbre y la angustia de los familiares, así como con la muerte. Todo esto provoca un gran impacto en los profesionales que trabajan en dichas unidades. A pesar de todo lo expuesto hasta este momento y lo agotador que puede resultar trabajar en una UCI, también puede ser extremadamente gratificante.

En este punto se debe de añadir que todo el mundo tiene miedo a la muerte, a lo desconocido, a la incertidumbre de que pueda pasar después estas situaciones nos pueden hacer pensar en nuestra propia muerte, aflorando nuestros propios miedos lo que en ocasiones puede hacer que nos distancie^{20,21,22}.

El impacto emocional al que se ven sometidos los profesionales que trabajan en estas unidades, hace que se produzcan respuestas de afrontamiento que se utilizan de manera intuitiva durante el trabajo diario. Estas estrategias de afrontamiento incluyen la huida como mecanismo de defensa, es decir, el distanciamiento ante aquello que me puede provocar daño, que en este caso que estamos tratando en esta investigación es daño emocional²³.

En una Unidad de Cuidados Intensivos las situaciones que causan estrés en el personal que en ellas trabajan, son muchas y variadas, esto dificulta el afrontamiento que hacen de estas situaciones estresantes²⁴.

El enfoque de los cuidados en una UCI está centrado en preservar la vida de los pacientes, por ello cuando se produce la muerte de uno de ellos se genera un alto nivel de insatisfacción en los profesionales que en ellas trabajan. Por lo que cuando se da este caso, produce una serie de limitaciones a los profesionales, a la hora de elaborar diferentes tipos de estrategias, que les permitan desarrollar su trabajo diario.

Para explicar este fenómeno es necesario determinar previamente un marco teórico, que permita entender las estrategias desarrollan los profesionales de enfermería que trabajan en una UCI para afrontar la muerte de los pacientes.

3.2. Modelo de estrés- afrontamiento de Lazarus y Folkman

Estrés y afrontamiento están vinculados de manera directa. La manera en la que los individuos enfrentan las situaciones está relacionada, entre otros factores, con los niveles de estrés, así como la percepción de apoyo social que poseen. Por esta razón, las estrategias para medir el estrés y el afrontamiento son trascendentes en estas situaciones.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente y que se desarrollan para manejar, reducir o tolerar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como desbordantes de los recursos de los individuos²⁵”. Estos autores diferencian, por un lado, estrategias dirigidas al problema, encaminadas a definir el problema y encontrar soluciones alternativas y aquellas centradas en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que como consecuencia de la situación estresante. En la mayor parte de las situaciones se dan los dos tipos de estrategias, el uso de un tipo u otro depende de la naturaleza del estresor y las circunstancias en que se producen.

Según estos autores, para que ese afrontamiento sea efectivo debe de haber concordancia entre las opciones que se tienen y las variables como son los valores, los objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición de cada persona²⁵.

Se parte de la premisa que ante un mismo suceso las personas se enfrentan de manera diferente, por lo que hay que destacar que un suceso es estresante en la medida en la que la persona lo percibe o lo valore como tal, independientemente de cuales sean las características del suceso.

Lazarus y Folkman en la teoría del afrontamiento se centran en la forma en la que los individuos afrontan y se adaptan a situaciones ambientales exigentes o amenazadoras, emergiendo los síntomas del estrés como o de una mala educación de sus recursos para afrontar las demandas del medio^{26,27}.

Un suceso es estresante en la medida en el que la persona lo percibe o lo valore como tal, independientemente de cuáles son las características físicas objetivas del suceso.

Los procesos de evaluación de la situación estresante

En este modelo existen dos procesos como mediadores de la relación estrés e individuo- ambiente y sus resultados a corto y largo plazo que son la evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva se refiere al proceso a través del cual el individuo valora si algún evento ambiental al que se enfrenta es relevante o amenazante para su bienestar y de qué manera lo hace.

Ante la presencia de un acontecimiento, cada persona realiza una serie de valoraciones sobre si misma:

- Valoración primaria: se refiere a la valoración que se hace de la situación, se analiza si es positiva o no, así como se valoran las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.
- Valoración secundaria: en este punto el individuo es que evalúa los recursos que posee para hacer frente a la situación ante personales y sociales, como económicos e institucionales^{25,27,29}. En este paso se analizaran las capacidades que la persona tiene

para afrontarlos que son las que con más probabilidad susciten reacciones de estrés.

El afrontamiento es considerado como un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas ante situaciones demandantes. Así, la función del afrontamiento está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo, para la consecución de objetivos particulares²⁹.

Los modelos actuales de afrontamiento al estrés entienden la respuesta al estrés como el resultado a una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio, tanto interno como externo y los recursos de afrontamiento que considera disponibles. Estas dos valoraciones determinan que la situación pueda ser valorada como desafío o reto o como amenaza.

En el caso de desafío o reto, la persona realiza una evaluación de los recursos para hacer frente a la demanda del medio.

En este aspecto, se movilizan los recursos disponibles, dando lugar a sentimientos de eficacia y logro. En lo referente a la valoración como amenaza, el individuo no posee suficientes recursos para enfrentar la situación, se siente desbordado, dando lugar a que se generen respuestas ansiosas, por lo que la actividad de afrontar se deteriora, siendo caótica, frenética y poco organizada, pudiendo darse, incluso, un proceso de inactividad. Se produce un deterioro de las funciones de evaluación y regresión hacia patrones más primitivos y menos elaborados de la conducta. En este modelo de afrontamiento esta respuesta ansiosa es una respuesta de anticipación en la que el individuo es incapaz de hacer frente a la amenaza, con percepción de incapacidad de control. No se teme a las situaciones, sino a la sensación de no poder controlarlas, de modo que una simple percepción de demanda a la que se ve sometido se asocia con angustia y ansiedad²⁹.

