



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

TEMA:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE DEL 2019.

AUTORAS:

ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA

BADILLO VALLE GLENDA VALERIA

TUTOR:

DRA.VERONICA ALEXANDRA AYALA ESPARZA

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2019

DEDICATORIA

En primer lugar, se lo dedicamos a nuestro padre celestial Dios y a la Virgen María Natividad de Guayco por la dicha de tenernos con vida, por ayudarnos a sobrellevar cada situación de adversidad que se presente.

En segundo lugar, a nuestras familias por su apoyo incondicional que nos brindaron cada día durante nuestra etapa estudiantil, con el fin de brindarle un futuro económicamente estable y así ser un orgullo para ellos.

En tercer y último lugar a nuestros mejores amigos/as por estar en la buenas y las malas durante todo este recorrido, a nuestra fortaleza, constancia e infinita paciencia que nos caracteriza como persona y futuras profesionales de la salud.

ATT

VALERIA Y JOSELYN

AGRADECIMIENTO

Agradecemos infinitamente a la Universidad Técnica de Babahoyo por darnos la oportunidad de pertenecer a esta gran familia, a los docentes que nos impartieron sus conocimientos durante toda la carrera, a los compañeros que nos ayudaron si poner excusa y a los verdaderos amigos que hicimos que ahora son parte de la familia, a nuestra docente tutora por guiarnos en cada etapa de nuestro proyecto, al Hospital Alfredo Noboa Montenegro-Guaranda y al personal de salud del mismo por permitirnos desarrollar nuestro trabajo de investigación en sus instalaciones.

GRACIAS INFINITAS

ATT

VALERIA Y JOSELYN

TEMA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE DEL 2019.

RESUMEN

Las intervenciones de enfermería en los cuidados post mortem, son indispensables y están regidos por los protocolos correspondientes, que deben ser aplicados luego de la confirmación de la muerte clínica por el médico responsable, para su inmediata comunicación a los familiares, que lo frecuenten y que dan inicio al proceso antes mencionado.

En el desarrollo del presente trabajo investigativo se pretende evidenciar la incidencia de las intervenciones de enfermería en los cuidados post mortem del área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, para lo cual se aplicó los métodos deductivo, inductivo y análisis síntesis así mismo con una modalidad mixta siendo cualitativa y cuantitativa, los tipos de investigación no experimental, descriptiva y de campo, aplicando como técnicas de recolección de la información la ficha de observación, la encuesta al personal de enfermería de la área en mención.

Obteniendo como resultados que las intervenciones de las enfermeras no han sido del todo aceptables y se requiere mayor efectividad en la aplicación de los protocolos sobre todo en lo relacionado a la atención de la familia y del impacto social sobre esta y para la sociedad, lo que genera ciertos inconvenientes y malestar que deben ser atendidos para mejorar su operatividad del área, para lo cual se formula la siguiente propuesta teórica que consiste en desarrollar un Programa de concienciación, sobre los cuidados post mortem y la reducción del impacto social.

Palabras claves.- intervenciones de enfermería, incidencia, cuidados postmortem, medicina interna.

ABSTRACT

Nursing interventions in post-mortem care are essential and are governed by the corresponding protocols, which must be applied after confirmation of clinical death by the responsible physician, for immediate communication to family members, who frequent it and who They start the aforementioned process.

In the development of the present investigative work it is tried to show the incidence of the nursing interventions in the post-mortem care of the internal medicine area of the General Alfredo Noboa Montenegro Hospital, for which the deductive, inductive and synthesis analysis methods were also applied with a mixed modality being qualitative and quantitative, the types of non-experimental, descriptive and field research, applying as observation techniques the observation sheet, the nursing staff survey of the area in question.

Obtaining as results that the interventions of the nurses have not been completely acceptable and greater effectiveness is required in the application of the protocols, especially regarding family care and the social impact on it and for society, which It generates certain inconveniences and discomforts that must be addressed to improve its operation of the area, for which the following theoretical proposal is formulated, which consists in developing an awareness program, on post-mortem care and the reduction of social impact.

Keywords. - nursing interventions, incidence, care postmortem, internal medicine

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfoca perfectamente en la línea de investigación de la Facultad, Servicios de Salud y la sublínea de investigación de Atención de Enfermería, siendo el propósito del trabajo el análisis de las intervenciones de enfermería y los cuidados post mortem, considerando que se aplican en la práctica clínica al paciente inmediatamente después de sus fallecimientos, para la preparación del cadáver, antes de ser entregado a los servicios funerarios.

Bajo estas consideraciones es necesario que el personal de enfermería tenga presente que su intervención es muy importante y necesaria no solo durante los cuidados de los pacientes en su enfermedad sino también luego de que se diagnostica la muerte clínica, por aquellas consideraciones en el presente trabajo investigativo se pretende estudiar la incidencia de las intervenciones de enfermería en los cuidados post mortem en el área de medicina interna del “Hospital General Alfredo Noboa Montenegro” del cantón Guaranda.

Luego de la confirmación de la muerte clínica del paciente existen diversas actividades que el personal de enfermería debe aplicar y que están determinadas en el protocolo correspondiente, para lo cual se recopilara información proveniente del personal de enfermería del área de estudio de la institución antes mencionada la misma que será de principal importancia para guiar los resultados del presente trabajo investigativo y que se verán reflejados en los resultados de la investigación una vez aplicados las técnicas de recolección de la información en el trabajo de campo.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TEMA	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCIÓN	VI
CAPÍTULO I.....	1
1. PROBLEMA	1
1.1. MARCO CONTEXTUAL	1
1.1.1. Contexto internacional.....	1
1.1.2. Contexto nacional.....	4
1.1.3. Contexto regional.....	5
1.1.4. Contexto local.....	5
1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA.....	6
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.3.1. Problema general	7
1.3.2. Problemas derivados	7
1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	7
1.4.1. Delimitación espacial.....	7
1.4.2. Delimitación temporal	8
1.4.3. Delimitación demográfica	8
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.6. OBJETIVOS.....	9
1.6.1. Objetivo general.....	9
1.6.2. Objetivos específicos.....	9
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEORICO REFERENCIAL.....	10
2.1. MARCO TEORICO	10
2.1.1. Marco conceptual	37

2.1.2. Antecedentes investigativos	38
2.2. HIPÓTESIS	42
2.2.1. Hipótesis general	42
2.2.2. Subhipotesis o derivadas.....	42
2.3. VARIABLES	43
2.3.1. Variable independiente	43
2.3.2. Variable dependiente.....	43
2.3.3. Operacionalización de las variables	43
CAPÍTULO III	45
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	45
3.1. Método de investigación	45
3.2. Modalidad de la investigación	45
3.3. Tipo de investigación.....	46
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	47
3.4.1. Técnicas	47
3.4.2. Instrumentos de recolección de datos	47
3.5. Población y muestra de investigación	48
3.5.1. Población.....	48
3.5.2. Muestra.....	48
3.6. Cronograma del proyecto.....	49
3.7. RECURSOS.....	50
3.7.1 Recursos humanos	50
3.7.2. Recursos económicos.....	50
3.8. Plan de tabulación y análisis	51
3.8.1. Base de datos.....	51
3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos.....	51
CAPÍTULO IV.....	53
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.1. Resultados obtenidos de la investigación.....	53
4.2. Análisis e interpretación de datos.....	63
4.3. Conclusiones.....	67

4.4. Recomendaciones	68
CAPÍTULO V.....	69
5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN	70
5.1. Título de la propuesta de aplicación	70
5.2. Antecedentes.....	70
5.3. Justificación	70
5.4. Objetivos.....	71
5.4.1. Objetivo general.....	71
5.4.2. Objetivos específicos	71
5.5. Aspectos básicos de la propuesta	72
5.5.1. Estructura general de la propuesta	72
5.6. Componentes	72
5.6. Resultados esperados de la propuesta de aplicación	90
5.6.1. Alcance de la alternativa.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Operacionalización de las variables.....	43
Tabla 2.- Cronograma del proyecto	49
Tabla 3.- Recursos humanos	50
Tabla 4.- Recursos económicos.....	50
Tabla 5.- Existencia de protocolos de cuidados de enfermería postmortem.....	53
Tabla 6.- Aplicación de manera correcta	54
Tabla 7.- Reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana.....	55
Tabla 8.- Reconoce cuando un paciente ha fallecido	56
Tabla 9.- Protección de la integridad física del fallecido	57
Tabla 10.- Reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido.....	58
Tabla 11.- Preparación del fallecido para que esté presentable para la familia	59
Tabla 12.- Apoyo psicológico a los familiares	60
Tabla 13.- Consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares	61
Tabla 14.- Se moviliza a otra habitación al fallecido	62
Tabla 15.- Componentes del programa	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Existencia de protocolos de cuidados de enfermería postmortem.....	53
Gráfico 2.- Aplicación de manera correcta	54
Gráfico 3.- Reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana.....	55
Gráfico 4.- Reconocimiento correcto en el caso de los individuos fallecidos	56
Gráfico 5.- Protección de la integridad física del fallecido	57
Gráfico 6.- Reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido	58
Gráfico 7.- Preparación del fallecido para que esté presentable para la familia...	59
Gráfico 8.- Apoyo psicológico a los familiares	60
Gráfico 9.- Consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares	61
Gráfico 10.- Se moviliza a otra habitación al fallecido	62

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de contingencia.

Anexo 2 Información al personal de enfermería sobre el proyecto de investigación

Anexo 3 Consentimiento informado.

Anexo 4 Declaración de las investigadoras sobre la firma de consentimiento informado.

Anexo 5 Cuestionario diseñado por los investigadores dirigidos al personal de enfermería para la recolección de datos.

Anexo 6 Ficha de observación.

Anexo 7 Evidencias fotográficas.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1. MARCO CONTEXTUAL

1.1.1. Contexto internacional

De acuerdo a lo expresado por (Hernández-Arzola, 2014), los servicios de enfermería de Emergencias de toda España están cada vez más involucrados con la estandarización de los cuidados de enfermería desde una perspectiva propia y distintiva de la ciencia para conseguir un cuerpo doctrinal que ofrezca a todos los ciudadanos y usuarios una calidad creciente en este campo de la atención pre hospitalario.

De igual forma en México, el personal de enfermería cumple un papel fundamental en la recuperación física y mental del paciente. Posee un perfil personal que puede implicar algunas consecuencias; se da por hecho que ha de tener empatía, ser fuerte, racional, con capacidad para tomar decisiones rápidas. Estas características constituyen retos complejos a los que se enfrenta (Hernández-Arzola, 2014).

Pocos son los planes curriculares que en la formación global del enfermero integran las herramientas emocionales necesarias para evitar su propia afectación ante el pre duelo y el duelo del paciente a su cargo, pues este personal está expuesto a situaciones potencialmente estresantes, como la muerte y el proceso que conlleva a esta, que no solo implican al enfermo, sino también al propio profesional de enfermería como transmisor de cuidados (Hernández-Arzola, 2014).

Por ello se requiere que la formación incluya el desarrollo y/o aprendizaje de capacidades/habilidades para el auto reconocimiento de las señales emocionales que le avisen que está siendo afectado por la situación de una manera inapropiada, tanto en lo que se espera de él como profesional, como ante una implicación no adecuada, todo con el objetivo de que sea un cuidador que enfrente momentos estresantes con la capacidad para actuar de manera rápida y oportuna, con base en el característico perfil de ingreso y el carácter humanista que se requiere para el desarrollo, la formación y la práctica de la profesión (Hernández-Arzola, 2014).

En la actualidad, el profesional de enfermería es una pieza clave dentro del equipo multidisciplinario de salud, pues es quien tiene mayor contacto con el paciente y con los familiares (Wilson & Kirshbaum, 2014). El enfermero cumple un papel fundamental en la recuperación del paciente, con una preocupación que va más allá de tomar signos vitales; se ocupa por la reacción general del individuo, además de aliviar el sufrimiento físico y mental, y en lo posible evitar el surgimiento de complicaciones.

El reconocimiento de su calidad profesional ha llevado a cambios a nivel legislativo, como la recién brindada facultad para prescribir. Aspectos como estos han llevado a los nuevos profesionales de enfermería a estar mejor preparados cada día ante los nuevos escenarios de la práctica profesional, la cual demanda de más y mejores conocimientos.

Esta profesionalización ha sido resultado de conocimientos filosóficos y epistemológicos con los que se buscó ahondar en la naturaleza de dicha profesión, y en el objeto de su existencia: el cuidado, lo que la lleva a ser una disciplina científica por poseer un objeto particular de estudio, un cuerpo propio de conocimientos fundados en la distinción del propio cuidado, que posee flexibilidad según la situación y el contexto presentados; sin embargo, no se han clarificado del

todo los conocimientos, las habilidades y las herramientas necesarias por parte de quien ha de llevar a cabo este cuidado (Medina, 2015).

El momento de la muerte de un paciente es un momento solemne, cargado de sentimientos, no todos coherentes o lógicos, en el que de manera regular el personal de enfermería es el encargado de dar esta parte de la atención y no siempre es quien mejor se enfrenta a la muerte (Chiplaskey, 2014). Al menos no en su significado más subjetivo, es decir las emociones (vivencia de la propia situación a partir de su propia personalidad), aunque sí en el aspecto técnico y biológico.

De tal forma, la atención post mórtem no es solo un procedimiento, es el contexto y la situación lo que representa una situación subjetiva en la que incurren variables que no le dan la categoría de procedimiento final para el paciente, pues con cada uno de los aditamentos retirados, el profesional de enfermería participa aún de un cuidado (Larbá & Vera, 2014).

Las experiencias vividas incluyen la interacción entre una persona con sentimientos, pensamientos, expresiones y actitudes como producto de toda una historia de vida, en la cual el cuerpo no es solo un cuerpo que ya no comunica de manera oral lo que siente o piensa, sino que se ofrece en toda la majestuosidad y misterio que encierra, y yace sin signos vitales, pero aún con toda una historia de intercambios entre él y un personal de enfermería que ofrece sus conocimientos, observaciones y percepciones.

Y es en este momento cuando se brinda un último cuidado con una respuesta ética, cargada de sensibilidad y creatividad. Después de todo, el cuidado no solo termina con la recuperación de la vida sino puede extenderse aún en el proceso de muerte (Grupo cuidado, 2015).

1.1.2. Contexto nacional

Según (Alvarado, 2015), el envejecimiento de la población ecuatoriana y el creciente número de personas con enfermedades crónico-degenerativas y con cáncer representan un reto importante para los servicios de salud. Muchas de estas personas, al final de su vida padecen sufrimiento y precisan una atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales, por lo cual el Estado Ecuatoriano por medio del Ministerio de Salud advierte los cuidados paliativos.

Existe una demanda generalizada de atención centrada en la persona, de calidad y a costes razonables, que permita una vida y una muerte dignas. Esta realidad revela la necesidad de realizar un nuevo planteamiento acerca de los objetivos que debe perseguir la medicina actual que, hasta ahora, se ha centrado de manera excesiva en un enfoque curativo. Callahan, en un artículo publicado en el año 2000, abogaba por que se reconociera una muerte en paz como un objetivo del mismo valor e importancia que la lucha contra las enfermedades y la prolongación de la vida, citado por (EL COMERCIO, 2018).

Los cuidados paliativos tienen el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas o avanzadas con pronóstico de vida limitado, y de sus familiares. En nuestro país, los cuidados paliativos se han brindado de forma privada; por tal razón, uno de los retos del Modelo de Atención Integral de Salud es que se ofrezcan y desarrollen en el Sistema Nacional de Salud.

A pesar de lo revisado y evidenciar los programas de cuidados paliativos, al llegar al tema de post mortem no existen actividades estatales direccionadas a esta situación social tan delicada, siendo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el único organismo que brinda programas de asistencia post mortem a sus afiliados.

1.1.3. Contexto regional

Al igual que la situación nacional, se evidencia a nivel regional que se establece la aplicación de cuidados paliativos a los enfermos, indicando que cuando el profesional de la salud desee determinar la situación del enfermo para plantear decisiones, debería formularse algunas preguntas sobre el pronóstico vital del enfermo, su calidad de vida o la situación socio-sanitaria y sobre esta base, plantearse la idoneidad, o no de profundizar en las técnicas diagnósticas o en tratamientos más invasivos (reanimación cardiopulmonar, soporte avanzado de constantes vitales, cirugía, quimioterapia, radioterapia, nutrición artificial y otros.)

Son muchos los protocolos de enfermería en los que se indica los cuidados post mortem, siendo realizados de manera normal en cada una de las instituciones de salud sin que se dé el realce la importancia necesaria para el impacto social que esta situación provoca no solo a familiares y amigos, sino de la sociedad en cada caso.

1.1.4. Contexto local

A nivel local los cuidados post mortem están dentro de las actividades cotidianas del personal de enfermería, sin considerar el carácter holístico y la propia definición de cuidados post mortem que incluyen, además los cuidados a la familia del paciente.