Las reacciones emocionales como la ira o la depresión también forman parte de del proceso general de afrontamiento que efectúa un individuo ante una situación demandante²⁸.

Este proceso de evaluación es un proceso de retroalimentación, ya que, si se produce un fracaso, se va a producir un deterioro de la valoración de los propios recursos del individuo como eficaces para hacer frente a la situación a la que se

enfrentan, se habla de expectativa de afrontamiento. El individuo considera que a pesar de poner en marcha esos recursos no va a lograr controlar la situación, se habla de expectativa de resultado. En este caso aumenta la evaluación como amenaza de la situación a la que tienen que hacer frente, disminuyendo la capacidad de hacer frente y aparecen mecanismos menos eficaces, vinculados de forma directa a la presentación de patología: evitación, auto-focalización, desesperanza y búsqueda de atención social²⁹.

Lazarus y Folkman distinguen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento²⁸:

- Estrategias de resolución de problemas, aquellas que van dirigidas directamente a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- Estrategias de regulación emocional, aquellos métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Aunque en ocasiones, el uso de una estrategia de solución de problemas tiene por sí misma repercusiones favorables en la regulación emocional.

En realidad, existen muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo, el uso de unas u otras depende, en buena medida, de la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. Es decir, en aquellas situaciones en las que se puede hacer algo positivo favorece las estrategias centradas en la solución del problema, sin embargo, en las situaciones en las que solo es posible la aceptación favorecen el uso de estrategias centradas en las emociones^{26,29}.

En la Escala de Modos de Afrontamiento²⁵ (Ways of Coping, WOC) que desarrollaron estos autores, evalúan una serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, hablan de ocho estrategias diferentes, de ellas las dos primeras están centradas en la solución del problema,

las cinco siguientes están centradas en la regulación emocional y la restante lo hace en ambas áreas:

1. **Confrontación:** intentos de solucionar la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.

2. **Planificación:** pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.

3. **Distanciamiento:** intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.

4. **Autocontrol:** esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

5. **Aceptación de responsabilidad:** reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

6. **Escape o evitación:** se emplea un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como beber, tomar medicamentos, usar drogas.

7. **Reevaluación positiva:** percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

8. **Búsqueda de apoyo emocional:** acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda información o también comprensión y apoyo emocional.

Este modelo de estrés-afrontamiento propuesto por los autores Lazarus y Folkman ayudará a enfocar la investigación de la que es objeto este proyecto de investigación.

4. METODOLOGÍA

4. Metodología

Para abordar los objetivos del presente proyecto de investigación, se propone como marco teórico la metodología cualitativa. Dicha metodología nos permite analizar y comprobar de una manera más completa la experiencia subjetiva del ser humano, resaltando tanto el aspecto individual como holístico y dinámico de la experiencia humana, lo que permite comprender e interpretar la realidad de los significados y las percepciones y experiencias de la persona ante una situación determinada^{30,31,32}.

Será la teoría fundamentada, como técnica de análisis, la que nos permita indagar sobre lo desconocido para aportar conocimientos exhaustivos de una realidad.

El objetivo principal de la teoría fundamentada es generar teorías a través del estudio de fenómenos sociales en contextos naturales³³. Los sociólogos Glasser y Strauss aplicaron por primera vez en el área enfermera esta metodología en los años 60. La teoría fundamentada tiene como objetivo comprender la realidad a partir de la percepción o del significado que cierto contexto u objeto tiene para la persona, generando conocimientos, aumentando la comprensión y proporcionando una guía significativa para la acción.

A partir de los datos recogidos sobre la experiencia de las personas y mediante un análisis basado en la comparación constante, se genera una teoría sobre el fenómeno que se pretende estudiar. La recolección de datos, el análisis y la teoría que de ello deriva, guardan una estrecha relación ³⁴.

Dado que la teoría fundamentada permite comprender la experiencia subjetiva de las personas, hemos utilizado esta metodología para el desarrollo de este proyecto de investigación, ya que nos ayudará a comprender mejor las experiencias subjetivas del profesional enfermero de las unidades de cuidados críticos ante la muerte de los pacientes.

La teoría fundamentada no permite conocer que está pasando, cómo y por qué. Este proyecto trata de un problema en el que intervienen las experiencias de vida, aspectos emocionales, culturales, por lo que se ha considerado esta metodología

como método para asimilar lo que ocurre a través de la realidad y las experiencias del personal enfermero que trabaja en la UCI.

El objetivo que se pretende al elaborar la teoría, es dar respuesta a los métodos que utilizan las enfermeras de una Unidad de Cuidados Críticos para afrontar la muerte de los pacientes, ya que en su ámbito de trabajo están relacionados con la muerte a diario, algo que puede resultar estresante para ellos. Se pretende ser de ayuda para el profesional enfermero que trabaja en dicho ámbito.

Según Strauss y Corbin, las teorías que se derivan de los datos recopilados de manera sistemática y son analizados por medio de un proceso de investigación, generan conocimientos, guías de actuación y mayor comprensión sobre los fenómenos estudiados. Debido a este aspecto se ha elegido la teoría fundamentada para llevar a cabo este proyecto de investigación, ya que con su desarrollo se pretende elaborar una teoría que pueda derivar estrategias de mejora en el problema propuesto.

El investigador forma parte de la investigación, de modo que va a influir en la recogida de los datos y en la interpretación de lo que los participantes en el estudio quieren decir con sus aportaciones. Del mismo modo, la experiencia del investigador sirve para reconocer patrones, semejanzas y diferencias en base a su experiencia previa.

4.1. Diseño de Investigación:

Una vez planteadas las preguntas y los objetivos del proyecto de investigación, se decide que lo más pertinente es abordarlo desde el paradigma cualitativo, más concretamente, abordarlo desde la metodología utilizando como método de análisis la teoría fundamentada.

Los estudios cualitativos se caracterizan por tener diseños flexibles, abiertos y cambiantes donde las preguntas y los objetivos de la investigación están abiertos a lo largo de todo el proceso interaccionando de manera continua entre sus diferentes fases. Se trata por lo tanto de un diseño circular y emergente, las

diferentes fases influyen unas en otras de manera que pueden modificarse entre sí³⁵.

4.2. Muestreo

El reto del presente proyecto es la selección de los participantes que pueden aportar información significativa, rica, completa y profunda para la comprensión del fenómeno de estudio. El muestreo no se realizará de forma probabilística, ni la muestra ha de ser representativa según criterios estadísticos³⁵, sino que nos interesa que aporten una información rica, profunda y completa.

A diferencia de lo que ocurre en la investigación cuantitativa donde el muestreo realizado de manera probabilística será el que nos indique el número de participantes, en este caso el investigador desconoce a priori el número de informante. Del mismo modo que la muestra no será representativa según criterios estadísticos. La ampliación de la muestra se produce cuando es necesario aportar más información a la investigación. A medida que se los conceptos son identificados y comienza a desarrollarse es necesario incorporar más datos procedentes de nuevos informantes con el fin de encontrar fundamentos más sólidos. La credibilidad final de la teoría generada depende en menor medida del tamaño de la muestra que de la riqueza de la información recogida, al igual que de las habilidades analíticas del investigador.

El muestreo teórico, que se realiza al inicio de la investigación, puede incluir diversos participantes seleccionados en base a sus conocimientos y a criterio del investigador. Los conceptos van surgiendo desde este momento, y comienzan a monitorizarse mediante una adecuada selección de participantes posteriores, acontecimientos y situaciones, esto nos puede ayudar a clarificar los resultados iniciales.

El análisis de datos comienza simultáneamente a la recogida de datos, alternándose ambas fases. El análisis de los datos recogidos nos guía hacia qué tipo de informantes o escenarios debemos dirigirnos para explicar los resultados iniciales. El investigador debe centrarse en aquellas situaciones que probablemente

proporcionen información relevante, debe de alcanzar la máxima flexibilidad, ya que hay una amplia gama de posibilidades abierta³⁶.

El investigador, a diferencia de lo que ocurre en la investigación cuantitativa, desconoce previamente, el número de participantes. Se orienta hacia aquellas personas que nos aporten una mayor cantidad y calidad de información a través de la saturación y riqueza de los datos, es decir, en este caso la recogida de datos finaliza cuando dejan de surgir nuevos conceptos, es decir, cuando se alcanza la saturación de los datos. La saturación teórica se alcanza cuando el investigador entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa^{30,35,735,36}.

Un aspecto a tener en cuenta en este punto es la sensibilidad teórica, que aparece cuando el investigador comienza a ser consciente de cuestiones o conceptos que surgen de los datos. Para poder adquirir sensibilidad el investigado debe de estar atento a todos los detalles y sumergirse en los datos que maneja, el investigador estará guiado por sus experiencias profesionales y personales y por la lectura de bibliografía relevante. La sensibilidad es una herramienta útil que nos ayudará a reconocer los conceptos importantes durante todo el proceso de investigación³⁵. Es decir, la sensibilidad teórica resulta de la de la experiencia profesional y personal, necesitando un continuo dialogo entre los datos y la bibliografía.

4.3. Ámbito de estudio y participantes

Este estudio se llevará a cabo en la Unidad de Cuidados Críticos Polivalente del Hospital Universitario Central de Asturias. Esta unidad está compuesta a su vez por cuatro unidades, cada una de las cuales consta de ocho camas, con posibilidad de aumentar el número a diez camas, en caso de necesidad. En esta unidad se atienden a pacientes adultos con patologías tanto médicas como quirúrgicas.

La UCI que será objeto de estudio de esta investigación cuenta con una plantilla de 83 enfermeras y enfermeros, y 2 supervisores. Todos estos miembros se configuran como población de estudio de la presente investigación.

Se ha seleccionado esta UCI como ámbito para el estudio porque la investigadora principal es una enfermera eventual de la misma, lo que facilitara el acceso a las participantes en este proyecto de investigación.

Como ya se ha explicado anteriormente la selección de los participantes se realizará siguiendo los cánones de la teoría fundamentada, esto es, mediante un muestreo teórico.

Para llevar a cabo la selección de participantes que nos aporten la mayor cantidad de información, se tendrá en cuenta los siguientes criterios de inclusión, para garantizar información de acorde a los objetivos propuestos.

- Participación voluntaria en el proyecto.
- Tener experiencia profesional previa en cuidados críticos de al menos dos años para así garantizar un mínimo de exposición al fenómeno de la muerte.
- Capacidad de mantener un discurso rico en detalles.

Como criterios de exclusión se tendrá en cuenta:

- Personal enfermero que haya sufrido una pérdida personal en el año previo a la investigación con el fin de evitar que las respuestas estén influenciadas por los sentimientos referentes a esa pérdida.

Los participantes serán incorporados de manera progresiva hasta llegar a la saturación de los datos, es decir, se dejará de incluir participantes en el momento en el que la información obtenida comienza a repetirse^{34,35}. Se cree que el acceso a los participantes no será complicado ya que el investigador forma parte del ámbito de estudio.