La cronicidad, el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida han hecho que los cuidados al paciente terminal sean un asunto más prevalente en el sistema sanitario en la actualidad, con respecto al enfoque tradicional, orientado principalmente a la curación, sin que se dé énfasis a los cuidados post mortem, dejando su aplicación dentro de los protocolos de

enfermería. Es por ello que el profesional de enfermería debe conocer cómo proveer estos cuidados, así como la aplicación de cuidados post-mortem cuando se produce el fenecimiento del paciente.

Por otro lado, luego de una exhaustiva búsqueda de trabajos investigativos relacionados al tema de cuidados post mortem a nivel local se concluye que no existen trabajos iguales o con rasgos de similitud del presente trabajo investigativo, lo que se evidencia en el escaso material y fuentes de información para sustentar y comparar resultados que sirvan de guía para el desarrollo de este.

1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA

El problema actualmente existió en el área de medicina interna ya que está caracterizado por proporcionar intervenciones de enfermería a fallecidos, por lo cual se constató que el personal de salud no presta los cuidados post-mortem de una manera estandarizada este problema ocasiono que no se les fomente a los familiares el apoyo fundamental para sobre llevar dicha perdida.

Por ello se tomó como base de estudio al personal de enfermería que labora en el área de medicina interna, y así se estableció la incidencia de las intervenciones de enfermería en la preparación del cadáver y la familia durante el duelo.

Se evidencio las limitaciones en la aplicación del protocolo cuando se da la noticia del fallecimiento, estos son trasladados al espacio determinado para los cadáveres, una vez retirados los materiales y equipos que intervinieron durante su tratamiento.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema general

¿Cómo las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019?

1.3.2. Problemas derivados

¿Qué incidencia tienen las intervenciones de enfermería en la preparación del cadáver en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar?

¿Cómo las intervenciones de enfermería influyen en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar?

¿Qué estrategias protocolarias reducirían el impacto social de la muerte en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar?

1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.4.1. Delimitación espacial

La investigación se realizó en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

1.4.2. Delimitación temporal

La investigación se realizó en el periodo comprendido de mayo a septiembre del año 2019.

1.4.3. Delimitación demográfica

El universo comprendido para la presente investigación está determinado en el personal de enfermería del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo de mayo a septiembre del 2019.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Una vez que se determina el fallecimiento de un paciente existen condiciones y situaciones que se deben afrontar con profesionalismo de parte del personal de enfermería, en este caso es muy importante que estas actividades se desarrollen de la mejor manera, y en casos contrarios el progreso del trabajo investigativo será de mucha ayuda para evitar que se esquiven puntos de dicho protocolo y generar alternativas que conlleven a mejorar dicha situación.

En una situación tan delicada, como es el fallecimiento del paciente el profesional de enfermería debe estar orientado para brindar de una manera estandarizada los cuidados post-mortem lo que hace factible la realización del presente trabajo y que se complementa con la información acerca de los procesos de enfermería post mortem.

Por otro lado, es necesario indicar que con la aplicación del trabajo investigativo se estaría generando un valioso aporte tanto teórico dirigido para

quienes se interesan en futuras investigaciones relacionadas al tema y un aporte practico para los profesionales de enfermería que se encuentran en esta área de trabajo.

Cabe indicar también que en su desarrollo el estudio en mención evidenciara dos tipos de beneficiarios, los directos que en este caso serán el personal de enfermería y como beneficiarios indirectos estarían las autoridades del hospital y la sociedad en general.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Establecer de qué manera las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.

1.6.2. Objetivos específicos

Indicar qué incidencia tienen las intervenciones de enfermería en la preparación del cadáver en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

Analizar de qué manera las intervenciones de enfermería influye en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

Determinar qué estrategias protocolarias se pueden aplicar para mejorar los cuidados post mortem y el impacto social de la muerte en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEORICO

Cuidados de enfermería

Kozier menciona que las intervenciones de enfermería o estrategias de enfermería son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico de enfermería específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente (Icart, Guàrdia, & Isla, 2013, pág. 33)

Cuidados de enfermería desde la epidemiología

Para la elaboración de las guías el grupo asesor en epidemiología planteó las siguientes consideraciones:

Aplicar el enfoque de riesgo, considerando la susceptibilidad, vulnerabilidad o riesgo de las personas a las cuales va dirigida la Guía de Enfermería. Esto no solo delimita el área de desarrollo de la guía sino que optimiza recursos y esfuerzos en prevención y control.

Describir los antecedentes epidemiológicos y los indicadores de prevalencia, mortalidad, carga de enfermedad, etc. De la entidad objeto de la guía, tanto a nivel nacional como del Instituto de Seguridad Social. Esto con el fin de dar soporte a la elección del área de trabajo y justificar la necesidad y los beneficios de elaborar guías de prevención o intervención, según el caso.

Aplicar el método científico y criterios epidemiológicos en la calificación de la validez de los resultados de cada estudio o artículo incluido como referencia para la elaboración de la guía y de la asignación de la evidencia científica y el grado de recomendación.

Identificar necesidades o problemas de investigación en el tema de la guía que permitan enriquecer el conocimiento científico en dicha área. Debe incluir además la necesidad y las posibilidades de evaluación de la efectividad, impacto, utilidad, beneficio y aplicabilidad de la guía elaborada.

Diseñar e incluir en la guía un instrumento preliminar de vigilancia o monitoreo de las actividades realizadas y la población atendida, que se constituya en un punto de partida de estudios de evaluación y seguimiento de la guía. Este instrumento, que para efectos del presente trabajo puede denominarse: registro de enfermería de (nombre de la guía), debe incluir al menos variables socio-demográficas y de identificación del paciente al cual se le aplica la guía, antecedentes personales o factores de riesgo, fecha de ingreso y egreso y observaciones. Este instrumento representa una de las fuentes de identificación, vigilancia, control y evaluación de los pacientes intervenidos y de los elementos de la guía (Mone & Burke, 2014).

Cuidados de enfermería desde la promoción de la salud

Dado que las guías están orientadas a brindar cuidado de enfermería a las personas afiliadas y beneficiarias del Instituto de Seguros Sociales, que se presentan a la institución a demandar atención por enfermedad, es estratégico aprovechar este contacto para incluir la promoción de la salud dentro del proceso de atención.

La promoción de la salud es entendida como la búsqueda del disfrute de la vida y del desarrollo humano. Es un enfoque para lograr que la vida sea posible y existan condiciones adecuadas de salud, lo cual significa que todas las acciones de promoción deben estar encaminadas a fomentar los aspectos favorecedores de la salud y los protectores frente a la enfermedad, a desarrollar las potencialidades y modificar los procesos individuales de toma de decisiones para que sean predominantemente favorables.

En este contexto debe verse la enfermedad como una oportunidad para el cambio en la forma de vivir desde lo individual, lo familiar y lo social.

Para que el enfoque de promoción de la salud tenga éxito requiere:

1. **Apoyo institucional:** Lo cual implica el desarrollo de una política que explicita la inclusión de la promoción de la salud como enfoque fundamental dentro de todos los procesos de atención, tanto a la persona afiliada como a su familia y beneficiarios, con el respaldo de un presupuesto definido.

2. **El trabajo interdisciplinario**, puesto que la responsabilidad en la búsqueda de una vida sana individual y colectiva es de todos los trabajadores de la salud.

3. **El seguimiento y la retroalimentación de la atención.** Con el fin de hacer operativo el enfoque de la promoción de la salud es necesario explicitar los mecanismos para fomentar y fortalecer.

1. Auto-esquemas positivos individuales en relación con la autovaloración y la autoestima, que conducen la empoderamiento y al autocuidado, y hacia la valoración de la vida. El logro de estos auto-esquemas fortalece la toma de decisiones de las personas por opciones saludables.

2. La participación y el compromiso del personal de salud de la institución, de las personas afiliadas y beneficiarias para:

Realizar acciones reeducativas del comportamiento de las personas para convencerlas de que la salud depende, en parte, de los cuidados que cada uno le proporciona a su propio organismo y de la responsabilidad para mantener sus reservas funcionales y su integridad física. Así, se puede insistir en: evitar tóxicos como el cigarrillo y las drogas, enfatizar sobre el uso moderado del alcohol, estimular el consumo de los alimentos "más saludables", promocionar la actividad física en sus diversas opciones.

La integración de la familia al cuidado de la persona enferma como primer grupo de apoyo.

La articulación de las personas enfermas y sus familias con los programas institucionales, algunos ya en funcionamiento como Programa Vida a los Años (pensionados y tercera edad), centros socio-sanitarios (atención del día) y otros por crear como club de personas con hipertensión arterial, o con diabetes, o con enfermedad cardiovascular, con estomas, con problemas músculo esquelético, personas poli-traumatizadas, con quemaduras, mujeres en gestación (club de gimnasia prenatal), entre otros; y la articulación con redes de apoyo comunitario como las redes sociales y grupos de auto-ayuda que pueden existir en los barrios.

El enfoque de género en el cuidado de la salud, puesto que la atención debe ser diferente según la forma de sentir, percibir y expresar la enfermedad por una mujer o por un hombre.

La cultura del buen trato: consigo mismo y con la familia, de los integrantes del equipo de salud entre sí, de los trabajadores de la salud en la atención hacia las personas enfermas. Motivar hacia la generación de pensamientos positivos, hacia la tolerancia, el respeto, la amistad y el afecto (Macclelland, 2014).

La dignidad de la vida y de la muerte.

La calidad de la vida desde la condición de persona sana o enferma y la ayuda a la persona enferma en las destrezas básicas y las competencias sociales necesarias para realizar las actividades de vida diaria e integrarse a su familia y a su trabajo.

El trabajo interdisciplinario, con el fin de potenciar los aportes de otras disciplinas de la salud y de las ciencias sociales en la promoción de la salud.

El conocimiento y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas afiliadas y sus familias.

Las intervenciones que los diferentes grupos de trabajo propongan para fomentar y fortalecer los aspectos propuestos en estos lineamientos, pueden desarrollarse a través de la educación para la salud, la información, la participación y la comunicación social, dirigida tanto a las personas afiliadas como a las beneficiarias y a diferentes grupos de población (Martín-Zurro, 2015).

Cuidados de enfermería desde la ética y la humanización

En el Código para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras se consignan cuatro aspectos fundamentales de responsabilidad de la enfermera: "mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento". También declara que: "la necesidad de cuidados de enfermería es universal, el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería.

No se permitirá ningún tipo de discriminación por consideración de nacionalidad, raza, religión, color, sexo, ideologías o condiciones socioeconómicas" (Morrison, 2014).

El respeto a la dignidad de la persona

Todas las personas merecen respeto, sin ningún tipo de discriminación; este principio se aplica a las personas que reciben cuidado de enfermería y a los cuidadores.

La confianza, el respeto mutuo, la sinceridad, el afecto, el amor al otro, son la base de la convivencia humana y de la humanización del cuidado de enfermería.

Uno de los elementos fundamentales del cuidado de enfermería es la relación terapéutica enfermera-persona (paciente, familia, grupo) que debe construirse sobre la confianza, el respeto y el amor. Por tanto, la enfermera empleará todos los medios a su alcance para evitar cualquier tipo de violencia o maltrato a la persona que recibe los cuidados de enfermería y también a los cuidadores de la salud.

En el cuidado de enfermería el valor de la persona, el respeto a su dignidad, a la consideración integral de su ser, siempre predominará sobre la tecnología, que tiene valor en la medida en que sirva para atender sus necesidades y proporcionarle bienestar (Macclelland, 2014).

El respeto a la vida humana

La enfermera reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final.

Respeto y defiende los derechos del ser humano.

La enfermera habla por la persona cuando ella está incapacitada para hacerlo por sí misma, aboga por el respeto de los derechos de la persona, familia o grupo que cuida (Morrison, 2014).

La integridad, integralidad, unicidad, individualidad del ser humano.

La enfermera reconoce la individualidad de la persona que cuida, quien tiene sus propias características, valores y costumbres.

Los protocolos y guías generales de cuidado de enfermería se deben adaptar a las necesidades individuales de la persona, la familia o el colectivo que reciben el cuidado.

El cuidado de enfermería atiende integralmente a la persona, la familia y los colectivos, es decir, toma en consideración sus dimensiones física, mental, social, psicológica y espiritual.

En el cuidado de enfermería se protege la integridad física y mental de la persona. Se debe preparar y ayudar a la persona cuando acepta y da su consentimiento para que se extirpe la salud de un mal mayor.

Violar nuestra integridad, nuestra unicidad, es violar todo nuestro ser como criaturas humanas. La integridad no puede considerarse aislada de la autonomía (Morrison, 2014).

Cuidados Postmortem

Objetivos

Preparar al cadáver para que esté presentable para la familia, amigos antes de su retirada por una empresa funeraria.

Participar, ayudar y apoyar psicológicamente a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo (intentar prevenir el duelo patológico), (OPS/OMS, 2004).

La intervención NIC “Cuidados Postmortem 1770” está definida y aceptada dentro de la Clasificación Internacional de Intervenciones de Enfermería (NIC) y se define como: proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo.

Las actividades recomendadas en esta intervención son:

- Empezar con los cuidados después de la confirmación del diagnóstico por parte del médico responsable.
- Informar a la familia cuanto antes después de verificar la identificación y parentesco por parte del médico responsable.
- En familias con culturas diferentes, consultar costumbres y ritos.
- Después de informar avisar al servicio de mortuorio para que se ponga en contacto con la empresa funeraria que la familia desee.
- Mantener en todo momento la intimidad de la familia.
- Separar el fallecido del/los compañeros/o de la habitación en el caso de exitus en medio hospitalario, evitando un ambiente lesivo para los demás pacientes.
- Permitir a la familia que tenga tiempo para estar con el fallecido si se ha pedido con anterioridad.
- Recoger y guardar las pertenencias del paciente fallecido y entregárselas a un miembro de la familia.
- Conseguir que el cuerpo del fallecido este presentable y aseado. Lavar el cadáver si es necesario y colocar prótesis dental si es posible (Sofía HUR, 2001).
- Cubrir las lesiones que presente con apósitos.
- Colocar el cuerpo en decúbito supino (Argüello HD, Z., 2002).
- Identificar correctamente el cadáver y tenerlo preparado con toda la documentación para su traslado. Verificar que el paciente tenga colocada la pulsera identificativa (colocársela si no la tuviera).
- Los certificados de defunción serán cumplimentados por el médico responsable.
- Registro en la documentación, tanto a nivel de registros enfermería como en los programas informáticos.
- Unificar y ordenar toda la historia del paciente para su posterior archivo.

-Recoger el material y limpiar la zona donde ha sucedido el fallecimiento.

Cuidados de enfermería en pacientes post mortem

Según (Mejía, 2014), La muerte es un hecho biológico, personal e individual, pero también es una realidad social y cultural que suscita muchas reacciones tanto individuales, como de las instituciones relacionadas con el paciente. El miedo a la muerte es patente en nuestra sociedad hasta el punto de poder ser una idea inaceptable o en determinados casos, tolerable por razones diversas (biológicas, éticas, religiosas). Podemos considerar la muerte como el cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. El difunto presenta los siguientes signos: inmovilidad, piel fría, atonía muscular (relajación), midriasis y ausencia de actividad cerebral.

Los cuidados post mortem

El término post mortem deriva del latín y significa “después de la muerte “. Por esa razón, se denominan así a los cuidados que se brinda al cuerpo del paciente después de la muerte.

Los niveles de muerte son:

Clínica: Funcional o corporal, se inicia con el cese de las funciones respiratoria y circulatoria.

Biológica: Se indica con el cese de la actividad celular.

Muerte

Según (RAE, 2016), se considera a la muerte como

“(del latín mors, mortis): Cesación o término de la vida”.

Conviene aclarar que desde un punto de vista conceptual no es lo mismo el término “el morir” que el de “muerte clínica”, ya que el primero se refiere al proceso biológico del morir mientras que el segundo se refiere al momento en el que se diagnostica y atestigua un “nuevo estado”; el de estar muerto. Veamos las diferencias entre ambos términos.

En primer lugar, “el morir”. Se refiere a un proceso asistencial de un paciente, con un pronóstico de situación evolutiva terminal. Es, pues, un pronóstico clínico dentro de una referencia lineal del tiempo de la vida humana; conlleva una predicción pronóstica de muerte próxima, lo que permite la consideración de que el proceso clínico está en estado terminal. El estado terminal plantea otros problemas: especialmente la futilidad de las decisiones terapéuticas y la posibilidad de una “limitación del esfuerzo terapéutico” (Torre, 2016). Así, pues, “el morir”, se refiere a la vida humana concreta como proceso biológico, y al pronóstico de terminalidad de la vida temporal biológica del sujeto; implica un pronóstico vital negativo, pero no afecta necesariamente la dimensión ontológica del sujeto personal, en tanto que su individualidad como todavía viviente no se cuestiona.