4.4. Métodos de recogida de datos.

El método de recogida de datos propuesto en este proyecto es la entrevista en profundidad que además de ser un instrumento de recogida de datos, nos permite profundizar en los temas relevantes e interrogar a los participantes con exhaustividad mediante un diálogo, nos permite de este modo el acceso a la

realidad, las necesidades, los sentimientos y el planteamiento de vida, desde el punto de vista de los participantes en un contexto de intimidad.

Se llevará a cabo mediante entrevistas semiestructuradas³⁶, basadas en un guion (Anexo I), que nos está condicionando por el conocimiento de la investigadora acerca del tema, ya que trabaja como enfermera eventual en la UCI donde se va a realizar este estudio, del mismo modo, dicho guion estará supeditado a los objetivos planteados en el presente proyecto de investigación.^{32,37}.

Dicho guion se ha elaborado como un listado de preguntas que sirva como recordatorio de temas de interés y que según avance la recogida y el análisis de los datos esté abierto a ser modificado en función de los nuevos temas emergentes en las sucesivas entrevistas^{37,38,39}.

En el guion de la entrevista semiestructurada se tendrán en cuenta las características sociodemográficas, ya que estas nos pueden ayudar a la hora de dar sentido al discurso de los informantes y elaborar una teoría.

Previamente se llevará a cabo un estudio piloto del proyecto, realizando la entrevista a un informante clave. Este pilotaje nos permitirá familiarizarnos con el procedimiento e identificar si el guion de la entrevista necesita ser modificado para mejorar la calidad de los datos que obtendremos a través de la misma.

Las entrevistas, cuya duración se estima entre treinta y sesenta minutos, serán realizadas por la investigadora y serán registradas mediante grabación de las mismas y/o cuaderno de notas por si alguna persona no desea ser grabada. Del mismo modo se puede contar con un cuaderno en el que se pueden registrar notas de campo (Anexo II) acerca de la actitud del profesional, de las posibles incidencias que se puedan producir a lo largo de la entrevista, así como cuaderno de notas que se utilizara como medio de apoyo para registrar todas las impresiones, observaciones y/o interpretaciones que se pueda hacer de las mismas durante la entrevista.

Se contactará con los participantes por vía telefónica. El lugar elegido para las entrevistas será concretado con anterioridad con los participantes en la investigación.

Como ya se ha explicado anteriormente, las entrevistas serán grabadas, previa autorización de los informantes y posteriormente serán escuchadas por la investigadora y junto a los datos recogidos en el cuaderno de notas durante las entrevistas nos permitirá elaborar los mecanismos analíticos que posteriormente serán enviados al experto para que nos transcriba dichas entrevistas. Cabe destacar que durante las transcripciones se eliminarán los nombres de los participantes, sustituyéndolos por sus iniciales, para evitar que fueran reconocidos por personas ajenas a la investigación.

Una vez recibidas esas transcripciones, se comprobará si estas son fidedignas mediante la lectura y la grabación por parte del equipo investigador. Del mismo modo que se puede enviar a los participantes en el proyecto para obtener su visto bueno, así como que nos confirmen su participación o retirada del mismo. Estas reuniones nos pueden permitir añadir o modificar, así como aclarar o eliminar aspectos que los participantes consideren oportunos. También es posible aclarar dudas, ampliar información tras una primera lectura global para entender la dirección hacia la que fluye la información obtenida mediante la entrevista.

4.5. Análisis de datos.

El proceso de análisis de datos consiste en ordenar, estructurar, comparar y dar significado a la información obtenida a través de las entrevistas y poder comprender el fenómeno estudiado. El análisis de datos en la investigación cualitativa se debe de producir de manera simultánea a la recogida de información, estas dos fases se deben superponer en el tiempo, ambas fases se retroalimentan por lo que es necesario empezar el análisis de datos poco después de iniciar la recogida de los mismos, esto nos permitirá identificar y corregir posibles carencias o aspectos que no se han considerado previamente y así poder realizar modificaciones en el proceso de recogida de datos.

Se trata por lo tanto de un proceso interactivo y cíclico, que tiene en cuenta el contexto de donde proceden los datos para llevar a cabo una adecuada interpretación y valorar su relevancia en otros contextos.

Cabe destacar que la experiencia del investigador en el tema, influye en el análisis de los datos, por lo que es este el que debe encargarse del análisis, de modo que así este análisis se enriquece. Por lo tanto, se trata de un proceso creativo y cargado de subjetividad ³⁷.

A lo largo de la investigación la comparación constante y el muestreo teórico continúan, de modo que las decisiones se toman de manera provisional.

Este análisis de datos consta de los siguientes procesos^{32,35}.

- **Comparación constante:** en la que se siguen una serie de pasos: se analizan las diferencias y similitudes existentes entre los datos; se comparan las ideas que se desarrollan dentro de una categoría con aquellas que previamente habían surgido dentro de esa misma categoría.

Este proceso nos permite obtener propiedades y características de las categorías y así establecer modelos que nos expliquen dichas categorías y así contribuir al desarrollo de la teoría.

- **Codificación y categorización:** la codificación es el proceso mediante el cual el investigador identifica los conceptos. Consta de una serie de pasos:

- **Codificación abierta:** en el que se descomponen y conceptualizan los datos. Este paso se inicia en el momento en el que se recogen los primeros grupos de datos. Incluye la codificación in-vivo, en la que se examinan las oraciones que los participantes han utilizado.

En este punto inicial del análisis se produce la descategorización en la que se generan un gran número de códigos abierto que después hay que reducir, dando lugar a las categorías que suelen ser más abstractas que los códigos iniciales y agrupan los códigos abiertos.

Las categorías generadas son provisionales ya que pueden integrarse nuevas ideas que surjan según avance la recogida de datos.

Durante todo este proceso de análisis se puede utilizar un programa informático, ya que facilitan el proceso de codificar y facilitar el acceso tanto a los códigos como al texto¹².

- **Codificación axial:** en esta fase se establecen relaciones y conexiones entre las categorías y subcategorías.

A lo largo de todo este proceso es necesario la comparación constante de los nuevos datos, incidentes, códigos y categorías.

- **Codificación selectiva:** en esta fase se integran y perfeccionan las categorías, al mismo tiempo que se identifica el hito argumental. Dichas categorías se van agrupando entorno a un concepto principal, aunque en ocasiones son varios, en este momento comienza a surgir la teoría, que nos explique el fenómeno objetivo de estudio en la investigación^{37,38}.

- **Desarrollo de la categoría principal:** en este punto se establecen relaciones entre la que diferentes categorías y esto lleva a descubrir la categoría principal.

Esta categoría principal es el principio fundamental de la investigación y debe estar relacionado con todas las demás categorías, dando lugar a un modelo. Surge de manera natural sin que se fuerce su aparición.

Es al final del análisis cuando emerge la categoría principal y debe explicar la variación de los datos.

- **Saturación teórica:** este punto se alcanza cuando ya no se pueden crear nuevos conceptos que sean relevantes para la investigación. La teoría que se genera no es adecuada sino se alcanza la saturación.

En ocasiones puede resultar establecer este punto, ya que se produce en puntos diferentes en cada proyecto y resulta difícil establecerlo al inicio del proyecto³⁸

- La teoría a partir de los datos recogidos mediante la entrevista, los códigos y las categorías que se generan en el análisis de los mimos, se desarrollará una teoría. Esta teoría debe de mostrar las relaciones

sistemáticas entre los conceptos y las conexiones entre las categorías^{36,37,38,39,40}.

Dicha teoría debe de tener cierto grado de variación para ser válida en una serie de condiciones y circunstancias. Los resultados deben ser significativos y conservar su importancia con el paso del tiempo.

4.6. Criterios de calidad.

Una de las formas de establecer la calidad de este proyecto de investigación implica hablar de rigor metodológico del diseño y su desarrollo, esto proporcionará mayor coherencia y credibilidad a la investigación.

Existen diferentes criterios de evaluación de la investigación cualitativa, en este proyecto nos guiaremos por los propuestos por Carlos Calderón (2002)⁴¹, que nos habla de cuatro criterios básicos de referencia en la evaluación de calidad.

- **Adecuación epistemológica:** criterio fundado para guiar el proceso y darle un orden, en este caso se ha utilizado la investigación cualitativa, ya que es coherente con la pregunta de investigación y los objetivos propuestos, esto nos lleva a una comprensión profunda e integral del tema propuesto, contribuyendo a un mejor conocimiento de los significados subjetivos, de las actuaciones y del contexto en el que se desenvuelven los individuos estudiados.
- **Relevancia:** en relación a la justificación y repercusiones que esta investigación conlleva a un mejor conocimiento de cómo el personal enfermero afronta la muerte de los pacientes en una Unidad De Cuidados Críticos y, sobre todo, la posibilidad de aplicar los resultados en la práctica, ya que la teoría que se generará en esta investigación tendrá un carácter predictivo.
- **Validez:** se refiere a la capacidad de transferir los hallazgos obtenidos, estos se pueden transferir a otros contextos más allá de aquel en el que se realiza el estudio. Para aumentar la validez de la investigación se llevará a cabo un proceso de triangulación en el que desde distintos ángulos se enfrentan diferentes aspectos del proceso de investigación.

Del mismo modo, se realizará una triangulación de investigadores contando con un investigador externo, experto en investigación cualitativa que participe tanto en la transcripción de las entrevistas como en el análisis de los datos.

- **Reflexividad:** que debe de estar presente a lo largo de toda la investigación, en el que se explica la posición del investigador, así como su motivación y conocimiento de la investigación que se va a llevar a cabo y como sus actuaciones pueden influir en los resultados. Con este punto, nos ayudará a reducir los sesgos de la investigación.

4.7. Consideraciones éticas y legales.

A lo largo de todo el proceso de investigación se asegura la confidencialidad de los participantes, garantizando los principios de la legalidad y transparencia, tanto en el trato con los participantes como el respeto hacia los mismos, permitiéndoles retirarse del estudio si lo desean a lo largo del trascurso del mismo, respetando su confidencialidad y anonimato en todo momento.

La confidencialidad de los datos de los participantes se respeta en todo momento, los datos originales serán conservados en una base de datos a la que solo los investigadores tendrán acceso. Se amoldarán a las normas y supuestos estipulados en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre que aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal⁴².

Se entregará un formulario de consentimiento informado (Anexo III) a los participantes con el propósito de informales en que consiste este proyecto, así como solicitar su permiso para grabar las conversaciones y utilizar los resultados de la investigación en diferentes entornos de divulgación científica. Del mismo modo que se ofrecerá la oportunidad de plantear aquellas dudas y preguntas que los participantes pudieran tener.

Este proyecto será presentado al Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Del mismo modo que se acotaran las premisas y recomendaciones recogidas en la Declaración de Helsinki⁴³, donde se

recogen los principios éticos que debe regir la investigación médica en seres humanos.