En segundo lugar, “la muerte”. Puede referirse a un estado o a un evento. La muerte como estado es el opuesto a la vida; la muerte como evento es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida en un organismo vivo, mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento (Trueba, 2016). Dicho en términos médicos: el evento equivale al juicio diagnóstico de muerte clínica; el estado al pronóstico que se deriva del diagnóstico; el estar muerto sin posibilidad de retorno a la vida, y en una situación que ha de conducir

necesariamente a la desestructuración orgánica total del cuerpo: la putrefacción del cadáver en un tiempo inmediato.

La “muerte clínica” al reconocer un “nuevo estado”, compromete la dimensión ontológica del sujeto objeto de estudio; es un hecho real muy trascendente, ya que abre la posibilidad de actuaciones muy trascendentes como pueden ser: la firma de un parte de defunción, la retirada de la respiración asistida, o la solicitud de donación de órganos a la familia del fallecido.

Muerte celular

La muerte celular es la pérdida de estructura o energía en la célula (Clark, 1996). La muerte ocurre debido a la incapacidad de las células para revertir los daños sufridos por algún agente de daño. Existen dos modalidades principales de la muerte celular en las células nucleadas, la necrosis (Duvall y Wyllie, 1986) y la apoptosis (Kerr et al., 1972). La primera usualmente no es programada y la segunda usualmente sí lo es, citados por (Velázquez & Vaca, 2014).

Muerte clínica

La ausencia de signos vitales y especialmente el criterio de la parada cardiorrespiratoria fue el modo tradicional de hacer el diagnóstico de muerte en la medicina. Su verificación era relativamente fácil, especialmente cuando la medicina científica aportó procedimientos más exactos para registrar el latido cardíaco y la respiración. Su confirmación final también era fácil ya que bastaba con esperar la aparición de signos de putrefacción para tener evidencias suficientes que evitasen los diagnósticos precipitados o erróneos de la muerte (Trueba, 2016).

Objetivos de los cuidados post mortem

- 1.- Preparar al cadáver para su inhumación o cremación.
- 2.- Participar en el duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posibles.

Inhumación

Enterrar al cadáver

La cremación

Es la práctica de deshacer un cuerpo humano muerto, quemándolo, lo que frecuentemente tiene lugar en un sitio denominado crematorio.

Actividades a realizar por el profesional de enfermería

- a.- Avisar con tacto y respeto a los familiares de la muerte del paciente.
- b.- Solicitar a un representante religioso previo consentimiento de los familiares.
- c.- Preparar el quipo para amortajar en el cuarto de trabajo.
- d.- Alinear el cuerpo, cerrar los párpados, colocar prótesis dental, retirar apósitos, sondas y otros.
- e.- Asear parcial o totalmente al paciente
- f.- Colocar fichas de identificación

Registrar datos concernientes a:

Deceso.

Notificación a familiares sobre el deceso.

Consentimiento bajo información para donación de órganos y tejidos o autopsia.

Entrega de pertenencias a los familiares

Técnicas de los cuidados post mortem

Cuando el medico certifica la muerte del paciente, se inician, por parte del personal de enfermería, una serie de maniobras y cuidados necesarios para preparar al difunto, con vistas a su posterior traslado a un lugar adecuado.

Los lugares podrían ser:

- a) Velatorio del hospital o residencia geriátrica.
- b) Un tanatorio externo a la institución.
- c) El instituto anatómico forense, si se va a realizar una autopsia por mandato judicial.
- d) El quirófano, si media una donación de órganos.
- e) A otros lugares como el domicilio familiar, una cámara frigorífica,

Material necesario

- Una sábana grande o sudario y una sábana normal.
- En algunos casos, a petición de la familia, se utiliza la ropa que aportan los familiares
- Una toalla
- Jabón germicida.
- Compresa para lavar el cuerpo o una esponja jabonosa desechable.
- Algodón.
- Bata y guantes.
- Vendas normales 5 x5 ó 10 x5cm
- Palangana (recipiente bajo y con boca muy ancha que se emplea para lavar o lavarse) con agua
- Pinza de kocher y tijeras.

- Bolsa de plástico para la ropa sucia.
- Bolsa de plástico para el material desechable.
- Contenedor, sobre o bolsa, para guardar los enseres personales y entregárselos a los familiares.
- Una camilla.

Procedimiento

1.- El personal de salud solicita a los familiares que salgan de la habitación, si la familia desconoce el fallecimiento debe ser avisada a ellos, se les entregara sus pertenencias u objetos del difunto, previa firma de un recibo si fuera necesario.

2.- El personal de salud reúne todo el material necesario, se coloca la bata y los guantes teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad.

3.- El personal de salud retira de la habitación todo el material que ya no se utilice y que pueda molestar, luego se realiza la limpieza posteriormente.

4.- El personal de salud coloca a la persona fallecida en posición normal decúbito supino con las piernas y brazos estirados.

5.- El personal de salud retira los tubos, catéteres y drenajes que posea el difunto.

6.- El personal de salud taponar si es necesario los orificios naturales o quirúrgicos con algodones o apósitos. Esta medida tiene como finalidad evitar drenajes de líquidos orgánicos. Para realizar el taponamiento, se utilizará pinzas kocher.

7.- El personal de salud lava el cuerpo con agua y jabón germicida, se procede a secarlo y se reemplaza los apósitos manchados por otros limpios.

8.- El personal de salud ata las manos y los pies con esparadrapos o vendas, coloca las manos sobre el tórax y el abdomen. Los pies se atan a la altura de los tobillos, igualmente sujeta con una venda el maxilar inferior con el fin de que la boca permanezca cerrada.

9.- El personal de salud cierra los párpados de la persona fallecida con algodón empapado con alcohol o alguna solución que une a los párpados.

10.- El personal de salud coloca al difunto en decúbito lateral, retira la sabana sucia y extiende el sudario o sabana grande sobre la cama en forma de pico, semejando una figura romboide. También se puede colocarlo como si se tratara de una sábana que cubre el colchón.

11.- El personal de salud dobla el pico superior de la sabana como si intentaras colocar un pañuelo sobre la cabeza. Asegura los dobles con esparadrapo a nivel del cuello.

12.- El personal de salud envuelve el tórax, abdomen y posteriormente las piernas. Asegura cada doblez con esparadrapo. Procura que los esparadrapos queden aun lado, que el sudario presente las menos arrugas posibles y que la sábana quede fija en los tobillos con esparadrapo.

13.- El personal de salud coloca sobre el tórax esparadrapo, los datos identificativos del difunto: nombre, apellidos, fecha y planta (servicio) en que se produjo el deceso.

14.- El personal de salud traslada el cuerpo a la camilla y lo cubre con una sábana normal.

15.- El personal de salud recoge todo el material utilizado y realiza el lavado de manos.

16.- El personal de salud avisa al velatorio para que procedan a recoger el difunto y archiva la historia clínica.

17.- El personal de salud encarga si es posible, la desinfección terminal de la habitación: cama, paredes, objetos y ambiente. Si en la habitación hay más pacientes, se realizara la desinfección concurrente como una unidad desocupada o que acaba de ser abandonada por una persona dada de Alta. (Mejía, 2014).

Teoría de los cuidados y gestión del cuidado en enfermería

En muchas ocasiones, "en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado como un quehacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, entendido como una ayuda o un complemento en las ciencias de la salud, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte" (Medina, 2014, pág. 23). Las autoras determinaron que aún en las escuelas de enfermería de ciertas universidades se mantiene el modelo biomédico en experiencias hospitalarias, por lo que se hace menor el rol del ejercicio autónomo de enfermería como gestor del cuidado (Sanhueza & P.Jara, 2015, pág. 45).

En virtud de su contexto histórico, la enfermería tiene su cuerpo de conocimientos relativamente nuevo y en plena construcción, el cual ha desarrollado a través de las investigaciones. Cada trabajo producido avala la construcción y consolidación de su corpus teórico añadiendo nuevas modalidades de cuidar, aportando mejorías para la calidad de la atención, enseñanza e investigación con el consecuente mejoramiento de la profesión y avanzar en la construcción del conocimiento en enfermería (Erdmann, Leite, Mendes, Trevizan, & Dantas, 2015, pág. 65).

La Enfermería tiene como fundamento una teoría que guía su práctica. El enfermero/a emplea las fuerzas de esa teoría en sus actividades asistenciales diariamente, aunque quizás no lo reconozca como tal. La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de Enfermería (León, 2014, pág. 22).

Muchas teoristas han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado, como Dorotea Orem y su teoría de déficit de Autocuidado, Jean Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal (Watson, 2014, pág. 34), Madeleine Leininger y su teoría Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad y Kristen Swanson que nos propone la Teoría de los Cuidados.

El profesional de enfermería debe organizar, supervisar, evaluar y promover la calidad de cuidados de enfermería, con la finalidad de brindar atención segura, oportuna, continua e intercultural de acuerdo a las políticas y normas del ministerio de salud chileno. Debe participar en los lineamientos estratégicos relacionados con la dotación de recursos humanos, materiales, físicos y financieros del cuidado de enfermería, incluyendo la administración presupuestaria asignada y la implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión.

Enfermería como disciplina, está compuesta por varios componentes entre los que destacan, perspectiva, dominio, definiciones y conceptos existentes y aceptados por la enfermería y patrones de conocimientos de la disciplina por lo que depende de la existencia y generación de un conocimiento teórico que sustente todas las áreas. La aplicación de un Modelo Conceptual o Teoría de Enfermería en la atención, garantiza que todas las enfermeras compartan igual concepción del metaparadigma e igual lenguaje en la orientación de los cuidados. De mayor a menor nivel de abstracción los modelos y teorías de enfermería se estructuran desde lo más filosófico a lo más explicativo en metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías y teorías de rango medio.

El metaparadigma es el nivel de conocimientos más abstracto de todos. Describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos del metaparadigma enfermero son el de persona, entorno, salud y enfermería. Las grandes teorías son aquellas que cubren grandes áreas de preocupación dentro de una disciplina. Son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de la enfermería, la misión de la enfermería y el cuidado de enfermería. Adquieren un papel formativo y de socialización, sin embargo, la macroteoría comienza a decrecer a medida que generan conocimiento, dando paso a las teorías de rango medio. Estas últimas, son mucho más limitadas en amplitud, menos abstractas, y reflejan de mejor manera los componentes de la práctica.

Debe promover los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional, tanto en su rol independiente como parte de un equipo multidisciplinario, en donde se promueva la comunicación eficaz entre las diferentes dependencias institucionales. La enfermera/o debe promover un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia, para ello debe proponer programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de enfermería. Se espera también que exista una integración docente asistencial para así incentivar la investigación en el ámbito de la gestión del cuidado.

Smith y Durán de Villalobos in Campos (Campos, 2015), postulan que "el foco central del saber y hacer de la enfermería, es el cuidado, no existe otra profesión que esté tan comprometida con el proceso de cuidar, las acciones de cuidado, y con una relación interpersonal de cuidado". El cuidado es su concepto nuclear, define e identifica la disciplina, da cuenta del compromiso social de la profesión y acota el área de responsabilidad. Es por ello la importancia de una formación sistemática, rigurosa y especializada en los ámbitos del saber, hacer y ser que asegure a la población un cuidado de la más alta calidad (Campos, 2015), en donde los nuevos profesionales enfermeras/os, que asuman la responsabilidad del cuidado como bien profesional que enriquezca a la disciplina, es por ello la importancia de quienes son los encargados de enseñar este proceso de cuidar.

Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder la vista del individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico sino que saber escuchar con atención, esto constituye la fase inicial del dialogo y permite la comunicación con la persona, es más la enfermera/o debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual y participar del sistema de salud chileno.

Según (Wojnar & Swanso, 2016) plantea que "independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente) Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente,

expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente".

Atención psicológica de adultos en duelo

Muchos autores, entre los que destaca (Worden, 2014), consideran útil la distinción entre consejo o asesoramiento y terapia de duelo. El consejo es un tipo de intervención que podrían realizar los profesionales sanitarios que se relacionan con frecuencia con personas que sufren procesos de duelo (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) y se desarrolla con personas que están atravesando un proceso de duelo normal. Se pone en práctica en el contexto habitual de trabajo del profesional y no requiere de un encuadre especial como ocurre en la terapia.

Aunque es lícito pensar que lo más adecuado es ofrecer este asesoramiento a toda persona que esté enfrentándose a un proceso de duelo, la mayoría de los autores prefieren ofrecérsela sólo a aquellos dolientes que reúnan condiciones de alto riesgo, a aquellos que lo soliciten por iniciativa propia o a aquellos que presenten claras dificultades para realizar las tareas de afrontamiento del duelo que más adelante describiremos (Worden, 2014).

Por su parte, la terapia de duelo está indicada en los casos de duelo complicado, la realizan profesionales de salud mental y necesita de un encuadre concreto al igual que otras terapias psicológicas.

Partiendo de este planteamiento el consejo va a ser el marco de trabajo que se va a utilizar habitualmente para la atención al duelo normal.

La atención a una persona en duelo supone multitud de acciones que van desde la comunicación del diagnóstico de enfermedad terminal hasta el tratamiento especializado del duelo patológico o complicado (Astudillo & Mendinueta, 2015).

Como ya se ha comentado, la elaboración del duelo comienza desde que se confirma el diagnóstico fatal de la enfermedad, por lo que la atención al duelo debe comenzar antes del fallecimiento del enfermo.

En este sentido el curso de la enfermedad oncológica permite a los profesionales que antes del fallecimiento del enfermo se pueda valorar y analizar la situación de un deudo con el objetivo de facilitar el proceso de duelo y/o detectar posibles factores de riesgo de duelo complicado.

Algunas estrategias de intervención previas al fallecimiento para facilitar un buen duelo son (Astudillo & Mendinueta, 2015):

- Asegurar un buen cuidado médico y emocional del paciente y proporcionar un adecuado control de los síntomas, para que el sufrimiento que conlleva la enfermedad sea lo más tolerable posible para el deudo y no se convierta tras el fallecimiento del enfermo en un motivo de rabia o ira que perturbe el proceso de duelo.

- Favorecer la comunicación entre los futuros dolientes para que se ofrezcan apoyo mutuo y arreglen el mayor número de asuntos pendientes con el paciente. La tranquilidad de haberse despedido del ser querido con los temas que consideraban más importantes resueltos es vital para el superviviente.

- Animar a la familia a organizarse y participar activamente en el cuidado y en la expresión de afecto hacia el paciente, dotando de significado y sentido su labor de cuidado y acompañamiento. De este modo se observa, por un lado, un beneficio directo e inmediato tanto en el propio paciente que recibe con satisfacción dicha ayuda y apoyo como en la familia que corre menos riesgo de claudicación emocional de algunos de sus miembros y, por otro lado, un beneficio tardío sobre la reacción del doliente tras el fallecimiento del paciente que experimenta el duelo con mayor serenidad debido a una menor carga de sentimientos de culpa.

- Promover, sin forzar o imponer, que se sigan ciertas actividades rituales tras el fallecimiento del ser querido (ver al fallecido, poder estar a solas para despedirse, realizar los cuidados post-mortem, acudir al funeral, etc.) porque con ellas se crea un espacio donde socialmente está permitido expresar de manera abierta el llanto y otras muestras de dolor y de despedida que facilitan la elaboración del duelo y la aceptación de la muerte.

- Permitir exponer las emociones negativas que hayan podido surgir a lo largo del proceso de la enfermedad con el personal sanitario, otras familiares y amigos.

- Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y miedos de la familia para eliminarlos o suavizarlos mediante la información, aclarando dudas, reestructurando las distorsiones cognitivas, entre otras.

- Evaluar los recursos de la familia y potenciarlos para aumentar la sensación de control sobre la situación.

- Proporcionar información a la familia que facilite el afrontamiento de situaciones difíciles y prevenga posibles bloqueos.

No obstante, no debemos olvidar que la pérdida es, en sí misma, dolorosa, por lo que la persona afligida necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

Después del fallecimiento, el profesional encargado, preferiblemente quien atendió la mayor parte del tiempo al enfermo, contactará con el doliente o la familia doliente tras el fallecimiento al menos dos o tres veces con el fin de ofrecerle la oportunidad de expresar sus dudas, miedos, gratitud y deseos. En estos contactos se recordará el proceso de morir del fallecido, los cuidados realizados, las

condiciones de la muerte y los actos fúnebres realizados, así como la reorganización del hogar, de las actividades y de los roles necesaria para recuperar la cotidianidad de la vida alterada hasta ese momento por el cuidado del enfermo y expresar los afectos positivos y negativos hacia el fallecido.

También será una buena ocasión para invitar a los afectados por la pérdida a despedirse del personal sanitario que durante tanto tiempo ha “vivido” con ellos pero cuya relación también tiene que romperse sin que por ello se sientan abandonados en el transcurso de ese proceso. En definitiva, se tratará de que la persona se ajuste de nuevo a la vida.

Dentro de los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de dar soporte emocional a una persona en duelo, el profesional no especializado en este campo debe mostrar una actitud favorecedora de este proceso haciendo hincapié en (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

- Desarrollar la capacidad de escucha empática, la cual va a consistir en una actitud de escucha activa centrada en lo que dice el doliente y en identificar correctamente la emoción que se está expresando, así como dar a entender al mismo que comprendemos sus sentimientos y que no lo criticamos o juzgamos por ello. Utilizaremos con frecuencia preguntas abiertas, en contadas ocasiones preguntas cerradas y de ningún modo respuestas agresivas ni contrarias. Con esta actitud favoreceremos la apertura emocional del doliente.

- Permitir la expresión espontánea del duelo, de manera que el afectado no sienta la necesidad, debido a nuestra actitud, de omitir o inhibir sus emociones. Para ello es imprescindible nuestra franqueza, claridad y respeto.

- Estar atento a las señales verbales y no verbales que acompañan la expresión del duelo.

- Facilitar la manifestación del duelo a todos los niveles (cognitivo, emocional y comportamental).

- Prestar máxima atención a los pensamientos expuestos y las conductas que se manifiesten en torno a la vivencia del duelo con el fin de ofrecer una realimentación para que el superviviente reflexione sobre ellos y saque conclusiones acerca de cómo participan estos aspectos en el desarrollo o mantenimiento de un estado emocional.

- Facilitar la modificación de los pensamientos, conductas y emociones inadecuadas.

- Ayudar al doliente a que exprese sus vivencias sobre: condiciones del fallecimiento de la persona querida, participación en los rituales funerarios, acompañamiento que ha recibido, y exponga sus emociones, incluso las más secretas y no satisfactorias si las hay, sobre el fallecido, su cuidado, familiares, acompañantes y/o sobre sí mismo.

- Ante el recuerdo doloroso de la enfermedad y su proceso analizar las relaciones con el personal sanitario, las dificultades que hubo en la comprensión del diagnóstico y en el proceso de enfermedad, el control inadecuado o insuficiente de los síntomas si lo hubo, etc.

- Reforzar la importancia de postergar temporalmente el tomar decisiones importantes, sobre todo si son irreversibles.

- Acentuar los aspectos sanos y positivos del doliente que puedan ayudarlo en la situación de duelo.

- Conocer las estrategias de afrontamiento que habitualmente predominan en el repertorio conductual del afectado ante las situaciones estresantes.

- Explicar al superviviente cómo es el proceso de duelo, destacando que se caracteriza por ser un proceso individual, es decir, cada persona va a necesitar un tiempo y un ritmo diferente para elaborar la pérdida de la persona querida. Dejando claro que los dos primeros años suelen ser los más duros, para posteriormente pasar del dolor intenso a los recuerdos más preciados y a una pena más calmada.

- Ser cautos: el doliente tendrá emociones positivas y negativas, subidas y bajadas; por ello hay que saber que cuando tenga un gran día no es señal de que su dolor se ha acabado ni que si tiene un mal día es señal inequívoca de que necesita un tratamiento psiquiátrico.

- Explorar la historia de duelos anteriores con el fin de orientarnos sobre las estrategias de afrontamiento que utilizó el doliente en otras ocasiones y/o duelos no resueltos que nos pongan en alerta sobre un factor de riesgo de volver a desarrollar un nuevo duelo complicado.

- Estudiar la red de apoyo social con que cuenta el deudo, su percepción y calidad de la misma.

- Identificar la fase de duelo en que se encuentra el doliente, la normalidad de sus reacciones y la evolución de las mismas.

- Realizar tareas de prevención valorando adecuadamente posibles factores de riesgo o señales de duelo patológico para, en su caso, derivar al equipo de Salud Mental. Por ejemplo: explorar la existencia de problemas previos de salud física y/o mental. Las personas con alguna enfermedad física aguda o crónica grave (Alzheimer, cáncer, SIDA, etc.) o con problemas de alcoholismo, depresión, intentos de suicidio, ansiedad o trastorno de personalidad, entre otros, tendrán más riesgo

de desarrollar un duelo patológico y pueden presentar mayores problemas para aceptar la pérdida.

- Establecer visitas periódicas que proporcionen, por un lado, al deudo la impresión de que el profesional está cercano, se interesa por él y le ofrece su apoyo, en lugar de haberse producido una ruptura brusca debido al fallecimiento del enfermo. Y por otro, permitir al profesional el seguimiento del doliente y el análisis de sus progresos.

- Examinar la historia de aficiones e intereses de los supervivientes, ya que tener y realizar actividades gratificantes o satisfactorias es fundamental para restablecer el equilibrio.

Para desarrollar cada uno de estos aspectos correctamente es necesaria una dedicación de tiempo y espacio determinado ya que, por ejemplo, es muy difícil atender activamente y facilitar la expresión emocional del otro si se está pendiente de otras tareas o se tiene prisa. Asimismo, en la medida de lo posible, se reducirán las conversaciones telefónicas en favor de la presencia física con el doliente.

No debemos olvidar que la comunicación no verbal es una fuente de información muy importante tanto para el doliente que recibe con mayor claridad el interés y la actitud de apoyo y comprensión del profesional como para el mismo profesional que puede observar en su totalidad las expresiones del doliente.

En cuanto a la frecuencia y distribución de las visitas, es muy difícil programar un calendario pero como pauta general y siempre que no observemos dificultades en el transcurso del proceso o indicios de desarrollar un duelo complicado podemos sugerir que una vez pasada la primera visita a los pocos días del fallecimiento, se concertará una segunda a las 3-4 semanas, otra a los tres meses y una cuarta y última 6 meses después.

2.1.1. Marco conceptual

Intervenciones de enfermería

Abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas (Ignieren, 2016, pág. 22).

Según (Banegas & Diez, 2013), Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería.

Cuidados post mortem

La Real Academia de la lengua Española define la muerte como la “cesación o término de la vida”. En la práctica clínica, el diagnóstico de muerte (éxito) se realiza, por parte del médico, cuando se cumplen las siguientes características (RAE, 2014):

- Ausencia de latido cardiaco y pulsos periféricos (asistolia).
- Ausencia de función respiratoria.
- Coma / diagnóstico de muerte encefálica.
- Ausencia de movimientos voluntarios y reflejos (fotomotor, corneal).
- Ausencia de respuesta al dolor.
- Midriasis arreactiva.
- Cianosis (más evidente en labios y lecho ungueal).

El latinismo *post mortem*, cuyo significado literal es después de muerto, se emplea para referirse a la exploración médica de los cadáveres con el fin de obtener información relevante sobre las causas y las circunstancias de la muerte de un individuo (Santrock, 2016).

Son los cuidados que se le proporcionan al paciente cuando han fallecido, fundamentos de las actividades: manifestar respeto al cuerpo y al estado emocional de la familia, proporcionar la preparación apropiada del cuerpo de un paciente fallecido para que sea visto por los familiares y para su transporte a la casa funeraria o la morgue con un mínimo de exposición del personal a las secreciones y excreciones del cuerpo (Mone & Burke, *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente* (4ª ed.) , 2014, pág. 23).

2.1.2. Antecedentes investigativos

Investigación desarrollada por la Universidad Cayetano Heredia a cargo de (Araujo, 2018), Lilia Verónica Cuarite Araujo, cuyo título es *Actitud del enfermero frente a la muerte de un paciente en el servicio de emergencia de un hospital de Lima abril 2016 – marzo 2017*.

El objetivo del estudio es determinar la actitud del enfermero frente a la muerte en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Material y métodos:** El estudio es de tipo descriptivo, las variables son, son medidas de manera cuantitativa, de diseño no experimental y es transversal porque la medición de la variable se realiza una sola vez, en un tiempo y espacio determinado. La muestra es 60 enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Cayetano Heredia.

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario elaborado por las investigadoras y sometido a juicio de expertos. Para recolectar la

información se tomó solo el componente cognitivo en tres dimensiones sobre muerte, duelo y tanatología. La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico STATA, se presentará en tablas de distribución de frecuencias y promedios.

Investigación desarrollada por la Universidad de Chile a cargo de (Vargas, 2019), Tamara Soledad Pulgar Vargas, Cuerpo muerto y ética: responsabilidades éticas del equipo de enfermería en los cuidados post mortem.

Los seres humanos somos seres que vivimos insertos en una sociedad, siempre tenemos a un “otro” que no es que exista porque lo pensamos, sino que este con su presencia y libertad “irrumpe en mi existencia” (Gevaert, 2003), esta irrupción en “mi existencia” no se hace tan solo presente mientras ese ser se encuentre con vida, sino que su presencia trasciende más allá de si tiene o no signos vitales.

En la actualidad, en el ámbito hospitalario así como en la comunidad, los moribundos son escondidos, se cubre la cama con biombos, se cierran las cortinas, se oculta, en general tal como plantea Elías, pareciese que se ignora las necesidades que van más allá de lo físico y sólo se espera el desenlace, son omitidos en su faceta emocional y espiritual por la incomodidad que genera reflejarnos en ellos como seres vulnerables, esa incomodidad de vernos reflejados en el otro, ese miedo a la muerte, nos impide enfrentarnos a aquello en lo que algún día nos convertiremos.

En general en la formación de los estudiantes de las áreas de la salud, se contempla la muerte como el hecho culmine de la posibilidad de la medicina, visto inclusive como algo negativo, un fracaso, no se tratan los aspectos sociales y culturales que rodean el deceso.

La labor de las enfermeras involucra el cuidado del individuo en todo su ciclo vital, desde el nacimiento hasta que este muere, contemplando en la práctica los cuidados post mortem desde una perspectiva más bien técnica sin profundizar las otras dimensiones que lo rodean, por lo que parece interesante hacer una revisión de la responsabilidad ética de este profesional para con ese cuerpo sin vida desde la perspectiva de la ética del cuidado.

Investigación desarrollada por la Universidad de Chile a cargo de (Pérez, 2016), Carla Urrutia Pérez Proceso de terminalidad y muerte: experiencias y significados en usuarios(as) con cáncer, sus familiares y el equipo de salud en el modelo de cuidados paliativos de Clínica Familia.

Las estadísticas de morbilidad y mortalidad de las sociedades contemporáneas, plantean nuevos escenarios sobre los padecimientos y la muerte. El cáncer emerge como una de las enfermedades de alto impacto a nivel nacional e internacional.

Esta investigación desde la perspectiva de la Antropología Médica Crítica y desde los estudios cualitativos, explora en sus dimensiones, vivencias, significaciones y trayectorias terapéuticas en vista de su desarrollo y pronóstico terminal. Incluye las voces del propio padeciente, sus redes de apoyo y el equipo médico en un modelo de atención de cuidados paliativos. Además, analiza las ideas sobre la muerte producto de este padecimiento, desde los distintos actores involucrados, para finalmente realizar una reflexión general sobre el paradigma de la muerte presente en la sociedad actual.

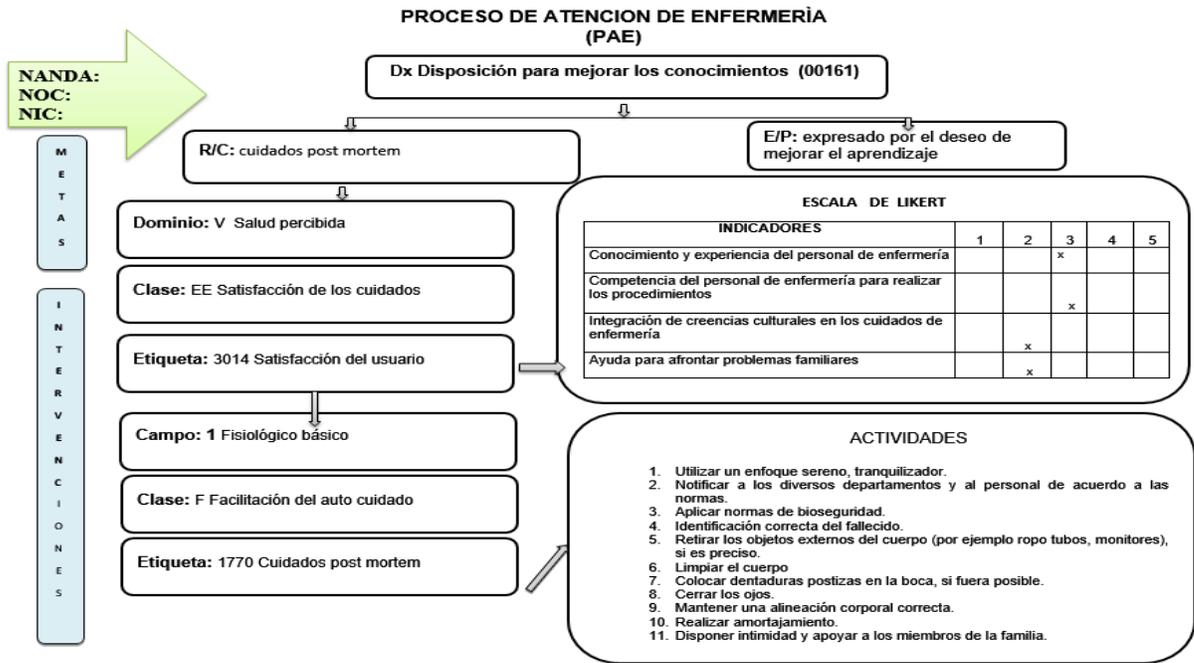
Investigación desarrollada por la Universidad de Cuenca a cargo de (Guamán & García, 2018), Walter Freddy Santander Guamán; Gioconda Alexandra Zhinin García Actitud del personal de enfermería ante la muerte del paciente: Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2017.

Antecedentes: La muerte ha sido para el ser humano un tema de profunda reflexión y meditación, desde la perspectiva filosófica, religiosa y científica. Objetivo General: Determinar la Actitud del Personal de Enfermería ante la Muerte del Paciente: Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2017. Metodología: tipo cuantitativa, descriptivo de corte transversal. El universo fue de 203 y la muestra de 66 profesiones de Enfermería que conformo las diferentes áreas de estudio: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Emergencia y Clínica. Se utilizó el “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” Versión 1 por Hernández, 1997, por ser la más utilizada y factible para nuestra investigación, consta de 33 proposiciones, la cual fue modificado a 24 proposiciones.

Los datos obtenidos en la investigación fueron procesados en el programa estadístico SPSS 21.0, se realizó el análisis de los resultados, mediante tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje. Resultados: El personal de Enfermería del Hospital “Homero Castanier Crespo”, posee diferentes actitudes ante la muerte en las que se encuentran, las actitudes conductuales con un 50%, que involucran las dimensiones de temor con 43,30% y perspectiva profesional con 52,90%.

Las actitudes afectivas se representan con 25%, donde se subdividen en las dimensiones de evitación con 60,71% y aceptación con 50,60%; finalmente las actitudes cognoscitivas con el 25%, que involucra las dimensiones de pasaje con 46,88% y de solución o salida con el 54,46%. Conclusiones: Frente a los resultados de la investigación, se evidenció la falta de conocimiento ante las actitudes del personal de Enfermería ante la muerte.

Figura 1.- Proceso de Atención de Enfermería



Fuente: Libro, NANDA, NOC, NIC, 2014.

2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. Hipótesis general

Si se aplicara correctamente las intervenciones de enfermería se garantizara los cuidados post mortem en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda –Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.

2.2.2. Subhipotesis o derivadas

Si se tienen intervenciones de enfermería adecuadas se lograra la preparación del cadáver en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

Si se aplicara las intervenciones de enfermería adecuadas se respetarían los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

Si se establecen estrategias protocolarias se puede mejorar los cuidados post mortem y el impacto social de la muerte.

2.3. VARIABLES

2.3.1. Variable independiente

Intervenciones de enfermería

2.3.2. Variable dependiente

Cuidados post mortem

2.3.3. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla 1.- Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN O CATEGORIA	INDICADOR	ÍNDICE	Fuentes de información
Intervenciones de enfermería	Abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la	Intervenciones Cuidados Colaboración	Si No	Por ciento	Personal de enfermería

	promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas (Igneren, 2016, pág. 22).	Promoción de salud			
VARIABLES		CATEGORIA	INDICADOR	ÍNDICE	Fuentes de información
Cuidados post mortem	Son los cuidados que se le proporcionan al paciente cuando han fallecido, fundamentos de las actividades: manifestar respeto al cuerpo y al estado emocional de la familia, proporcionar la preparación apropiada del cuerpo de un paciente fallecido para que sea visto por los familiares y para su transporte a la casa funeraria o la morgue con un mínimo de exposición del personal a las secreciones y excreciones del cuerpo (Mone & Burke, 2014, pág. 23)	Cuidados Protocolos Preparación	Si No Si No	Por ciento	Personal de enfermería

Elaborado por: Joselyn y Glenda

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Método de investigación

Método inductivo.

El método inductivo nos permitió obtener resultados de las intervenciones de enfermería en los cuidados postmortem de forma sencilla para luego ampliar la información que se necesitó y buscar las debidas soluciones al problema, mediante un diagnóstico que se realizó en base a las encuestas realizadas en el lugar de los hechos.

Método deductivo.

Este método nos ayudó a ver la lógica del problema y así llegar a una conclusión por medio de la deducción lógica para obtener las conclusiones y recomendaciones del caso.

Método analítico-sintético.

Este método nos permitió conocer más profundamente las realidades de la aplicación de los cuidados postmortem, y nos ayudó a establecer criterios para seleccionar la información relevante y organizarla en la construcción de la síntesis.

3.2. Modalidad de la investigación

Se realizó una investigación mixta:

- **Cualitativa.**- porque se estableció la interpretación de conocimientos de los profesionales de salud.

- **Cuantitativa.-** porque se representó mediante valores estadísticos el nivel de conocimiento y ejecución referente a los cuidados post mortem.

3.3. Tipo de investigación

Investigación no experimental

En este trabajo investigativo no experimental no se manipularon las variables deliberadamente, es decir, que nos permitió observar los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural y así obtener resultados interpretables.

Investigación descriptiva

El objetivo de este tipo de investigación únicamente estableció una descripción lo más completa posible de los resultados del cuidado post mortem producto de las intervenciones de enfermería, sin buscar ni causas ni consecuencias de éste. Mide las características y observa la configuración y los procesos que componen los fenómenos, sin pararse a valorarlos.

Investigación de campo

En esta modalidad se realizó una integración de observación directa o indirecta y la aplicación de técnicas como las encuestas y análisis por medio de instrumentos previamente creados para un fin determinado, en el entorno donde se dio la problemática y se aplicó la investigación

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron:

La observación científica, que fue utilizada durante todo el proceso de la investigación al describir la realidad problemática al momento de percibir el problema hasta el final de la misma.

Según (Sopena, 2016); La observación es una técnica de investigación pura, en la que se basan todas las demás investigaciones, ya que evidencia la relación básica entre el investigador que observa y el objeto que es observado, que es el inicio de toda comprensión de la realidad.

Las encuestas, que han sido utilizadas de manera formal en la muestra en la recolección del trabajo de campo, que en este caso fueron el personal de enfermería.

3.4.2. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son:

El cuestionario, es la batería de preguntas semi-estructuradas, estructuradas, abiertas, cerradas, objetivas o dicotómicas, para el presente trabajo investigativo se utilizaron las preguntas estructuradas, cerradas.

La ficha de observación no estructurada la cual es aquella que se realiza sin previa estructuración en relación a qué observar.

3.5. Población y muestra de investigación

3.5.1. Población

La población determinada para la investigación fue la totalidad de los profesionales de la salud que laboran en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda–Bolívar, los cuales son en un número de 13 enfermeras.

3.5.2. Muestra

Cuando la población es menor a cien individuos se considera pequeña y no se le aplica fórmula para obtener la muestra sino que se le aplica los instrumentos a toda la población, por lo tanto en este caso que se tienen una población menor a cien es considerada pequeña y la muestra fue la totalidad de los profesionales de la salud que laboran en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda–Bolívar, los cuales son en un número de 13 enfermeras.

3.6. Cronograma del proyecto

Tabla 2.- Cronograma del proyecto

Actividades	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Selección y aprobación del tema																				
Desarrollo del capítulo I																				
Desarrollo del capítulo II																				
Desarrollo del capítulo III																				
Presentación y corrección del proyecto																				
Pre sustentación del proyecto																				
Desarrollo del capítulo IV																				
Desarrollo del capítulo V																				
Presentación y corrección del informe final																				
Análisis a través del sistema URKUND																				
Subida de la información aprobada al SAI																				
Sustentación																				

3.7. RECURSOS

3.7.1 Recursos humanos

Tabla 3.- Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigador	Badillo Valle Glenda Valeria Allauca Miranda Joselyn Natalia
Docente asesor	Dra. Verónica Ayala Esparza
Profesionales de la salud del área	13 licenciados/as en enfermería

3.7.2. Recursos económicos

Tabla 4.- Recursos económicos

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Seminario de tesis	\$40
Internet	\$30
Primer material escrito en borrador	\$25
Material bibliográfico	\$25
Copias a colores	\$20
Fotocopia final	\$25
Fotografías	\$10

Empastada	\$45
Alquiler de equipo de informática	\$20
Material de escritorio	\$30
Alimentación	\$40
Movilización y transporte	\$30
Copias a color	\$20
Fotocopia final	\$25
TOTAL	\$385

3.8. Plan de tabulación y análisis

3.8.1. Base de datos

Con la culminación de las encuestas y la observación científica se procedió a organizar la información recopilada en una tabla de Excel para ingresar cada ítem con sus alternativas de respuesta, los mismos que se distribuyeron en la tabla que se alimenta paulatinamente a medida que se revisa los instrumentos y se verifica los resultados.

3.8.2. Procesamiento y análisis de los datos

La información procesada, una vez tabulada fue ingresada en el programa Excel, en donde se consolidó la base de datos e interpreto las respuestas que van

reflejando la realidad del problema estudiado en el entorno investigado y que es la fundamentación científica para concluir y recomendar la posible solución que se planteara en la propuesta teórica.

En el procesamiento de la información, una vez tabulada y con los datos completos, luego de la discusión respectiva se procedió con la aplicación de la estadística gráfica, la misma que con la ayuda también del programa Excel se realizaron los diagramas de pastel, barras o histogramas de frecuencia y se desarrolló la presentación de forma que sea de fácil interpretación en armonía con la presentación a gusto de quienes se interesan por este trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados obtenidos de la investigación

Encuestas dirigidas a los profesionales de la salud

1.- ¿En su Unidad Hospitalaria existen protocolos de cuidados de enfermería postmortem?

Tabla 5.- Existencia de protocolos de cuidados de enfermería postmortem

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	13	100%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 1.- Existencia de protocolos de cuidados de enfermería postmortem



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

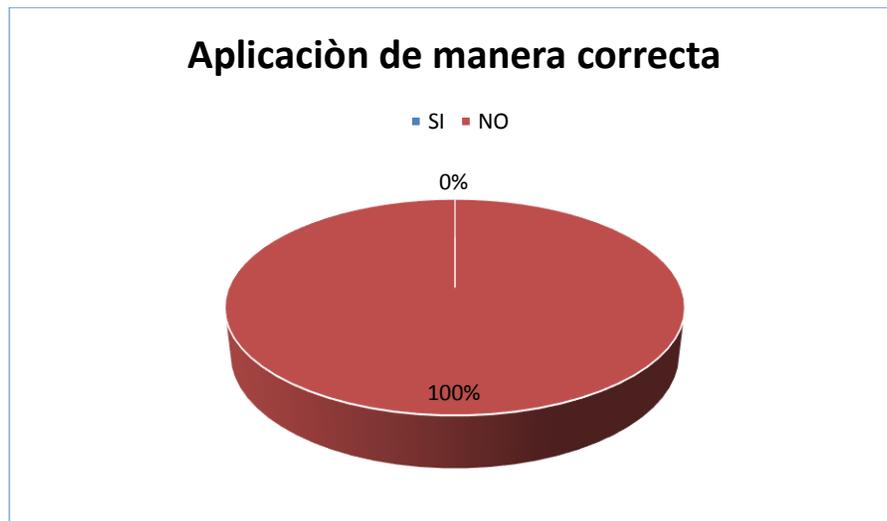
2.- ¿Usted como personal de enfermería aplica de manera correcta el protocolo postmortem en su unidad hospitalaria?

Tabla 6.- Aplicación de manera correcta

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	13	100%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo
Fuente: Encuestas

Gráfico 2.- Aplicación de manera correcta



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo
Fuente: Encuestas

3.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final?

Tabla 7.- Reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0%
Total	13	100

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 3.- Reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

4.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce cuando un paciente ha fallecido?

Tabla 8.- Reconoce cuando un paciente ha fallecido

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 4.- Reconocimiento correcto en el caso de los individuos fallecidos



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

5.- ¿En el cuidado de enfermería se protege la integridad física del fallecido?

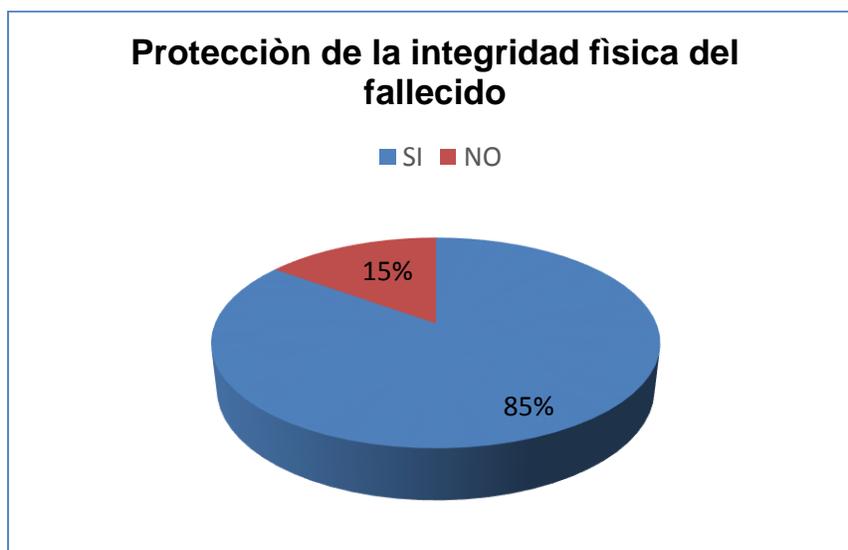
Tabla 9.- Protección de la integridad física del fallecido

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	85%
No	2	15%
Total	13	100

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 5.- Protección de la integridad física del fallecido



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

6.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido?

Tabla 10.- Reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 6.- Reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

7.- ¿Usted como personal de enfermería se involucra en la preparación del fallecido para que esté presentable para la familia antes de su retirada?

Tabla 11.- Preparación del fallecido para que esté presentable para la familia

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 7.- Preparación del fallecido para que esté presentable para la familia



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

8.- ¿Se brinda apoyo psicológico a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo?

Tabla 12.- Apoyo psicológico a los familiares

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	13	100%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 8.- Apoyo psicológico a los familiares



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

9.- ¿Usted como personal de enfermería consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares del fallecido?

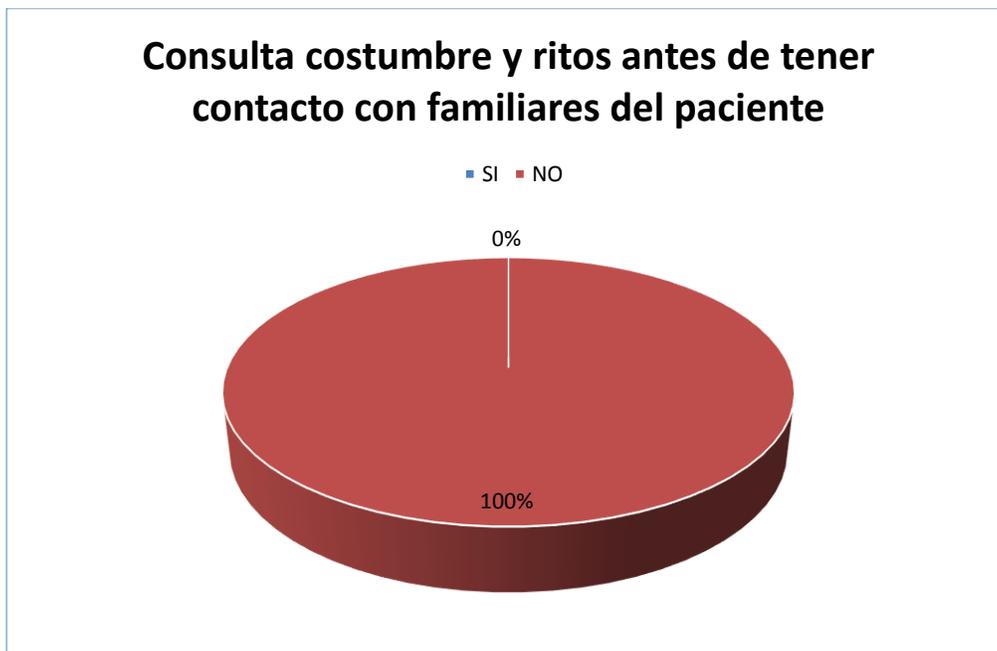
Tabla 13.- Consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	13	100%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 9.- Consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

10.- ¿Se moviliza a otra habitación al fallecido para evitar un ambiente incómodo para los demás?

Tabla 14.- Se moviliza a otra habitación al fallecido

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0%
Total	13	100%

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

Gráfico 10.- Se moviliza a otra habitación al fallecido



Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

Fuente: Encuestas

4.2. Análisis e interpretación de datos

PREGUNTA # 1

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que no existen protocolos de cuidados de enfermería postmortem en la Unidad Hospitalaria.

Interpretación

El personal de enfermería manifestó que no existen los protocolos de cuidados de enfermería postmortem en la Unidad Hospitalaria.

PREGUNTA # 2

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que no se aplican los protocolos postmortem en su unidad hospitalaria.

Interpretación

El personal de salud no aplico de manera correcta los protocolos postmortem en la unidad hospitalaria.

PREGUNTA # 3

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que el personal de enfermería reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final.

Interpretación

El personal de enfermería reconoció, cuidó y respetó el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final.

PREGUNTA # 4

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifiesta que en el personal de enfermería reconoce cuando un paciente ha fallecido.

Interpretación

El personal de enfermería sí reconoció cuando el paciente ha fallecido.

PREGUNTA # 5

Análisis

De las encuestas realizadas, el ochenta y cinco por ciento manifiesta que si se protegió la integridad física del fallecido y el quince por ciento que no

Interpretación

El personal de enfermería al momento de brindar el cuidado de enfermería si procedió a proteger la integridad física del fallecido.

PREGUNTA # 6

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que el personal de enfermería reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido.

Interpretación

El personal de enfermería reconoció las necesidades individuales de la familia del fallecido.

PREGUNTA # 7

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que el personal de enfermería se involucra en la preparación del fallecido para que esté presentable para la familia antes de su retirada.

Interpretación

El personal de enfermería se involucró en la preparación del fallecido para que esté presentable para la familia antes de su retirada.

PREGUNTA # 8

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó que no se brinda apoyo psicológico a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo.

Interpretación

Los profesionales de la salud no brindaron apoyo psicológico a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo.

PREGUNTA # 9

Análisis

De las encuestas realizadas, cien por ciento manifestó que el personal de enfermería no consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares del fallecido.

Interpretación

El personal de enfermería no consultó las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares del fallecido.

PREGUNTA # 10

Análisis

De las encuestas realizadas, el cien por ciento manifestó si se moviliza a otra habitación al fallecido para evitar un ambiente incómodo para los demás.

Interpretación

Si movilizaron a otra habitación al fallecido para evitar un ambiente incómodo para los demás.

Análisis e interpretación de los datos obtenidos de la ficha de observación

Durante el periodo de realización de la ficha de observación se evidenció que la relación terapéutica entre enfermera-persona, paciente, familia, grupo, es limitada y no cubre satisfactoriamente su objetivo, que se complementó con no reconocer la individualidad de la persona que cuida, quien tiene sus propias características, valores y costumbres, mismas que en ocasiones serían tratadas de forma igualitaria.

En cuanto a los protocolos y guías generales de cuidado de enfermería pocas veces se adaptaron a las necesidades individuales de la persona, la familia o el colectivo que reciben el cuidado, ni en el cuidado de enfermería donde se protege la integridad física y mental de la persona, lo que tampoco se apego de forma eficiente a los protocolos establecidos.

Lo que también se evidenció de forma normal fue que si se confirma la muerte por medio del diagnóstico y la muerte clínica del paciente y se informó a la familia cuanto antes después de verificar la identificación y parentesco por parte del médico responsable, y también en lo relacionado a la preparación del cadáver para que esté presentable para la familia, amigos antes de su retirada.

En lo referente a la ayuda y apoyo psicológico a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo, se observó claras deficiencias y muchas limitaciones en el tratamiento del impacto que recibe la familia del fallecido, no se consultó costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares o amigos y si se retiró al paciente para evitar un ambiente lesivo para los demás, cumplido totalmente.

4.3. Conclusiones

Las intervenciones de enfermería incidieron negativamente en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, pero se observó el desconocimiento en cuanto a la aplicación de los protocolos.

Las intervenciones de enfermería organizó la preparación del cadáver y presentan limitaciones en la preparación de la familia para el duelo sin tratar el impacto sobre ellos en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.

Las intervenciones de enfermería influyó en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar

Las estrategias protocolarias no cubrieron las necesidades presentes en los cuidados post mortem y el impacto social de la muerte y no fueron bien aplicados por parte del personal de enfermería en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar

4.4. Recomendaciones

Se debe concienciar sobre las intervenciones de enfermería para que los cuidados post mortem se apliquen de manera eficiente en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.

Las intervenciones de enfermería deben influir en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar

Las intervenciones de enfermería deben organizar la preparación del cadáver y reducir el impacto en la familia.

Las estrategias protocolarias deben cubrir las necesidades presentes en los cuidados post mortem y el impacto en la sociedad de la muerte.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN

5.1. Título de la propuesta de aplicación

Programa de concienciación, sobre los cuidados post mortem y la reducción del impacto social.

5.2. Antecedentes

Durante el desarrollo de la investigación se evidencio que las intervenciones de las enfermeras no han sido del todo aceptables y se requiere mayor efectividad en la aplicación de los protocolos sobre todo en lo relacionado a la atención de la familia y del impacto social sobre esta y para la sociedad.

A pesar de que los protocolos están determinando lo que se debe realizar existen ciertas actividades que se pasan desapercibidos lo que limita la aplicación de dichos protocolos y repercute en las intervenciones de enfermería en el área de estudio.

Con los antecedentes expuestos en el párrafo anterior se evidencia claramente la necesidad de generar alternativas de solución a dicha problemática y brindar nuevas oportunidades que sean aplicadas por el personal de enfermería dentro de sus intervenciones y protocolos.

5.3. Justificación

Dentro de los problemas que se presentan a diario en los procedimientos de salud esta vez los estudios encaminados analizar intervenciones de enfermería y sus protocolos que esta vez tratan de pacientes que fallecen pero que en esta situación final deben recibir los cuidados del caso y que también se deben ver reflejados en cómo reducir el impacto social en sus familiares.

Desde cualquier enfoque que se le dé a la presente propuesta teórico alternativa se va a vislumbrar la factibilidad de la misma, considerando que lo que se tiene en estudio es una situación de asistencia final de la vida pero que atañe a la vida y que puede afectar la salud y la calidad de vida de los familiares creando un impacto social impredecible en caso de no ser atendido profesionalmente.

De igual forma se evidencia un aporte tanto teórico para quienes estén interesados en realizar investigaciones relacionadas con este tema y aportes prácticos para los profesionales y familiares que sufren la pérdida de sus seres queridos y no saben cómo afrontar dicha partida, siendo estos los beneficiarios directos y los beneficiarios indirectos la sociedad en general.

5.4. Objetivos

5.4.1. Objetivo general

Diseñar un programa de concienciación, sobre los cuidados post mortem y la reducción del impacto social.

5.4.2. Objetivos específicos

Identificar los problemas presentes en la aplicación de los protocolos de los cuidados post mortem.

Seleccionar los contenidos requeridos de acuerdo a las necesidades identificadas.

Elaborar el programa de concienciación sobre los cuidados post mortem y la reducción del impacto social.

5.5. Aspectos básicos de la propuesta

5.5.1. Estructura general de la propuesta

Tabla 15.- Componentes del programa

#	ACTIVIDAD	SESIONES	OBSERVACIONES
1	Charla de concientización sobre la aplicación de los protocolos post mortem y su importancia.	Dos	Cada sesión se desarrollara en 60 minutos.
2	Charla de prevención del impacto en los familiares	Dos	Estarán a cargo del personal de enfermería.
3	Charla para concienciar el impacto social	Dos	Dirigido a los familiares de las personas fallecidas

Elaborado por: Joselyn Allauca y Glenda Badillo

5.6. Componentes

Generalidades

Pese a que las funciones básicas de la enfermería están vinculadas a la preservación de la vida, el alivio del dolor y el restablecimiento de la salud, en ocasiones el desenlace es la muerte y con ella otras situaciones y condiciones que se deben controlar a tiempo.

Consecuentemente, se revela como imprescindible una correcta aplicación de protocolos estandarizados, con una visión interdisciplinar, que den respuesta efectiva a la amplia casuística en la que se producen los decesos y sirvan para preservar la dignidad del finado, pero también para dar cobertura a las necesidades de todo ámbito que puedan surgir como consecuencia de un acontecimiento inevitable que es la muerte.

Son muchas las vicisitudes que pueden desencajar luego de la muerte del sujeto y que tanto el personal de enfermería como los familiares deben estar preparados para afrontar dicha situación siendo el personal de enfermería el que deba resolver en primera instancia el impacto familiar ante tan delicado suceso.

Desarrollo

Programación # 1

Tema

Charla de concienciación sobre la aplicación de los protocolos post mortem y su importancia.

Objetivo

Sensibilizar al personal de enfermería la importancia de la adecuada aplicación de los protocolos post mortem.

Estrategia metodológica

Charla participativa

Contenido

Procedimiento antes de realizar los cuidados post-mortem.

- Verificar y confirmar la muerte fundamentada con la prescripción médica
- Dirigirse a los familiares con comprensión, ofrecemos nuestra ayuda y, según las circunstancias, permitimos que vea a su familiar o amigo y pasen un momento junto él.
- Como la muerte se produce dentro de la unidad y como es compartida con otras personas, debemos cerrar las cortinas de los cubículos si hubiera o darle privacidad con un biombo y, tranquilizar a los pacientes que están conscientes.

- El o la auxiliar de enfermería anotara en la hoja de evolución de enfermería los comentarios finales, indicando la causa de la muerte, la hora y las maniobras de reanimación que se le llevaron a cabo.
- Si la familia desconoce el fallecimiento, debemos comunicarles el deceso del paciente, en ausencia del médico
- Nos lavamos las manos, y nos colocamos los guantes de manejo y la bata desechable o reusable.
- Preparamos todo el material necesario y lo trasladamos al cubículo del fallecido.

Procedimiento durante los cuidados post-mortem.

- Colocamos el cuerpo del paciente fallecido en posición de cúbito supino, colocando la cama en posición horizontal.
- Comenzamos a desconectar todos los equipos que están conectados al paciente fallecido. - Lavamos el cuerpo con agua y jabón germicida, secamos y remplazamos los apósitos manchados por otros limpios.
- Colocamos la prótesis dental en caso de que el fallecido lo tuviera. Procedemos a cerrar la boca sujetando la mandíbula del cadáver con una venda alrededor de la cabeza.
- Cerramos los ojos del difunto teniendo presionados por un momento los mismos o hasta que se mantengan cerrados.

- Taponamos todos los orificios corporales y quirúrgicos con algodón, gasa o apósitos limpios según sea el caso.
- Le colocamos una bata desechable, o lo vestimos con la ropa que proporcione los familiares, o si dispone de un sudario según sea el caso.
- Atamos sus extremidades inferiores con una venda de gasa o esparadrapo de tela a nivel de los tobillos. También atamos igualmente sus extremidades superiores a nivel de las muñecas entrelazando los dedos de las manos.
- Cubrimos al cadáver por completo con una sábana y, lo transportamos en su misma cama al sitio reservado para ser colocado en el cofre mortuario.

Procedimiento después de los cuidados post-mortem.

- Entrega de pertenencias del paciente fallecido a sus familiares, verificando la entrega de las mismas, previa firma de un recibo si fuese necesario.
- Retiramos todo material que se utilizó durante la práctica de la técnica post-mortem, los clasificamos y desechamos
- Empezamos a realizar la desinfección de todo el cubículo y de todo el equipo que en él se encuentra.
- Informar la disponibilidad de la unidad del paciente.

Recursos

- ❖ Bolígrafos.
- ❖ Cuaderno de campo.
- ❖ Hojas de papel boom.
- ❖ Una computadora.
- ❖ Impresora
- ❖ Una cámara fotográfica.
- ❖ Una video grabadora.
- ❖ Flash memore.

Evaluación

La evaluación que se aplicara en el presente programa es periódica, sistemática y continua.

Programación # 2

Tema

Charla de prevención del impacto en los familiares del fallecido.

Objetivo

Concientizar a los familiares sobre el deceso y los impactos que este suceso llega a ocasionar en ellos.

Estrategia metodológica

Charla participativa

Contenido

Cuando fallece un ser querido se altera el equilibrio del sistema familiar y la consiguiente adaptación a la pérdida supone una reorganización, a corto y a largo plazo, en la que las etapas de duelos familiares e individuales se influyen recíprocamente.

No todas las pérdidas entrañan una crisis y, si las condiciones son favorables, el duelo puede realizarse normalmente sin que la familia necesite ayuda especializada. No obstante, en numerosas ocasiones, la muerte de un ser querido provoca una importante crisis vital tanto en el plano individual como en el familiar. Uno de los aspectos más seriamente afectados es la identidad de la familia y la de sus integrantes. La recuperación de la crisis requiere un proceso de transformación que incorpore la pérdida sufrida y que sirva de puente para acceder a una nueva identidad. La estructura del sistema familia, los roles desempeñados por el fallecido

dentro de la familia, la calidad de la comunicación y del apoyo entre las personas que la componen y el tipo de muerte en el ciclo de vida familiar van a favorecer o entorpecer el desarrollo del duelo individual.

La finalización del proceso implica la aceptación de la ausencia del fallecido, aceptación que, en cierto modo, encierra una despedida. Sin embargo, es preciso que, al mismo tiempo, se abra espacio para integrar un recuerdo sereno del fallecido, la historia de experiencias compartidas y las cualidades que los supervivientes han desarrollado gracias al contacto con aquel.

El fallecimiento de una persona suele ocasionar, en quienes mantenían un vínculo estrecho y significativo con él, cambios importantes en el concepto que tienen de sí mismos y del mundo que les rodea que pueden manifestarse en síntomas diversos. Con el fin de adaptarse a dichos cambios, se necesita un proceso de transición hacia una nueva identidad, proceso que habitualmente se denomina duelo. El duelo es un conjunto de reacciones emocionales, físicas, cognitivas y espirituales que cada persona experimenta de un modo peculiar, con un ritmo y una intensidad propios.

Este proceso individual se produce dentro de un proceso familiar que lo circunda y con un importante trasfondo social. Así, las reacciones individuales están influidas e influyen en las reacciones de otros miembros de la familia, y ambas han de entenderse en relación al apoyo social existente y a los condicionantes socio-culturales imperantes.

El entorno, generalmente, no ayuda a resolver duelos. Las soluciones y consejos intentados por las personas cercanas suelen ser: “supera esto cuanto antes”, “tienes que distraerte”, “sal y pásatelo bien”, “tienes otros hijos”, “te necesitan”, “tienes que cuidarlos”, “esto cuanto antes mejor”... Y la insistencia en

que se supere rápidamente favorece que no pueda realizarse el proceso, que no se resuelva el duelo, no hay espacio ni tiempo.

El duelo es un proceso de transición, un proceso que supone una afirmación de terminación de la vida y una afirmación de continuación de la vida. Cuando muere una persona importante y la familia e individuo empiezan a acusar la pérdida el mundo cambia y el significado se ve alterado, la vida se ve alterada. El proceso de duelo facilita encontrar una nueva identidad, cambiar las coordenadas, encontrar un nuevo sentido. Y no es sólo un trabajo de emociones y sentimientos, exige una reorganización del sistema familiar, en roles, cambios de límites.

El proceso de duelo no es gradual ni lineal, supone avances, retrocesos y fases entremezcladas. En este proceso la persona puede pasar por diferentes etapas, shock (impacto físico y psicológico), negación, depresión, culpa (auto-culpa, culpa a otro, culpa al fallecido), miedo (a que a uno le ocurra lo mismo, a que le ocurra a otra persona, a volverse loco, al futuro...), agresión (auto-agresión, agresión a otros)...y finalmente puede llegar a una reintegración (nuevos intereses y relaciones, sueños de futuro, rehacer la vida con otras personas...). Aunque no se han de pasar todas las etapas, sí es necesario atravesar este proceso para poder elaborar y llegar a una integración auténtica.

Reconocimiento compartido de la realidad de la pérdida

Puede parecer evidente pero es, en realidad, un paso muy difícil. Supone enfrentarnos, por un lado, con nuestra propia mortalidad y, por el otro, con el hecho de que el ser querido ya no está, se ha marchado y no va a volver. Llegar a asumir la pérdida supone tiempo y esfuerzo ya que es necesario una aceptación intelectual y, lo más difícil, emocional.

Cuando alguien muere, incluso si la muerte es esperada, la negación cobra una gran importancia. Siempre hay cierta sensación de que no es verdad. y puede adoptar distintas formas: negación de la realidad de la pérdida, negación del significado de la pérdida, negación de la irreversibilidad de la muerte.

Es fundamental que en la familia se afirme la realidad de la pérdida, que la persona ha muerto, y que cuando se comuniquen entre ellos sea reconocida esta realidad de manera clara y precisa pues, hasta que no se haya hecho, no lograrán dominar e independizarse de ese episodio de su vida, ni podrán recuperar la estabilidad. Es muy frecuente que no se comunique o que se distorsione la información que se dan entre ellos. Para trabajar esto facilitaremos hablar de la pérdida y experiencias que le siguieron, del difunto como persona y de su relación con él (es útil mirar fotos y recuerdos), de otras pérdidas anteriores y se explorarán sentimientos de culpa y cólera. Es importante estimularles a procesar repetidas veces y de manera completa toda la información.

Experiencia compartida de las emociones y del dolor.

Es imposible perder a alguien a quien se ha estado profundamente vinculado sin experimentar cierto nivel de dolor. El dolor por la pérdida implica tanto el dolor físico, que mucha gente experimenta, como el dolor emocional y conductual asociado. Es necesario conocer y trabajar este dolor o se manifestará mediante síntomas u otras formas de conducta disfuncional (idealizando al fallecido, tomando drogas, alcohol...).

Los miembros de la familia han de expresar, compartir y admitir una gama amplia de sentimientos que afloran, sean los que sean, y contenerlos en el ámbito familiar. Esto es muy difícil ya que implica que otra persona de la misma familia puede tener diferentes sentimientos, o experimentar éstos con diferente intensidad. Aceptar a otro que esté en otra fase requiere una gran flexibilidad y tolerancia,

implica comprender y aceptar mutuamente la expresión de sentimientos complejos presentes en las relaciones familiares como ira, decepción, desamparo, alivio y culpa. Cuando las emociones van cambiando y desarrollándose en tiempo largo y, para cada uno, diferente, puede ser dificultosa una evolución. El lograr compartir, admitir y permitir la expresión de emoción favorece el crecimiento.

La evolución dependerá del sistema de límites, de la estructura, y del estilo de respuesta familiar.

- Familia con límites flexibles. (Duelo familiar adaptativo) El sistema familiar tolera las emociones positivas y negativas desencadenadas con la pérdida; existe intimidad entre sus miembros, se comparte el malestar y se comparten consuelo y cuidados mutuos. En estas familias, los roles serán flexibles, según las necesidades de cada miembro, en cada momento.

- Familia con límites rígidos. (Duelo familiar desadaptativo) Modelos de respuesta familiar evitativos. Se mantendrá un silencio acerca del fallecimiento; se evitarán las relaciones íntimas dentro de la familia para impedir el malestar; se aislarán de los compromisos sociales y de las relaciones públicas; se fomentará el “secreto familiar” (sobre todo si la muerte fue por suicidio, SIDA...); y se potenciará la intelectualización de la experiencia emocional.

Modelos de respuesta familiar inflexibles: Serán familias que insistirán en que todo permanezca como antes, manteniendo rígidamente los roles, sin permitir ocupar a nadie el papel del fallecido en el grupo. Son frecuentes los desarrollos de roles inapropiados como la parentalización del hijo/a mayor. Además, se fomentará entre sus miembros, la dependencia rígida de rituales religiosos, o de tradiciones culturales.

Modelos de respuesta familiar distorsionados. Idealización del fallecido, bloqueando los posibles sentimientos ambivalentes hacia él, junto al mantenimiento permanente del difunto en el entorno familiar, conservando sus posesiones intactas (cronificación del duelo). La respuesta familiar predominante será la culpa. Aunque también, la identificación familiar con el fallecido podrá actualizarse, mediante la adopción de causas sociales o presentando síntomas físicos similares a los que él tuvo en vida.

- Familia con límites porosos. (Duelo familiar desadaptativo). Presentan dificultad para tolerar las diferencias (todos deben sentir lo mismo y con la misma intensidad). No está permitida la vivencia individual. En esta situación hay dificultades para contener la emoción del otro lo que puede suponer inundarse emocionalmente con facilidad y ello generar situaciones complejas.

- Modelos amplificadores de respuesta familiar. Se refieren a una o varias de las respuestas siguientes. Ruptura familiar tras el fallecimiento (divorcios), los duelos incompletos previos (que podrán ser revividos transgeneracionalmente) amplificando el duelo actual; prolongación del duelo mediante la dependencia del “fantasma”, o conmemoración de la muerte de la persona como una tragedia que nunca debe ser olvidada.

La situación de mayor peligro para una resolución adaptativa del duelo dentro del ámbito familiar es la represión de la emoción y el aislamiento. Cada uno tiene ya bastante con lo suyo como para “cargárselo” y agobiar al otro, anulando la expresión clara de sentimientos individuales. Es fundamental favorecer la experiencia de dolor compartido, si no se da es difícil que el sistema se reorganice.

Reorganización del sistema familiar

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes dependiendo de cómo fuera la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. La realización de esta tarea lleva consigo muchos cambios a los que la persona superviviente debe enfrentarse, cambios en actividades cotidianas, en horarios, tal vez en el nivel económico pero, sobre todo, cambio en los roles que a partir de ahora deberá desempeñar (10, 11)

Los roles pueden ser “instrumentales/orientados a la tarea” (ser el cabeza de familia), o “expresivos”, aquellos con funciones emocionales. Mientras que los papeles instrumentales serán más difíciles de ocupar a un nivel práctico, los expresivos serán vitales para mantener el equilibrio familiar, y su pérdida puede llevar fácilmente a la desorganización y al desarrollo de conductas desadaptativas. En el reparto de roles entre los miembros de la familia (familia de origen y nuclear) ha de asumirse el papel pero no la identidad del fallecido.

La reorganización del sistema familiar dependerá del momento del ciclo vital en el que se encuentre la familia. La respuesta familiar a la pérdida no suele ser la misma cuando se trata de.

Muerte de hijo de corta edad.

Muerte de progenitor en familia con hijos de corta edad.

Muerte de hijo adolescente.

Muerte de progenitor en familia con hijos adolescentes.

Muerte del futuro cónyuge.

Muerte por aborto (natural o provocado).

Muerte de progenitor cuando hay hijos en edad de emanciparse.

Muerte de Joven adulto. Muerte de cónyuge en pareja joven.

Muerte en familia en últimas etapas de la vida (pareja anciana).

Muerte de progenitor anciano.

Cada momento dentro del ciclo vital presenta unas características propias, cada situación tiene su carga dramática y en cada una hay variables diferentes que pueden complicar el duelo o dificultar su elaboración.

Ejemplo La muerte de un niño suele ser especialmente dramática. Las muertes prematuras suelen ser las más complicadas de elaborar. Tras la muerte de un hijo, la relación conyugal se torna particularmente vulnerable, habiéndose comprobado índices de divorcio del 80%. El que el fallecido sea un niño dificulta la aceptación.

Para los padres supone un vacío y la privación de los sueños y expectativas sobre el niño, los sueños proyectados se cortan, muere parte de nosotros. Suele ser diferente la elaboración del duelo para padres que han podido acompañar al niño que para padres que no han podido o no han sabido acompañarlo. En estos últimos son muy frecuentes intensos sentimientos de culpa e impotencia por no haber atendido suficientemente. Atender al niño en tiempo y calidad durante el espacio de enfermedad ayuda a una elaboración posterior más sana.

Los hermanos también sufren una pena prolongada que se agudiza en los aniversarios. Además, la rivalidad normal entre hermanos puede contribuir a generar intensos sentimientos de culpa por haber sobrevivido. En aquellos casos en los cuales los padres están entregados a su propia pena, los hijos experimentan una doble pérdida. En muchas ocasiones, los padres sobreprotegen a los hijos que les quedan y después tienen dificultades con las transiciones normativas de la adolescencia y emancipación.

Es frecuente que la pareja conciba otro hijo para reemplazar al fallecido, este reemplazo puede ser funcional para los padres, pero disfuncional para el hijo si lo tratan como un sustituto no diferenciado.

Recursos

- ❖ Bolígrafos.
- ❖ Cuaderno de campo.
- ❖ Hojas de papel boom.
- ❖ Una computadora.
- ❖ Impresora
- ❖ Una cámara fotográfica.
- ❖ Una video grabadora.
- ❖ Flash memore.

Evaluación

La evaluación que se aplicara en el presente programa es periódica, sistemática y continua.

Tema

Charla de concienciación del impacto social de la muerte.

Objetivo

Concienciación social del impacto que genera la muerte.

Estrategia metodológica

Charla participativa

Contenido**Olvidar recordando**

Invertir la energía emotiva en otras personas y relaciones. Por supuesto, el trabajo en esta etapa no va orientado a olvidar al ser querido sino a encontrarle un sitio en la vida emocional del superviviente que no entorpezca su funcionamiento eficaz. Uno nunca pierde los recuerdos de una relación significativa.

Con la muerte de una persona no se ha perdido definitivamente el objeto amado. Se puede recuperar de otra forma, sin la necesidad de su presencia o posesión física, mediante la incorporación psicológica de los aspectos buenos de la persona perdida, a través del recuerdo y del afecto. De este modo se daría una verdadera reinstalación del objeto bueno perdido dentro del propio mundo interno de afectos. Encontrar un sitio para esa persona dentro de la nueva realidad. Para ello es importante despedirse y dar la bienvenida de nuevo.

Es importante trabajar siendo consciente de que nunca se va a volver a la situación que tenía antes de la pérdida debido a que el duelo es un proceso, y que el dolor intenso puede volver a aparecer y será necesario volver a trabajarlo, cuando ocurra, sin alarmarse. Es el momento de abrir un hueco a los rituales que se mantendrán en el tiempo para incluir la ausencia.

Trabajando con la familia.

En un trabajo de duelo con la familia ha de crearse un contexto para ayudar a que la persona y su familia construyan una nueva identidad que deje espacio para afirmar la pérdida y para crear un relato de su historia compartida con el fallecido. El relato ha de entrelazar serenamente los recuerdos que aportan significado a su vida personal y familiar para integrarlos en el momento presente y que formen parte de la trama de vivencias futuras.

Disponemos de numerosas herramientas para trabajar con la familia en duelo, hablar del difunto, de las circunstancias de la pérdida, fotografías, objetos significativos, trabajos de expresión a través de pintura, arcilla, plastilina..., técnicas de relajación, técnicas psicodramáticas, visualizaciones, etc. No obstante, es la utilización adecuada de rituales terapéuticos la herramienta que puede ayudar a crear dicho contexto de manera completa, estructurando los cambios emocionales y cognitivos que experimentan las personas que han sufrido una pérdida. Los rituales permiten contener y efectuar la canalización de la pérdida de manera segura y facilitan la elaboración emocional, cognitiva y relacional, permitiendo encontrar una nueva forma de estar en el mundo.

Las técnicas de ritualización deben ir acompañadas de un trabajo que estimule la comunicación de sentimientos entre los miembros de la familia y los amigos íntimos. Hay rituales elaborados y rituales que elaborará la familia según su situación y sus necesidades. Entre los rituales elaborados Van der Hart (1991) propone un ritual terapéutico de “despedida” que consta de 3 fases:

– Fase preparatoria en la que se expresa la pérdida de forma desestructurada.

– Fase de reorganización, en la que se siguen conductas propias del luto, y se escribe una “carta continua” al difunto según un ritual prescrito. Se elige algún material que perteneció al fallecido y que tiene un significado especial para la persona que lo adquiere.

– Fase de finalización que comprende una “ceremonia de despedida” a modo de funeral, un “rito de purificación” (bañarse o ducharse) y un “rito de reunión” (por ej. una comida con amigos y familiares). Gracias a las acciones estructuradas se crea un marco de seguridad que hace posible afirmar la muerte pero también preservar una relación especial con el fallecido, que es simbolizado en la elección de un objeto vincular que la persona conservará siempre. Asimismo, la parte final del procedimiento ritual ratifica la continuidad de la vida, simbolizada en una ceremonia final de reunión con las personas significativas que constituyen la red familiar y social de los supervivientes.

Finalmente, haremos una breve referencia a una forma especial de duelo que presenta toda situación de terminalidad y cuya elaboración determinará en gran medida el rumbo del proceso de duelo posterior a la pérdida del ser querido.

El duelo es una posibilidad de crecimiento individual y familiar.

Cuando hemos vivido con una persona y nos hemos vinculado estrechamente a ella parte de ésta la hemos incorporado dentro, es nuestro, lo hemos construido nosotros, no se pierde. Lo que hemos recibido seguirá en nuestra vida y dará frutos.

Recursos

- ❖ Bolígrafos.
- ❖ Cuaderno de campo.
- ❖ Hojas de papel boom.
- ❖ Una computadora.

- ❖ Impresora
- ❖ Una cámara fotográfica.
- ❖ Una video grabadora.
- ❖ Flash memore.

Evaluación

La evaluación que se aplicara en el presente programa es periódica, sistemática y continua.

5.6. Resultados esperados de la propuesta de aplicación

5.6.1. Alcance de la alternativa

Luego de realizada la presente propuesta teórica alternativa se llegara a la concientización del personal de enfermería en cuanto a la importancia de la aplicación de los protocolos post mortem, de igual manera se exhortara a las familias que han sufrido un deceso de uno o varios familiares a que se reduzca el impacto social de la perdida, llegando a realizar concientización de la familia como núcleo social y de lo que podría repercutir su impacto en la sociedad por dicha causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, J. (12 de 07 de 2015). *El Telégrafo*. Recuperado el 5 de 11 de 2017, de :
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/10/pluritiv-el-programa-que-llego-para-contribuir-al-conocimiento>
- Andes. (12 de 04 de 2016). *andes.info.ec*. Recuperado el 04 de 02 de 2018, de
andes.info.ec:
<https://www.andes.info.ec/es/noticias/sociedad/1/48700/ecuador-impulsa-educacion-valores>
- Araujo, L. V. (2018). *Actitud del enfermero frente a la muerte de un paciente en el servicio de emergencia de un hospital de Lima abril 2016 – marzo 2017*. Lima: UPCH.
- Arias, F. G. (2016). *El Proyecto de Investigación - Introducción a la metodología científica*. Caracas - República Bolivariana de Venezuela: Episteme.
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. En r. Oficial. Quito.
- Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2015). *La asistencia del proceso del duelo*. En Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, E. (eds.) *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. . Pamplona: Eunsa.
- Bingham, V., & Moore, B. (2014). *Cómo entrevistar*. . Madrid.: Rialp.
- Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey-Dochterman, J. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (5ª ed.)*. . Madrid: Elsevier.
- Carvajal, L. (21 de 10 de 2015). *www.lizardo-carvajal.com*. Recuperado el 23 de 08 de 2018, de www.lizardo-carvajal.com: <http://www.lizardo-carvajal.com/el-metodo-deductivo-de-investigacion/>
- Cuesta, D. D. (2013). *El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería*. México: Trillas.
- DRAE. (2016). *Diccionario de la real academia de la lengua*. España: Andaluz.
- Evans, G., Vicuña, M., & Marín, R. (2015). Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* , 4.

- Granda, P. (23 de 11 de 2016). *laenfermeria.es*. Recuperado el 19 de 05 de 2018, de [laenfermeria.es](http://www.laenfermeria.es): www.laenfermeria.es/apuntes/otros/psicologia/ciencias_de_la_conducta.doc
- Grupo de Cuidado. (2015). *Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Capítulo I: Cuidado y práctica de Enfermería: nuevos avances conceptuales del grupo de cuidado.* . Bogotá: Unibiblos.
- Guamán, W. F., & García, G. A. (2018). *Actitud del personal de enfermería ante la muerte del paciente: Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2017.* Cuenca: UC.
- Hernandez, R., Baptista, P., & Fernández, C. (2010). *Metodología de la investigación.* México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., C.Fernández, & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ª Ed.).* . México: McGraw Hill Educación.
- Hernández-Arzola, L. (2014). Muerte, atención post mórtem y su efecto en el profesional de enfermería. . *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 6.
- Icart, M., Guàrdia, J., & Isla, P. (2013). *Enfermería Comunitaria II. Epidemiología (2ªed.).* . Barcelona: Masson.
- Mejía, A. C. (2014). *Tecnología del Cuidado de Enfermería* . Perú: ULADECH.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2014). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mone, P. L., & Burke, K. (2014). *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente (4ª ed.)* . Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Mone, P. L., & Burke, K. (2014). *Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente (4ª ed.)* . Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Pérez, C. U. (2016). *Proceso de terminalidad y muerte: experiencias y significados en usuarios(as) con cáncer, sus familiares y el equipo de salud en el modelo de cuidados paliativos de Clínica Familia.* Santiago de Chile: UCH.
- Porto, J. P., & Merino., M. (2016). *Método inductivo-deductivo.* . Bogota: Lucas.
- RAE. (2014). *Cuidadospost mortem.* Madrid: RAE.
- RAE. (2016). *Diccionario de la Real Academia Española.* España: Andaluz.
- REA. (2015). *Método deductivo.* Madrid: REA.

Sandoval, F. (16 de 05 de 2017). *www.eltelegrafo.com.ec*. Recuperado el 04 de 01 de 2019, de *www.eltelegrafo.com.ec*: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/6/la-neumonia-es-la-principal-causa-de-muerte-en-los-ninos>

Vargas, T. S. (2019). *Cuerpo muerto y ética: responsabilidades éticas del equipo de enfermería en los cuidados post mortem*. Santiago de Chile : UCH.

Worden, W. (2014). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. . Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo # 1

MATRIZ DE CONTINGENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿Cómo las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019?	Establecer de qué manera las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.	Si se aplica correctamente las intervenciones de enfermería se garantizarían los cuidados postmortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda-Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS ESPECÍFICAS
<p>¿Qué incidencia tienen las intervenciones de enfermería en la preparación del cadáver en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar?</p> <p>¿Cómo las intervenciones de enfermería influyen en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar?</p> <p>¿Qué estrategias protocolarias reducirían el impacto social de la muerte en la familia y sociedad?</p>	<p>Indicar qué incidencia tienen las intervenciones de enfermería en la preparación del cadáver en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.</p> <p>Analizar de qué manera las intervenciones de enfermería influye en el respeto de los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.</p> <p>Determinar qué estrategias protocolarias se pueden aplicar para mejorar los cuidados post mortem y el impacto social de la muerte en la familia.</p>	<p>Si se tienen intervenciones de enfermería adecuadas se lograra la preparación del cadáver en el área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.</p> <p>Si se aplicara las intervenciones de enfermería adecuadas se respetarían los valores religiosos, culturales del fallecido y la familia en el área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar.</p> <p>Si se establecen estrategias protocolarias se puede mejorar los cuidados post mortem y el impacto social de la muerte en la familia.</p>

Anexo # 2

INFORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervenciones de enfermería y su incidencia los cuidados postmortem del área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro Guaranda – Bolívar, periodo mayo a septiembre 2019.

Estimado (a) Sr/Sra.

Introducción/objetivo:

Los egresados pertenecientes a la Universidad Técnica de Babahoyo de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela de Salud y Bienestar, Carrera de Enfermería, pretenden realizar un estudio en su unidad operativa como requisito académico para optar por el título de Licenciado(a) en Enfermería. El proyecto tiene como objetivo establecer de qué manera las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.

Procedimiento:

Si Ud. acepta participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas a través de un cuestionario.

Beneficios directos:

No recibirá ningún pago por el estudio, como tampoco implicará costo alguno para Ud.

Confiabilidad:

Toda información que proporcione será concebida como confidencial, será utilizada estrictamente para la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito.

- El cuestionario quedará identificado por un número.

Los resultados del estudio serán publicados sólo con fines científicos, pero omitiendo la identidad de cada una de las personas participantes.

Riesgos potenciales:

No existen riesgos potenciales que impliquen su participación. Si alguna pregunta le incomoda tiene el derecho de no responderla.

Participación voluntaria:

Ud. está en todo su derecho de participar o no en el proyecto de investigación.

Muchas gracias

Anexo #3
CONSENTIMIENTO INFORMADO.



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Intervenciones de enfermería y su incidencia en los cuidados postmortem del área de medicina interna del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019.

Los objetivos y procedimientos del Proyecto de Investigación me han sido explicados claramente y he comprendido toda la información.

Acepto participar en la investigación.

Yo _____, acepto en toda libertad participar en este Proyecto de Investigación.

Firma del participante: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Anexo #4

**DECLARACIÓN DE LAS INVESTIGADORAS SOBRE LA FIRMA DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**



DECLARACIÓN SOBRE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Declaración de las investigadoras del proyecto que llevarán a cabo la
entrevista sobre el consentimiento informado:**

Hemos explicado cuidadosamente en qué consiste la investigación a la persona
arriba mencionada y estaremos presente cuando estos llenen el documento de
consentimiento informado.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO# 5
ENCUESTAS DIRIGIDAS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



Estimados licenciados, la presente encuesta tiene como finalidad recoger información sobre el tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE DEL 2019.

Se solicita responder con honestidad a las siguientes preguntas

- 1.- ¿En su Unidad Hospitalaria existen protocolos de cuidados de enfermería postmortem?
 - a) SI
 - b) NO
- 2.- ¿Usted como personal de enfermería aplica de manera correcta el protocolo postmortem en su unidad hospitalaria?
 - a) SI
 - b) NO
- 3.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce, cuida y respeta el valor de la vida humana desde su iniciación hasta el final?
 - a) SI
 - b) NO
- 4.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce cuando un paciente ha fallecido?
 - a) SI
 - b) NO
- 5.- ¿En el cuidado de enfermería se protege la integridad física del fallecido?
 - a) SI

b) NO

6.- ¿Usted como personal de enfermería reconoce las necesidades individuales de la familia del fallecido?

a) SI

b) NO

7.- ¿Usted como personal de enfermería se involucra en la preparación del fallecido para que esté presentable para la familia antes de su retirada?

a) SI

b) NO

8.- ¿Se brinda apoyo psicológico a los familiares en la despedida del ser querido y en el proceso de duelo?

a) SI

b) NO

9.- ¿Usted como personal de enfermería consulta las costumbres y ritos antes de tener contacto con familiares del fallecido?

a) SI

b) NO

10.- ¿Se moviliza a otra habitación al fallecido para evitar un ambiente incómodo para los demás?

a) SI

b) NO

Anexo # 6

FICHA DE OBSERVACION



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



FICHA DE OBSERVACION NO ESTRUCTURADA

Estimados licenciados, la presente tiene como finalidad la de recoger información sobre el tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE DEL 2019.

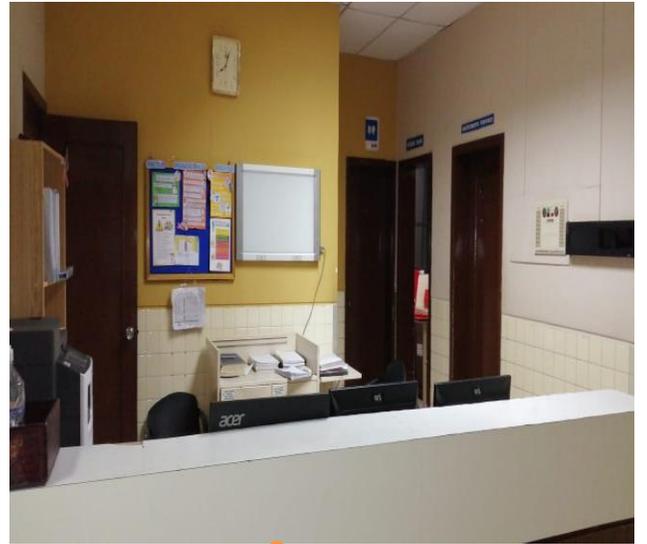
Anexo # 7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Aplicación de encuestas al personal de enfermería





Área de Medicina Interna



Tutorías





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 10 de Junio del 2019

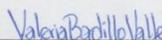
Lcda.
Marilu Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, nosotras **GLENDA VALERIA BADILLO VALLE**, con C.I. **1207307867** y **JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA**, con C.I. **1207554278** Estudiantes egresadas de la carrera de **Enfermería** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la modalidad de Proyecto de Investigación, con el debido respeto solicitamos a usted muy respetuosamente se nos asigne tutor, el mismo que debe ser la docente **DRA. VERÓNICA AYALA ESPARZA**, para iniciar en el proceso de TITULACIÓN, periodo **MAYO 2019 A SEPTIEMBRE 2019**.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

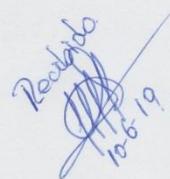
Atentamente



GLENDA VALERIA BADILLO VALLE
C.I. 120730786-7
ESTUDIANTE EGRESADO



JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA
C.I. 120755427-8
ESTUDIANTE EGRESADO


Recibido
10-6-19



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 24 de Junio de 2019

Lic. Marilú Hinojosa

Coordinadora De Titulación De La Carrera De Enfermería

Presente.

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras **GLENDIA VALERIA BADILLO VALLE**, con **C.I. 120730786-7**, con código estudiantil EST-UTB-833 y **JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA** con **C.I. 120755427-8**, código estudiantil EST-UTB-829; matriculados en el proceso de titulación periodo **MAYO 2019 - SEPTIEMBRE 2019**, en la modalidad **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, nos dirigimos a usted de una manera especial, para solicitar acepte el siguiente tema para proyecto de titulación: **"CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES POST-MORTEM EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA – PROV.BOLÍVAR (MAYO – SEPTIEMBRE 2019)"**

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, le reiteramos nuestros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente:

Valeria Badillo Valle

GLENDIA VALERIA BADILLO VALLE

C.I. 120730786-7

*Recibido
Lic. Cruz
Hinojosa
24/6/2019*



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 3 de Julio de 2019

Lic. Marilú Hinojosa.

Coordinadora De Titulación De La Carrera De Enfermería

Presente.

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras **BADILLO VALLE GLENDA VALERIA** con **C.I 120730786-7** con código estudiantil EST-UTB 833 y **ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA** con **C.I. 120755427-8** con código estudiantil EST-UTB 829 hacemos mención del nuevo tema que ha sido revisado y autorizado por el tutor asignado, **Dra. VERONICA ALEXANDRA AYALA ESPARZA** con el tema **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA-BOLÍVAR, PERIODO MAYO SEPTIEMBRE 2019"**.

Esperando que nuestra petición tenga una acogida favorable, reiteramos nuestros agradecimientos de consideración y estima.

Atentamente:

Valeria Badillo Valle

GLENDA VALERIA BADILLO VALLE
C.I.120730786-7

Joselyn Natalia Allauca Miranda

JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA
C.I.120755427-8

[Signature]

Dra. VERONICA ALEXANDRA AYALA ESPARZA
TUTORA

*Recibido
Lic. Hinojosa
2/1/19*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería

Babahoyo, 12 de agosto del 2019

Dra. Verónica Ayala Esparza
Presente.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, **JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA** con C.I. **120755427-8**, con código estudiantil EST-UTB 829 y **GLEND VALERIA BADILLO VALLE** con C.I. **120730786-7**, con código estudiantil EST-UTB 833; egresadas de la carrera de Enfermería me dirijo a usted, para pedirle su colaboración para la validación de los siguientes instrumentos de investigación que será aplicado para la realización de nuestro trabajo investigativo titulado: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLÍVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE DEL 2019"**, el cual será presentado para obtención de nuestro título como Licenciadas en Enfermería Universidad Técnica de Babahoyo.

Los siguientes instrumentos están hechos con la finalidad de alcanzar el objetivo general del estudio que es:

Establecer de qué manera las intervenciones de enfermería inciden en los cuidados post mortem del área de medicina interna del hospital general Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda – Bolívar, periodo mayo – septiembre del 2019. De antemano le reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente

JOSELYN NATALIA ALLAUCA MIRANDA
C.I 120755427-8

GLEND VALERIA BADILLO VALLE
C.I 120730786-7



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Salud y Bienestar
Carrera de Enfermería

INSTRUMENTO PARA LA VALIDACION DEL CONTENIDO

Estimado(a): Dra. Verónica Ayala Esparza

Se le solicita que realice la validación del instrumento de recolección de datos que se encuentra adjunto, para lo cual debe marcar con una (X) en cada criterio según su opinión de experto en la materia.

Muchas gracias por su colaboración.

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X		
3. Las estructura del instrumento es adecuada	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y atendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Sugerencias:

Validado por: <i>Dra. Verónica Ayala</i>	C.I. <i>1202459298</i>
Profesión: <i>Doctora</i>	Firma: <i>[Firma]</i>



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 01 de Julio de 2019

Lic.

Mónica Acosta

COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Presente.

De nuestras consideraciones:

Por medio de la presente, nosotras **ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA**, con C.I 120755427-8 y **BADILLO VALLE GLENDA VALERIA** con C.I 120730786-7 egresadas de la carrera de **Enfermería** de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, nos dirigimos a usted de la manera más comedida autorice a quien corresponda se nos facilite un Certificado dirigido a la Dra. Mariela Navas directora médica del Hospital General Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda para poder ingresar a las instalaciones y adquirir datos para realización de nuestro Proyecto de Investigación para el periodo mayo – septiembre 2019 cuyo tema es: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POST MORTEM DEL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA – BOLIVAR, PERIODO MAYO – SEPTIEMBRE 2019.**

Por la favorable atención a nuestra petición estudiantil, le reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente:

ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA

C.I. 120755427-8

BADILLO VALLE GLENDA VALERIA

C.I. 120730786-7

DRA. VERÓNICA AYALA
ESPARZA
DOCENTE TUTOR



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



Babahoyo, Junio 27 del 2019.

Oficio No. 015/ CARR-ENFER/2019.

DRA. MARIELA NAVAS.
DIRECTORA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA
MONTENEGRO.
Ciudad.-

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la Coordinación de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En calidad de Coordinadora de la carrera de Enfermería me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitarle autorice el ingreso de las estudiantes:

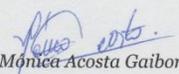
ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA. CI: 120755427-8

BADILLO VALLE GLENDA VALERIA. CI: 120730786-7

Egresados de la Carrera de Enfermería que se encuentran en el Proceso de Titulación Periodo Mayo- Septiembre del 2019, para recabar información de la Institución que acertadamente dirige, la misma que contribuirá en la elaboración del Proyecto de Investigación con el tema: "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POST MORTEM EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DE LA CIUDAD DE GUARANDA, PROVINCIA BOLIVAR PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019".

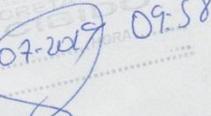
Con sentimiento de distinguida consideración y por el avance Académico de nuestra Facultad y Escuela.

Atentamente,


Lcda. *Mónica Acosta Gaibor*, MSc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
/FGA



C.c. Estudiantes
Archivo.

HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA M.
SECRETARIA
FECHA: 11-07-2019 09:58
POR: 

Elaborado por: Lcda. Francia Guerrero

Revisado: Lcda. Mónica Acosta Gaibor

Av. Universitaria Km 2 1/2 Via Montalvo
E-mail:



FECHA: 26/8/2019
HORA: 10:8

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA
ESTUDIANTES: BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
 ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2019 - SEPTIEMBRE 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PERFIL DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO DE TITULACIÓN: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PERFIL DE INVESTIGACIÓN	2019-06-26	2019-06-30	TERMINADO	100%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DEL TEMA	2019-06-27	2019-06-27	TERMINADO	100%	HABILITADO
CORRECCIÓN DE TEMA	2019-06-27	2019-06-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
APLICAR NORMAS APA	2019-06-28	2019-06-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

PROBLEMA (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN PROBLEMA GENERAL	2019-06-28	2019-06-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

OBJETIVO (GENERAL)					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN OBJETIVO GENERAL	2019-06-28	2019-06-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

JUSTIFICACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE LA JUSTIFICACIÓN	2019-06-28	2019-06-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

MARCO TEÓRICO PRELIMINAR					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
APLICAR NORMAS APA	2019-06-29	2019-06-29	TERMINADO	100%	HABILITADO

HIPÓTESIS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO

CORRECCIÓN DE HIPOTESIS	2019-06-29	2019-06-29	TERMINADO	100%	HABILITADO
-------------------------	------------	------------	-----------	------	------------

TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE TIPO DE INVESTIGACIÓN	2019-06-29	2019-06-29	TERMINADO	100%	HABILITADO

METODOLOGÍA					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE METODOLOGÍA	2019-06-29	2019-06-29	TERMINADO	100%	HABILITADO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REESTRUCTURA BIBLIOGRAFÍA	2019-06-29	2019-06-29	TERMINADO	100%	HABILITADO

Valeria Badillo Valle

BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
ESTUDIANTE

Joselyn Allauca

ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
ESTUDIANTE

Verónica Ayala
AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA
DOCENTE TUTOR



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA
ESTUDIANTES: BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
 ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2019 - SEPTIEMBRE 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO DE TITULACIÓN: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

FASE	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	2019-07-16	2019-08-14	TERMINADO	97.65%	HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

INTRODUCCIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
APLICAR NORMAS APA	2019-07-25	2019-07-26	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO I - IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
APLICAR NORMAS APA	2019-07-25	2019-07-26	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO I - MARCO CONTEXTUAL

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE CONTEXTO LOCAL	2019-07-25	2019-07-26	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO I - SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DETALLAR LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	2019-07-25	2019-07-26	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS	2019-07-25	2019-07-26	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO I - DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
APLICAR NORMAS APA	2019-07-26	2019-07-26	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO I - JUSTIFICACIÓN

ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
-----------	-----------	--------	---------	-------	--------

REDACCIÓN CORRECTA	2019-07-26	2019-07-26	TERMINADO	100%	HABILITADO
--------------------	------------	------------	-----------	------	------------

CAPÍTULO I - OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
MEJORAR REDACCIÓN	2019-07-26	2019-07-26	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO II - MARCO TEORICO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
AMPLIAR MARCO TEORICO	2019-07-27	2019-07-27	TERMINADO	90%	HABILITADO

CAPÍTULO II - HIPÓTESIS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
REFORMULAR HIPÓTESIS DERIVADAS	2019-07-27	2019-07-27	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SELECCION DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	2019-07-27	2019-07-27	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SELECCION DE MODALIDAD	2019-07-28	2019-07-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - TIPO DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
SELECCION DE TIPOS DE INVESTIGACIÓN	2019-07-28	2019-07-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
DEFINIR MÉTODOS	2019-07-28	2019-07-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCION DE MUESTRA	2019-07-28	2019-07-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

CAPÍTULO III - CRONOGRAMA DEL PROYECTO					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
CORRECCIÓN DE CRONOGRAMA	2019-07-28	2019-07-28	TERMINADO	100%	HABILITADO

TRABAJO FINAL					
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO
FASE 2 DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	2019-08-14	2019-08-14	TERMINADO	100%	HABILITADO

Valeria Badillo Valle

 BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
 ESTUDIANTE

Joselyn Allauca

 ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
 ESTUDIANTE

[Signature]

 AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA
 DOCENTE TUTOR



FECHA: 26/8/2019
HORA: 10:12

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN

SEGUIMIENTO DE PROYECTOS DE TITULACIÓN

DOCENTE TUTOR: AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA
ESTUDIANTES: BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
PERIODO ACADÉMICO: MAYO 2019 - SEPTIEMBRE 2019
MODALIDAD DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FASE DE MODALIDAD: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PROYECTO DE TITULACIÓN: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE TITULACIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA Y SU INCIDENCIA EN LOS CUIDADOS POSTMORTEM DEL AREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, GUARANDA - BOLIVAR PERIODO , MAYO- SEPTIEMBRE 2019. "

Table with 6 columns: FASE, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Row: INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, 2019-08-17, 2019-08-23, TERMINADO, 94.21%, HABILITADO

INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: INTRODUCCIÓN. Row: INTRODUCCIÓN, 2019-08-22, 2019-08-23, TERMINADO, 100%, HABILITADO

Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN. Row: TEMA, 2019-08-21, 2019-08-22, TERMINADO, 100%, HABILITADO

Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - MARCO CONTEXTUAL. Row: MARCO CONTEXTUAL, 2019-08-21, 2019-08-22, TERMINADO, 100%, HABILITADO

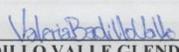
Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. Row: SITUACIÓN PROBLEMÁTICA, 2019-08-22, 2019-08-23, TERMINADO, 100%, HABILITADO

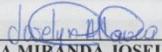
Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. Row: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, 2019-08-22, 2019-08-23, TERMINADO, 90%, HABILITADO

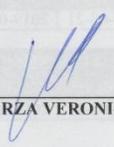
Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. Row: ESPECIFICAR DELIMITACIÓN, 2019-08-21, 2019-08-22, TERMINADO, 100%, HABILITADO

Table with 6 columns: ACTIVIDAD, F. INICIO, F. FIN, PROCESO, PORC., ESTADO. Section: CAPÍTULO I - JUSTIFICACIÓN. Row: JUSTIFICACION, 2019-08-21, 2019-08-22, TERMINADO, 100%, HABILITADO

CAPÍTULO I - OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
OBJETIVOS	2019-08-21	2019-08-22	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO II - MARCO TEORICO						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
MARCO TEORICO	2019-08-21	2019-08-22	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO II - HIPÓTESIS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
HIPOTESIS	2019-08-21	2019-08-22	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO III - RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RESULTADOS	2019-08-23	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO III - CONCLUSIONES ESPECIFICAS Y GENERALES						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	2019-08-23	2019-08-23	TERMINADO	100%	HABILITADO	
CAPÍTULO III - RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y GENERALES						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RECOMENDACIONES	2019-08-23	2019-08-23	TERMINADO	100%	HABILITADO	
CAPÍTULO IV - PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
PROPUESTA	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO IV - RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RESULTADOS DE LA ALTERNATIVA	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO IV - BIBLIOGRAFIA						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
BIBLIOGRAFÍA	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
CAPÍTULO IV - ANEXOS						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
ANEXOS	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
TRABAJO FINAL						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
TRABAJO FINAL	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE						
ACTIVIDAD	F. INICIO	F. FIN	PROCESO	PORC.	ESTADO	
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES	2019-08-22	2019-08-23	TERMINADO	90%	HABILITADO	


BADILLO VALLE GLENDA VALERIA
ESTUDIANTE


ALLAUCA MIRANDA JOSELYN NATALIA
ESTUDIANTE


AYALA ESPARZA VERONICA ALEXANDRA