4.8. Limitaciones del estudio.

Este proyecto se encuadra dentro de la metodología cualitativa, que lleva asociado un muestreo teórico que se alcanza cuando se produce la saturación de los datos y los investigadores principiantes, como es el caso de la investigadora principal, no siempre comprenden que se entiende por saturación, en ocasiones se cree que se ha alcanzado cuando un concepto se menciona frecuentemente y se describen de formas similares por parte de varios participantes o cuando las mismas ideas aparecen de forma reiterada, pero esto no garantiza la saturación.

Otra de las limitaciones de este proyecto es el hecho de que la sensibilidad teórica, como ya se ha explicado anteriormente, consecuencia de la experiencia profesional y personal, dado que la investigadora hace poco tiempo que trabaja en una Unidad de Cuidados Críticos y se trata de una investigadora novel, dado que este es su primer proyecto de investigación.

El hecho de que los investigadores principales pertenezcan al equipo de trabajo del ámbito donde se va a realizar el proyecto puede considerarse una limitación debido a que previamente al estudio ya presenté unas ideas acerca del fenómeno estudiado. Del mismo modo que puede resultar un aspecto positivo en el aspecto del conocimiento del tema objeto de estudio y la experiencia profesional, para suplir esta limitación se plantea la necesidad de la colaboración de un investigador ajeno al ámbito de estudio.

5. ANÁLISIS DE COSTES

A continuación, se adjunta el presupuesto estimado para llevar a cabo el presente proyecto.

Gastos				
	Coste	Nº unidades	Total €	Observaciones
Personal Enfermería	22€/ hora (10 horas)	2 enfermeras	220	Recogida y análisis de datos
Personal experto cualitativo	30€ x 5 horas	1 experto	150€	Trascripción de datos
Material de oficina (folios, bolígrafos...)	100 €	1	100€	
Fotocopias, encuadernación	200€	1	200€	
Programa informático Atlas.ti	75€	1 licencia de estudiante	75€	Licencia de estudiante valida 2 años
Portátil	500€	1	500€	
Disco duro	50€	1	50€	Almacén de datos
Grabadora	40€	1	40€	Grabación de la entrevista
Material de oficina (folios, bolígrafos...)	100€	1	100€	
Fotocopias, encuadernación	200€	1	200€	
Traducción del artículo al inglés	0,08€ / palabra		500€	Traducción del artículo para su publicación
Revisión del artículo	300€		300€	Coste de un experto en revisión de artículos
Publicación en revistas	2500€		2500€	Difusión del estudio
Asistencia a congresos	510€	1	510€	Inscripción a congreso
Gasto de viajes y desplazamientos	500€		500€	
TOTAL			5595€	

6. PLAN DE TRABAJO

Actividades/tareas	JUNIO- SEPT16	OCTUBRE 16	NOV-DIC 16	ENERO- JULIO 17	AGOSTO- SEPT.17	OCTUBRE- NOV.17	DIC. 17- MARZO 18
<ul style="list-style-type: none"> Definición del tema a estudio: Pregunta y objetivos Revisión bibliográfica Elaboración del protocolo de investigación 							
<ul style="list-style-type: none"> Presentación del proyecto al Comité de Ética y dirección del hospital Solicitud de permisos al hospital 							
<ul style="list-style-type: none"> Reunión del equipo investigador para elaborar el estudio piloto 							
<ul style="list-style-type: none"> Realización del estudio piloto 							
<ul style="list-style-type: none"> Reunión del equipo para subsanar posibles errores 							
<ul style="list-style-type: none"> Información a pacientes y entrega de consentimiento informado 							
<ul style="list-style-type: none"> Recolección de datos (observación de lesiones) 							
<ul style="list-style-type: none"> Transcripción de datos 							
<ul style="list-style-type: none"> Análisis e interpretación de los datos 							
<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de conclusiones Redacción del informe final 							
<ul style="list-style-type: none"> Presentación del informe final 							
<ul style="list-style-type: none"> Divulgación del estudio 							

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez Baiges V. El modo tradicional y el modo tecnológico de morir. Rev ROL Enf. 2003; 26(12): 832-836.
2. Costa J, Lima R. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Mar-Abr; 13(2): p. 151-157.
3. Lovesio, C., "Aspectos Conceptuales y Ético-Morales de la Muerte", en "Medicina Intensiva (Tomo II) Neurología y Neurocirugía". Editorial Medi-Libros, Buenos Aires, 1996, pp. 517-529.
4. Frutos Martín J, Frutos Martín M, Calle Pardo A, Iglesias Guerra J. La persona en el proceso de muerte. Enfermería Global 2007;61-14.
5. León FG, Jiménez ML, Hernández RR, Gestoso CG, Infante JG, Gutiérrez MV. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense. 2002 Octubre;(30).
6. Galindo G. Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética Bogotá: Universidad Javeriana Pontificia; 2004.
7. Abt AC. El hombre ante la muerte. Una mirada antropológica. Revista Argentina de Cancerología 2007;45(2):71-78.
8. Santos Md, Hormanez M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem. Ciência & Saúde Colectiva. 2013; 18(9): p. 2757-2768.
9. Romero, M.J. Análisis de las características específicas de UCI. En: Muñiz G, coordinador. Manual de enfermería en Cuidados Intensivos. Vol. 1. 2ª ed. Oviedo: Universidad de Oviedo- Hospital Universitario Central de Asturias; 2010. p. 17-24.
10. Del Barrio M, Jimeno L, López P, Ezenarro A, Margall M, Asiain M. Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007; 18(1): 3-14
11. Godoy J. Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. Index de Enfermería [Revista en Internet]. 2008 [acceso 29 de julio de 2016];17(4): 295-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n4/9596.php>
12. Pagola JA. Hacia una muerte más digna. San Sebastian: Idatz Argitalpenak; 2001.

13. Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. NURE Inv. (Revista en Internet) 2011 Ene-Feb. [acceso 29 de julio de 2016]; 8(50): Disponible en:<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/521/510>
14. Vargas Toloza R. E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid; 4 (4): 21 – 27.
15. Shorter M, Stayt LC. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. J Adv Nurs 2010;66(1):159-167.
16. Stayt LC. Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. J Clin Nurs 2009;18(9):1267-1275.
17. McGrath M. The challenges of caring in a technological environment: critical care nurses' experiences. J Clin Nurs 2008;17(8):1096-1104.
18. Elizari Basterra FJ. 10 palabras claves al final de la vida. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino. 2007
19. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. 2. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med. 2004; 32(3):638–643.
20. Gálvez González M, del Aguila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C, Ríos Gallego F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. NURE Inv [Internet]. May-jun 2013 [citado 20 julio de 2016]; 10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en:<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/623/612>
21. E. Hernández-Mendoza, S. Cerezo-Reséndiz, M.G. López-Sandoval. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc, 15 (2007), pp. 161-166.
22. Twycross R Symptom Management in Advanced Cancer Radcliffe Medical Press (3a Edición) Oxford 2001.

23. Hernández-Mendoza E, Cerezo-Reséndez S, Ló20. pez-Sandoval MG. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2007; 15 (3): 161-66.
24. Morago-Báez R, Albar-Marín MJ, García-Ramírez 21. M, Prieto Guerrero MM, García-Nieto AA. Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa. Enferm Clin. 2009; 19(5):240–48.
25. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cogniti12. vos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
26. González Celis A., Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. Universitas Psychologica, 5(3), 475-486. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/456>
27. Castaño E F, León del Barco B, Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 201010245-257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>
28. Vázquez C, Crespo M, Ring J. Estrategias de afrontamiento. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P, editores Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona: Masson;2000. p. 425---46.
29. Castaño E F, León del Barco B, Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 201010245-257. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017095004>. Fecha de consulta: 13 de agosto de 2016.
30. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
31. De la Cuesta-Benjumea C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los cuidados. 2006; 2(0): 136-40.
32. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (Co): Editorial Universidad de Antioquia; 2002

33. Vivar, Cristina G.; McQueen, Anne; Whyte, Dorothy A.; Canga Amayor, Navidad. Primeros pasos en la Investigación Cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2013; 22(4).
34. Vivar, Cristina G.; Arantzamendi, María; López Dicastillo, Olga; Gordo Luis, Cristina. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2010; 19(4).
35. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014.
36. Vallés S. Entrevistas cualitativas. Cuadernos Metodológicos nº 32. Centro de Investigaciones Sociológicas. 2002. Madrid.
37. Trinidad Requena A, Carrero Planes V, Soriano Miras RM. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Cuadernos Metodológicos nº 37. Centro de Investigaciones Sociológicas. 2006. Madrid
38. Blanco Fraile C. Génesis y evolución del rol enfermero en la Atención Primaria de Salud en Cantabria [tesis doctoral]. Universidad Complutense Madrid; 2015
39. Gerrish K, Lacey A. The Research Process in Nursing. Sixth edition. 2010. Ed: John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, United Kingdom
40. Carrillo Pineda Marcela, Leyva-Moral Juan Manuel, Medina Moya José Luís. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. Index Enferm [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 jun 30]; 20(1-2): 96-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011001100220&lng=es
41. Calderón, C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. Revista Española de Salud Pública. 2002;76(5): 473-482.
42. Ley de protección de datos de carácter personal. Real Decreto 1720/2007

43. correspondiente a la Ley Orgánica 15/1999. Boletín Oficial Del Estado, nº 17, (19-01-2008).
44. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [documento en internet]. Informe del comité de expertos y secretariado de la Asociación Médica Mundial. Brasil: AMM; 2008 [consultado 18 agosto 2016]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

8. ANEXOS

ANEXO I. RECOGIDA DE DATOS. GUION ELABORADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA.

- **Presentación.**
 - * Presentación personal y trayectoria laboral.
 - * Presentación de la investigación y de los objetivos de la misma.
 - * Descripción de la metodología de recogida de datos, así como de los medios para la misma: grabación de la entrevista.
 - * Se comprobará que el participante ha entendido tanto la naturaleza y los objetivos del estudio, como el carácter anónimo del mismo.
 - * Entrega del consentimiento informado.
- **Introducción.**
 - * Datos sociodemográficos: edad, sexo, estudios.
 - * Estructura familiar: casado, soltero, número de hijos, ascendentes vivos, familiares cercanos fallecidos...
- **Características profesionales:**
 - * ¿Cuántos años lleva trabajando en la UCI?
 - * ¿Me puede hablar acerca de su experiencia acerca de su trabajo en la UCI?
 - * ¿Qué aspectos más relevantes destacaría acerca del trabajo en la UCI? ¿Qué aspectos positivos destacaría de su trabajo?
 - * ¿Ha recibido formación sobre estrategias de afrontamiento de la muerte de los pacientes?
 - * ¿En su unidad de trabajo, dispone de la posibilidad de recibir apoyo psicológico si fuera necesario?
 - * ¿Cómo integra la muerte de un paciente en su práctica laboral diaria?, ¿de qué modo está presente en el día a día de su trabajo?
- **Valores y creencias:**
 - * Hábleme sobre la muerte, ¿qué es para usted la muerte?
 - * ¿Cuál es su opinión sobre la muerte? ¿Piensa a menudo sobre ella?
¿Tiene miedo a la muerte?

- * ¿Ha cambiado su percepción de la muerte desde que trabaja en la UCI?
- * ¿Tiene una percepción de la muerte como un fracaso de su trabajo?
- * ¿Utiliza la religión como ayuda para la superación de la muerte de alguno de sus pacientes?
- **Sentimientos:**
 - * ¿Cómo ha vivido y vive la muerte de un paciente a lo largo de los años en tu carrera profesional?, ¿lo vive de manera diferente a como lo hacía con anterioridad, en los inicios de su profesión?
 - * ¿Influye la edad del paciente?, ¿vive de manera diferente la muerte de un paciente joven o de una paciente de edad avanzada?
 - * En su opinión, qué resulta más difícil de sobrellevar, ¿la muerte del paciente o la agonía previa este pueda sufrir?
 - * ¿Cuáles son sus pensamientos cuando se enfrenta a la muerte de un paciente?
- **Duelo:**
 - * ¿Suelen comentar la muerte de un paciente entre los compañeros?, ¿con la familia o los amigos?
 - * ¿Piensa en la muerte del paciente una vez que abandona su puesto de trabajo?
- **Recursos de afrontamiento:**
 - * ¿Hay alguna dinámica de su trabajo diario que perciba como recurso de afrontamiento de la muerte de un paciente? ¿Cómo se comporta en esta situación? ¿Cuáles son sus recursos para afrontar la muerte de un paciente?
 - * Cuando muere un paciente, ¿piensa a menudo en ello? ¿se siente responsable? ¿cree que, si otro compañero estuviera en ese momento en su lugar, el paciente no hubiera muerto?
 - * ¿Utiliza algún mecanismo de defensa para que no le afecte?
 - * ¿Qué aspecto positivo encuentra en su trabajo en la UCI?
 - * ¿Cree conveniente y positivo la ayuda psicológica en este tipo de casos?

- **Repercusiones en el trabajo y la vida diaria:**
 - ¿De qué modo le afecta la muerte del paciente? ¿Cuándo esta fuera del trabajo piensa a menudo en ello?
 - ¿Piensa en su muerte o en la de familiares próximos?
 - ¿Recuerda la muerte de algún paciente en particular? ¿Qué la hace diferente para que la recuerde?
 - ¿Estas situaciones le han hecho plantearse su carrera profesional?
- **Cierre de la entrevista:**
 - * Ofrecer la posibilidad de añadir más cuestiones u opiniones acerca de la entrevista.
 - * Reafirmar que ha comprendido el objetivo de la entrevista, del estudio y el tratamiento que se va a realizar de la información obtenida.
 - * Comunicar que tiene a su disposición la transcripción de la entrevista y los resultados finales, si así lo desea.
 - * Resolución de posibles dudas que el entrevistado manifieste.
 - * Agradecimiento por su colaboración y despedida.

ANEXO II. FORMATO DE LAS NOTAS DE CAMPO.

Notas de campo	
Participante n°:	
Entrevista n°:	Fecha:
Observaciones:	
Análisis de lo observado:	
Análisis de lo interpretado con la entrevista:	

ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Yo, Sra./Sr _____

Estoy de acuerdo en participar estudio de investigación “**Estrategias de afrontamiento de las enfermeras de UCI ante la muerte de los pacientes desde una visión cualitativa**”, realizado por Natalia Rodríguez Alvarez, enfermera de la UCI polivalente del HUCA como parte del trabajo fin de Máster del Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud, de la Universidad de Cantabria.

La investigación pretende profundizar en las estrategias de afrontamiento de la muerte que poseen los participantes, por medio de las respuestas de los mismos, desde su propio punto de vista y experiencias, de forma que se fomente el conocimiento y comprensión de esta circunstancia desde la propia vivencia de los participantes. El objetivo último de este trabajo, será la obtención de aquellos datos que permitan a los profesionales sanitarios, que prestan servicios en el área de Cuidados Intensivos, de unos conocimientos y estrategias adecuadas para afrontar situaciones de estrés provocadas por la muerte o pérdida de sus pacientes.

La participación en este estudio es estrictamente **voluntaria**. Del mismo modo, la investigadora, asegura tanto la **confidencialidad** la información proporcionada, como el **anonimato** de los participantes de este proyecto.

Para participar en este estudio se pedirá la participación en una **entrevista individual y privada**, con la investigadora, dónde se le pedirá responder desde su propia experiencia, a una serie de cuestiones sobre sus vivencias ante en el área trabajo. Para la realización del posterior análisis de la información proporcionada por los participantes, **la entrevista será grabada** mediante el uso de una grabadora digital, siendo eliminado el archivo una vez que la investigación haya llegado a su fin. La duración total de la entrevista será, aproximadamente de 30-60 minutos, dato que previamente se notificará a los participantes.

Para garantizar la veracidad de los resultados obtenidos, se pondrá a disposición de los participantes la transcripción de la entrevista realizada y los resultados finales del estudio.

La finalidad de dicho estudio es únicamente la creación de conocimiento científico, y su destino final será la divulgación a la comunidad científica.

Aquellos participantes que deseen renunciar a su participación en la presente investigación, podrán hacer en cualquier momento de su evolución, sin que ello le perjudique de forma alguna. Tienen total derecho y libertad de realizar aquellas preguntas que considere oportunas sobre la investigación en cualquier punto de la misma, así como a informar a la investigadora de aquellas preguntas que le puedan resultar incómodas, violentas o que se abstudiese de responder.

.....

Atentamente, agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en la investigación y he sido informado de los objetivos de este estudio, método de recogida de datos y mis derechos como participante.

Participante

Investigador

Firma:

Firma:

Nombre y Apellidos:

Nombre y Apellidos: