

UNC

**Universidad Nacional de
Cajamarca**

**Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería**



ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LOS
CUIDADOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL. UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE.
CAJAMARCA. 2017

TESIS
PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:
BACHILLER EN ENFERMERÍA RIVERA ATOCHE, FIORELLA ESTEPHANI

ASESORA:
Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ

CAJAMARCA, PERÚ
2017

**COPYRIGHT © 2017 by
FIORELLA ESTEPHANI RIVERA ATOCHE
Todos los derechos reservados**

Con todo mi amor y afecto a mis padres Leonidas Diómedes Rivera Alcántara y Rosa Aurora Atoche Espinoza, quienes con esfuerzo y sacrificio me han guiado incondicionalmente, por sus consejos y su paciencia, para lograr ser la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye éste. Les amo mucho.

Hijos, obedeced en el Señor a vuestros padres, porque esto es justo. Honra a tu padre y a tu madre, que es el primer mandamiento con promesa; para que te vaya bien, y seas de larga vida sobre la tierra. Y vosotros, padres, no provoquéis a ira a vuestros hijos, sino criadlos en disciplina y amonestación del Señor.

Efesios 6:1-4

Doy gracias a Dios, el creador del universo, quien es mi modelo de padre por excelencia, a aquel que me dio la vida y me formo en el vientre de mi madre, porque con él a mi lado todo lo puedo, su presencia fortalece mis capacidades facilitándome la oportunidad de cursar y terminar esta maravillosa tesis.

Al equipo de profesionales de Enfermería que han tenido el privilegio de ser participantes de este estudio de investigación, quienes me permitieron conocer sus experiencias en un servicio tan complejo que es la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Cajamarca, donde día a día se ve comprometida la vida.

A mis padres, por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida, por enseñarme que con esfuerzo, trabajo y perseverancia todo se puede lograr.

A la Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez por haberme ayudado como docente y asesora de esta investigación, y guiarme con dedicación, paciencia y profesionalismo, compartiendo sus conocimientos, orientaciones y su motivación que fueron fundamentales para mi formación como investigador y elaboración de la presente tesis.

A la Universidad Nacional de Cajamarca y su plana docente por sus conocimientos y experiencia transmitida para ser un profesional competitivo ante un mercado laboral que cada vez se torna más exigente.

Muchas fueron las personas que en forma directa o indirecta y aun sin saberlo, en mis dudas y ansiedades me ayudaron, poniendo a mi disposición el valor incalculable de sus conocimientos, impulsándome para seguir adelante.

La autora

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar y analizar la Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Se trata de un estudio descriptivo en 10 profesionales de Enfermería que laboran en el Servicio de Cuidados Intensivos. Para la recolección de datos se aplicó una Escala de Likert con 39 ítems positivas y negativas para medir las dimensiones cognoscitivas, afectivas y conductuales. Además, se realizó una observación indirecta para obtener mayor información respecto de las actitudes del personal al momento de atender a los pacientes en fase terminal.

Los principales resultados obtenidos en el presente estudio muestran que, existe una *Actitud medianamente Favorable* por parte del Profesional de Enfermería hacia la atención de Cuidados otorgados al paciente que se encuentra en fase terminal, ya que, los conocimientos y sentimientos que las enfermeras (os) manifiestan, son evidenciados a través de la conducta, siendo percibidos por el paciente. En este caso es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

Descriptor: Actitud, Profesional de Enfermería, Cuidado en enfermería, Paciente terminal.

ABSTRAC

The main objective of the present research was to evaluate and analyze the Attitude of the Nursing Professional before the care provided to patients in the terminal phase of the ICU service of the “Hospital Regional Docente de Cajamarca”. This is a descriptive study in 10 nursing professionals who work in the Intensive Care Service. For the data collection, a Likert Scale was applied with 39 positive and negative items to measure the cognitive, affective and behavioral dimensions. In addition, an indirect observation was realized to obtain more information regarding the attitudes of the personal when they are attending patients in terminal phase.

The main results obtained in the present study show that there is a moderately Favorable Attitude of the Nursing Professional towards the Care of the patient who is in the terminal phase, so the knowledge and feelings that the nurses show are evidenced, through behavior, which are perceived by the patient. In this case, it is necessary to implement strategies, improvement plans and continuous training in order to generate the awareness of nursing professional to apply good treatment to the patient from an approach based on human values.

Descriptors: Attitude, Nursing Professional, Nursing Care, Terminal Patient.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	17
1.1 Antecedentes del estudio.	17
1.2 Bases teóricas.	20
1.3 Variables de estudio.	59
1.3.1 Definición conceptual.	59
1.3.2 Definición operacional.	59
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	60
2.1 Tipo de estudio.	60
2.2 Área de estudio.	60
2.3 Población y muestra de estudio.	60
2.4 Unidad de análisis.	60
2.5 Criterios de selección.	61
2.5.1 Criterios de inclusión.	61
2.5.2 Criterios de exclusión	61
2.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.	61
2.7 Procesamiento y análisis de datos.	64
2.8 Procesamiento para el análisis e interpretación de datos.	64
2.9 Criterios éticos de la investigación	64

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	66
3.1 Resultados	66
CAPÍTULO IV	102
4.1 CONCLUSIONES	102
4.2 RECOMENDACIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS	108

INTRODUCCIÓN

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él.

El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces.

La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa.

Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Además, el profesional en enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos. (1)

En la actualidad, las enfermeras definen el cuidado, en acciones dirigidas a lograr la recuperación de la salud del paciente, sin olvidar el origen o residencia y la cultura en el que se desarrolla. Las enfermeras comprenden que los cuidados integrales los da una enfermera profesional que practica la enfermería y que tiene la responsabilidad del cuidado del paciente, entendiéndose como profesional, a una enfermera con habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, necesarios, para practicar la enfermería. (2)

Desde esta perspectiva el profesional de enfermería aplica los cuidados al paciente en base a la condición de salud del mismo y las necesidades que tenga, fundamentados en el proceso de enfermería. El cuidado no está referido exclusivamente a la atención de la enfermedad, sino que manifiesta la demanda cada vez más creciente al mantenimiento, conservación y promoción de la salud, así como la rehabilitación o en el afrontamiento de la muerte, como es el caso de los enfermos terminales. Desde esta forma, la condición del paciente en fase terminal mientras está hospitalizado, se encuentra en franco deterioro, caracterizado por un estado degenerativo- progresivo, exacerbado por episodios de dolor crónico y manifestaciones de ansiedad, depresión, llanto, tristeza, en algunos casos manifestando abiertamente su deseo de morir ya que no tolera su angustiosa situación. De allí pues surge la necesidad de proporcionar cuidados paliativos destinados a la atención específica del paciente en fase terminal.

Tales cuidados deben ser planificados y ejecutados por profesionales de enfermería que posean actitudes, competencias, conocimientos, valores, creencias, principios, moral y sentimientos necesarios en la atención del paciente. De allí pues que la actitud del profesional

de enfermería es un aspecto fundamental al proporcionar los cuidados paliativos, ya que realiza una interacción persona a persona tanto con el enfermo, como con la familia y el equipo de salud, por lo tanto, su comportamiento, sentimientos frente al enfermo en fase terminal y el grupo familiar, está dirigida al apoyo, orientación, comprensión y receptividad.

En este orden de ideas, la actitud “son creencias y sentimientos que predisponen las reacciones ante objeto, personas y acontecimientos”. Está arraigada a la personalidad individual y se adopta en la medida que la persona interactúa con el ambiente biopsico-social. La actitud de los profesionales de enfermería se evidencia por el conocimiento y los sentimientos que estos tienen hacia el enfermo. Dicho de otro modo, la actitud que manifiesta el profesional de enfermería, obedece al conocimiento teórico adquirido a lo largo de su formación, estos conocimientos ofrecen una base fundamental dentro de la proporción de los cuidados, por otra parte, los sentimientos reflejan la posición del profesional de enfermería ante determinada situación.

También, los conocimientos teóricos y prácticos de las actividades y cuidados predisponen al profesional de enfermería a manifestar sentimientos favorables hacia la proporción de los cuidados paliativos, los cuales se pueden ver reflejados en la satisfacción de brindar una atención acorde a las necesidades del paciente en fase terminal.

Al poseer conocimientos, la vocación y el servicio se van arraigando en la conducta de los mismos. Consideran que cada aprendizaje positivo trae consigo un cambio de actitud y de conducta favorable hacia el paciente y hacia aquellos que lo rodean.

Evidentemente el profesional de enfermería en función de lo que conoce sobre los cuidados paliativos va a relacionarse e interactuar de forma diferente a aquel que no está orientado o preparado en relación a los mismos. En relación a los sentimientos internos o procesos mentales que lo predisponen puede sentir temor, amor, odio; los cuales anteceden a la conducta abiertamente manifestada por rechazo, receptividad, tolerancia, entre otros. (3)

La actitud tiene tres componentes esenciales: “cognoscitivo, emocional y conductual”, lo que supone que ésta, es una conjugación de creencias, sentimientos y hechos estrechamente relacionados, las cuales se complementan entre sí, siendo todas de igual importancia, porque resumen la experiencia previa y predicen o dirigen las acciones futuras. Ninguna de las dimensiones o componente de la actitud está aislada.

Por consiguiente, la actitud del profesional de enfermería es un aspecto fundamental de los cuidados paliativos, ya que constantemente interactúa con el enfermo, la familia y el equipo de salud; por lo tanto, su comportamiento y sentimientos deben estar dirigidos hacia la dignidad y respeto, considerando su dimensión humana, apoyándose para ello en el conocimiento técnico y científico, la experiencia profesional y los principios fundamentales de los derechos humanos y principios éticos. Sin embargo, los cuidados paliativos al paciente en fase terminal pueden verse limitados debido a la actitud que manifiesta el profesional de enfermería.

La actitud de los profesionales de enfermería se evidencia por el conocimiento y los sentimientos que estos tienen hacia el enfermo. Dicho de otro modo, la actitud que manifiesta el profesional de enfermería, obedece al conocimiento teórico adquirido a lo largo de su

formación, estos conocimientos ofrecen una base fundamental dentro de la proporción de los cuidados, por otra parte, los sentimientos reflejan la posición del profesional de enfermería ante determinada situación. (4)

Desde la formación, el profesional enfermero se siente comprometido con la vida, y es para la preservación de esta que deberá sentirse capacitado. Su formación académica está fundamentada en la cura, y en ella está su mayor gratificación. Así, cuando en su cotidiano trabajo, necesita lidiar con la muerte, en general, se siente sin preparación, y tiende a alejarse de ella.

Es preciso enfatizar que, la muerte al igual que el nacimiento, es un proceso biológico y psicosocial, en el que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en una secuencia gradual y silente que escapa a la simple observación. Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales de salud están continuamente enfrentados a la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella. Esto puede influir positiva o negativamente en su actitud.

La simple convivencia diaria con la muerte, no impide a los profesionales la expresión de malos sentimientos, por el contrario, es necesario que tengan mejor comprensión sobre este hecho, para que puedan sufrir menos, controlar las emociones y ayudar mejor a los pacientes y a sus familiares, a pesar de que la muerte forma parte de la vida y sea exactamente esta perspectiva la que va replantear la propia vida, hablar sobre el tema siempre asustó al ser humano, aun tratándose de profesionales de la salud, conscientes de la impotencia humana y de la propia muerte. (5)

En este sentido, la muerte o su proximidad generan amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad, siendo así que el personal de enfermería enfrenta con mayor frecuencia los decesos en pacientes que requieren de un acompañamiento en su proceso de enfermedad terminal; al suscitarse cada uno de estos fallecimientos este es sometido a una carga de estrés emocional y sentimental que le provoca diversos sentimientos.

También, los conocimientos teóricos y prácticos de las actividades y cuidados predisponen al profesional de enfermería a manifestar sentimientos favorables hacia la provisión de los cuidados paliativos, los cuales se pueden ver reflejados en la satisfacción de brindar una atención acorde a las necesidades del paciente en fase terminal. (6)

En consecuencia, para garantizar el cuidado de calidad a pacientes en fase terminal es necesario tener en cuenta que el profesional de enfermería debe tener competencias especiales, que han sido poco investigadas que sirvan de base para generar conocimiento más apropiado teniendo en cuenta de que se trata de un tema complejo y difícil de abordar sobre todo cuando no se cuenta con evidencia científica sobre actitudes en el cuidado de Enfermería, que ayude a explicar la intervención con este tipo de pacientes. (7)

Por tanto, los enfermeros (as) que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), deben proporcionar la atención necesaria, para lograr cuidados de calidad que brinda al paciente que se encuentra en fase terminal, y que la actitud tomada por estos debe ser la más idónea para brindar buenos cuidados, abarcando y poniendo en práctica los conocimientos que se tengan según el caso que sea

necesario, la conducta adquirida por parte de los mismos ante ciertas situaciones y los sentimientos reflejados al momento de ser implementados.

Frente a esta situación se planteó la siguiente interrogante: **¿Cuál es la actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca 2017?,**

EL **objetivo general** fue: evaluar y analizar la Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017.

Los **objetivos específicos** estuvieron orientados a:

- 1) Analizar las características sociodemográficas del Profesional de Enfermería que participó en el estudio.
- 2) Evaluar los criterios considerados por el Profesional de Enfermería para brindar los cuidados a pacientes en fase terminal
- 3) Evaluar las manifestaciones emocionales que se generan en el Profesional de Enfermería al realizar los cuidados al paciente en fase terminal
- 4) Evaluar la actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal.

En el ámbito hospitalario, con frecuencia el profesional de enfermería enfrenta situaciones de pacientes en fase terminal, razón por la cual se convierte en pieza clave de su entorno, convirtiéndonos en parte del proceso de duelo y como tal nuestro rol debe ser afectivo y respetuoso de las necesidades de la persona vista de modo integral; siendo importante tener en cuenta que el paciente en fase terminal presenta necesidades biológicas, espirituales y emocionales, que es preciso intentar satisfacer. El miedo al dolor moral (separación de seres queridos, incertidumbre ante el más allá, etc.) o físico, y al abandono en el peor sentido de la palabra, es decir, ser considerados durante sus últimos días como un desecho social, representa una gran fuente de angustias en los pacientes terminales.

Los cuidados proporcionan al enfermo en fase terminal calidad de vida y la máxima autonomía del enfermo y su familia, enfatizando los aspectos emocionales, espirituales, junto con el alivio del dolor, el sufrimiento y otros síntomas, el apoyo emocional y la comunicación que satisfaga los requerimientos y necesidades del enfermo, a fin de que contribuya a la calidad de su cuidado hasta el último minuto de vida.

El estudio se encuentra estructurado de la siguiente manera: **La Introducción:** el que contiene la definición y delimitación del problema, formulación del problema, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación. **Capítulo I: Marco Teórico,** que expone los antecedentes del estudio, las bases teóricas y las variables de estudio. **Capítulo II: Marco Metodológico,** que incluye el tipo de estudio, área de estudio, población y muestra de estudio, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad, procesamiento y análisis de datos, procesamiento para el análisis e interpretación de datos y los aspectos éticos. **Capítulo III: Presentación y Análisis de resultados,** que presenta lo resultados y la

discusión. **Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones.** Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES.

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos:

1.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL.

Paz Amalia, 2009, México, realizó un estudio titulado; “Actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma”; las conclusiones a las que se llegó fueron: “Referente a la dimensión cognoscitiva” arrojó: un 68% respondió “Nunca”, ante la afirmación, *pensar en la muerte es perder el tiempo*; un 68%, “Nunca”, ante, *las personas solo pueden pensar en la muerte cuando están viejos*; el 76%, “Siempre”, *reconoce a la muerte como un hecho inevitable donde día a día le ayuda a su crecimiento personal* y el 56%, “Algunas veces”, *el contacto frecuente con la muerte, les ha hecho verla como algo natural*. “Respecto a la dimensión afectiva”, determinó que, el 44% de profesionales considera “Igual, para Siempre y Nunca”, ante la afirmación, *después de la muerte van a encontrar la felicidad*; el 92%, “Nunca”, frente a *la muerte puede ser una salida a la carga de la vida* y el 60%, “Siempre”, *les conmueve enfrentar a las familias de los pacientes moribundos*. “Concerniente a la dimensión conductual”, prevaleció que el 48% afirmó, “Nunca” frente a, *temen a la posibilidad de contraer una enfermedad, que los conlleve inevitablemente a la muerte*; el 48%, “Nunca”, *piensan en la posibilidad de su propia muerte y por*

lo tanto no les genera ansiedad; el 56%, “Nunca”, se siente más cómoda (o) si la petición de cuidar un paciente moribundo proviene de alguien conocido; el 76%, “Nunca”, la muerte de un paciente los conlleva a un fracaso profesional.

Maza Maritza, Zavala Mercedes y Merino José, 2009, Chile, realizaron un estudio titulado “Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes”; las conclusiones a las que se llegó fueron: “Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” “... que es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes”. “También es de relevancia, mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas”.

Llanta María, Grau Jorge y Pérez Coralía, 2008, Cuba, realizaron una investigación titulada; “Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos”; las conclusiones a las que se llegó fueron: “Los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales de grupos

heterogéneos que se capacitan en cuidados paliativos difieren, esencialmente, de los profesionales estudiados anteriormente, ya que ofrecen menos respuestas defensivas ante su acercamiento profesional a la atención a estos enfermos; pero manteniendo respuestas relativamente evasivas, cargadas de temor y ambigüedad”. “En estos grupos predominan los componentes afectivo-emocionales en sus actitudes ante la muerte. Si bien, la capacitación recibida en cuidados paliativos de alguna manera se supone hayan influido favorablemente en sus componentes cognitivos (necesidad de atender estos enfermos, interés en conocer cómo pueden ayudarles, etc.)

1.1.2. A NIVEL NACIONAL

Álvarez Mantari Jenny, 2010, Lima, realizó una investigación titulada; “Actitud del Enfermero(a) hacia el Proceso de la Muerte de sus Pacientes en el Servicio de Emergencias de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”; las conclusiones a las que se llegó fueron: “... en cuanto a la *actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes*, 61,5% tienen una actitud de *indiferencia*, el 20,5%, se caracteriza por una actitud de *aceptación* y el 18%, manifiesta, *rechazo*”; “... acerca de la *intensidad de la actitud*, 48,2% tienen una *intensidad moderada*, 47,1%, *fuerte*, y 4,7%, *débil*”; por su parte, “*la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes*, 74,4% presenta una actitud de *indiferencia* en la dimensión del cuidado, antes de la muerte, 59%, después de la muerte; mientras que, un 28,2% tienen una actitud de *aceptación* después de la muerte”.

1.2. BASES TEÓRICAS.

En este punto de la investigación se extraerán en relación con el problema establecido, aquellos planteamientos teóricos que guardan relación con los objetivos formulados. Están conformadas por un conjunto de conceptos y proposiciones que constituyen un enfoque determinado con la finalidad de explicar el fenómeno o problema planteado.

1.2.1. ACTITUD.

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento. Poseemos múltiples actitudes (a favor o en contra del: aborto, del divorcio, de la pena de muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos, etc.) Todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social, a través de las distintas agencias de socialización. Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. Esto no significa que todas nuestras actitudes se modifican, ya que muchas de ellas son bastante estables y van a mantenerse, o a experimentar pequeños cambios, a lo largo de nuestra existencia, pero otras van a variar. La exposición a otra información, a otros grupos o nuestra experiencia personal pueden cambiar nuestras actitudes, así como proporcionarnos otras nuevas. Los profesionales de la salud continuamente estamos intentando o bien modificar actitudes o fomentar la adquisición de aquellas que benefician a la salud. Conocer nuestras actitudes, las de los pacientes y las familias que vamos a atender, y las variables que favorecen su cambio nos va a ser muy útil por tres motivos, principalmente: 1) Está demostrado que nuestras actitudes repercuten en la de nuestros pacientes, a través tanto de la comunicación verbal como no verbal, 2) Las actitudes de los pacientes están muy relacionadas con su salud y la adherencia a los

tratamientos y 3) Conocer las variables implicadas en el cambio de actitudes nos va a permitir proporcionar información más persuasiva y eficaz. (8)

a. Componentes de las Actitudes.

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales. Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible. (9)

En este sentido, se puede predecir o anticipar la conducta de la persona cuando se logra comprender el conocimiento y los sentimientos de éste hacia una situación determinada. Ahora bien, cada uno de los aspectos o dimensiones de la actitud tiene sus bases o fundamentos en lo que la persona aprende en lo cotidiano. (3)

1) Componente Cognoscitivo.

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información y conocimiento que se tiene sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor. Los objetos no conocidos o sobre

los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

En otras palabras, este componente afirma que las creencias que se han obtenido a través de la cultura cimentada en cada persona, determina la posición adoptada por el mismo, teniendo éste la habilidad de valorar cualquier objeto y circunstancia presente en su entorno. En primera instancia, el ser humano a través del conocimiento adquirido de determinada persona, objeto y situación, evalúa desde dos ópticas las cualidades que lo que beneficia o perjudica, esto lo va a motivar a aceptar o rechazar, acercarse o alejarse, siempre va a tener doble tendencia.

Cabe destacar que en cada persona el proceso cognitivo es totalmente diferente, ninguno es igual al otro. De allí la importancia de resaltar que la actitud es inestable y se puede modificar sabiendo que no se logra de un día para otro. Todas las personas tienen determinadas actitudes ante los objetos que conoce, y forma actitudes nuevas ante los objetos que a la vista son nuevos. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. (3)

Los indicadores de este componente son:

Creencias: En términos operativos es la acción de creer en un objeto o situación que se supone verosímil o que tiene para el individuo algo digno de ser creído. (10)

Valores: Son todos aquellos principios que le permiten a los seres humanos mediante su comportamiento realizarse como mejores personas; es decir son esas cualidades y creencias que vienen anexadas a las características de cada individuo y que ayudan al mismo a comportarse de una forma determinada. (11)

Conocimiento: Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. (12)

2) **Componente Afectivo.**

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones, que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

Por lo general el componente afectivo, se le considera como respuesta emocional que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Este componente se forma a través de los contactos que han ocurrido entre la persona y las circunstancias sean placenteras o desagradables.

Es decir, que el componente afectivo surge a través de una serie de procesos de asociación o condicionamiento entre los estímulos y efectos de recompensa o castigo. A partir de allí se generalizará la emoción asociada con la categoría a todos los reactivos que concuerdan con esta última. El conocimiento del objeto, persona o situación es lo que determina cual él es el sentimiento que se va a manifestar o el que va a predominar. Cuanto más se tenga conocimiento sobre la situación específica, más estable y precisa serán los sentimientos que expresa la persona. En este sentido se considera el componente afectivo de la actitud como el eje central y fundamental ya que está basado en procesos cognoscitivos y es un antecedente de la conducta. (3)

Los indicadores usados para medirlo son:

Sensibilidad: capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás.

Apatía: falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno.

Temor: sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.

Ansiedad: sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos. (2)

3) **Componente Conductual.**

Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera; es decir es el componente activo de la actitud.

El componente conductual o de tendencias a la acción indica la preparación de la persona para responder a un objeto. Así, si una persona cree que un determinado partido político es bueno y tiene fines nobles y deseables, es probable que esté listo, preparado. Para afiliarse al partido y darle su apoyo activo.

En síntesis, puede decirse que la materialización de la actitud se evidencia a través de la conducta que exhibe la persona en presencia de ciertos estímulos. Una vez que la persona conoce y ha formado una opinión sobre la situación, objeto o individuos lo lleva a la acción. Retomando lo dicho por el autor, las actitudes difieren considerablemente de una persona a otra en relación a la forma de expresarse a través de la conducta. (3)

Los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.

Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de

sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos.

Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida

Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana.

Indiferencia: Es un tipo de aislamiento, el cual se produce cuando el efecto asociado con la idea frustrante es bloqueado. La persona que usa el aislamiento como forma de actitud puede admitir intelectualmente sentimientos de frustración, pero se aísla por no experimentar emocionalmente dichos sentimientos. La separación puede ser física o mental y/o emocional.

Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce. (2)

b. Características.

Cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

- **La valencia o dirección,** es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo, puede ser favorable o desfavorable.

- **La intensidad**, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.
- **La consistencia**, es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes (el afectivo, el cognitivo y el reactivo) están acordes, la consistencia de la actitud será de máxima consistencia. (4)

c. Funciones de las Actitudes.

Las investigaciones han podido determinar al menos cuatro funciones de las actitudes:

- **Función adaptativa.**

En todas las culturas los seres humanos desarrollamos algunas actitudes positivas hacia aquellos objetos que son recompensantes y desarrollamos actitudes negativas frente a objetos castigadores, de modo que es difícil encontrar a un sujeto que tenga una actitud negativa frente a los padres, al contrario, tendrá una actitud positiva (puesto que ellos son un objeto recompensante, por el apoyo, la comprensión y el afecto que nos brindan). Obviamente la mayoría de los seres humanos desarrolla actitudes negativas frente a aquellos objetos de actitud que son castigadores (tal es el caso de la violación, el robo, el asesinato, etc.). De modo que muchas de nuestras actitudes nos sirven para adaptarnos al sistema de reforzamiento evitativo que impera en nuestra sociedad, es decir, vamos

a desarrollar simpatía por aquellos objetos aprobados por la cultura o subcultura y antipatía por objetos rechazados por la cultura o subcultura. Esto explica cómo las actitudes se desarrollan a partir del cumplimiento de una función adaptativa.

- **Económica.**

Un segundo grupo de actitudes se desarrolla a partir de una función económica. Es decir, a partir de una escasa información nos formamos una impresión respecto de un objeto de actitud, y, en consecuencia, emitimos una actitud favorable o desfavorable.

Este fenómeno es denominado “déficit cognoscitivo”, que se suple con la función económica, es decir, contando con escasa información logramos adoptar una actitud determinada que predispone una conducta.

- **Expresiva.**

Esta función nos permite desarrollar actitudes como una forma de expresión de nuestros valores. De modo que muchas de nuestras actitudes se desarrollan a partir de valores irrenunciables o trascendentales para nuestras vidas.

- **Defensiva.**

Esta función nos permite entender por qué razón a veces las personas se comportan anti actitudinalmente o contra actitudinalmente. Esta función tiene una fuerte influencia de las investigaciones psicoanalíticas. Lo que se ha descubierto en estas investigaciones es que cuando se observan expresión de actitudes extremas o exageradas, no tenemos en psicología

otro paradigma para explicarlas sino es a través de las posturas psicoanalíticas. (4)

1.2.2. ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN.

La Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuya esencia es el respeto a la vida y el cuidado del ser humano; correspondiéndole para ello, realizar el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales. La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de nuestra profesión y constituye un modo de ser.

Simas R. (2008) apunta como elementos distintivos de las profesiones: 1) la autonomía, 2) la pericia profesional, 3) el control de la práctica y de la profesión, este autor es citado por Larbán Vera (2009) en “Ser cuidador; el ejercicio de cuidar” con respecto a las características de la profesión de enfermería, en el cuidar, donde la empatía e intersubjetividad son los elementos principales. Características que coinciden en lo sustancial con las propuestas de organismos de prestigio como el Coles Nursing Británico y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Es decir, que la enfermería como profesión hay que analizarla desde dos perspectivas; la primera, los cuidados de salud de las personas, como centro de interés y dominio disciplinar y, la segunda, desde el estudio de su práctica, y los aspectos que han influido en ella, reflexionan sobre la integración del rol en la práctica y afirman que: “ninguna profesión logra su auténtico desarrollo si no documenta su actividad y profundiza en el conocimiento científico”. (Francisco del Rey, 2008)

1.2.3. RELACIÓN ENFERMERA(O)-PACIENTE.

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas, y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo. Se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería la receptora de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su internamiento y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, en un ambiente tranquilo, cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera.

Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad. Siendo la comunicación una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad.

Las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Cuidados personalizados con especial hincapié en la relación enfermera-paciente, para fortalecer esta relación es necesario que la

enfermera desarrolle las habilidades específicas relacionadas con las patologías de los pacientes; así mismo, con ellos se mantendrá actualizada, obtendrá conocimiento y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación con el paciente. Para conseguir una buena relación es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia, para ayudarla a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción, y pueda ser percibida por el paciente como un profesional totalmente involucrado, evitando quejas y expresiones como: “ni siquiera me puso atención” o “se mostraba indiferente a lo que yo le transmitía”. Así mismo, la comunicación con el paciente propiciará una relación de ayuda con cuidados holísticos a cada uno de los pacientes. (13)

Por su parte, el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, en su Capítulo I: Artículos 10 y 11, establecen que: “La enfermera(o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que la ley establece”; así mismo, “La enfermera(o) debe proteger el derecho de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno”. Por lo tanto, podemos dar información referente a todas las actuaciones de las cuales somos responsables, sobre lo que tenemos conocimiento, la habilidad y la destreza para su desarrollo, es decir, en las que somos competentes. El objetivo principal del proceso de informar es establecer una relación de confianza o una relación terapéutica para mejorar la atención de los familiares, siendo por tanto un deber de la enfermería.

La segunda meta internacional es mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente.

1.2.4. EL CUIDADO EN ENFERMERÍA

CONCEPTUALIZACIÓN DE CUIDADO

A. FLORENCIA NIGHTINGALE.

Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir.

En su libro *Notas de enfermería* (1859/1990), Nightingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo “Teoría de enfermería del medio ambiente”. Aun cuando en sus escritos no se encuentra mencionado directamente el proceso de interrelación enfermera-paciente, se puede identificar que lo considera parte del mismo ambiente, haciendo énfasis en que la observación, el interrogatorio y la información son el foco de este proceso de interrelación. (14)

B. VIRGINIA HERDENSON, 1978.

Clarifica la función de cuidar en enfermería como "ayudar al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación (o a proporcionar una muerte apacible y tranquila), que sin duda el sujeto llevaría a cabo él solo si dispusiera de la fuerza necesaria y de los indispensables conocimientos, debiendo desempeñar esta función de tal manera que le ayude además a lograr absoluta independencia cuanto antes." (15)

C. MADELEINE LEININGER (1978; 1980).

Enfermera y antropóloga, quien a finales de los años 70 inicio un estudio sistemático del término, presentando diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero donde el objetivo de su cuidado es identificar los actos de cuidado presentes, explícita o implícitamente, en las creencias, valores y prácticas de los distintos grupos culturales, para distinguir qué actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuales son universales. Para ella los cuidados profesionales de enfermería son definidos como: "Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte". Menciona que los cuidados genéricos tienen acciones que suponen un interés y una implicación emocional para el bienestar del otro

considerándolas como, acciones básicamente intuitivas; sin embargo, este cuidado es la base del cuidado profesional. (15)

D. JEAN WATSON, 1985.

Define a la enfermería como una ciencia humana a la que ha denominado “ciencia del cuidado”; ella considera los siguientes aspectos filosóficos para el estudio de la enfermería:

- 1) La enfermería visualiza a los seres humanos como sujetos de experimentación.
- 2) El ser humano se encuentra en continua y estrecha interrelación con su medio ambiente.
- 3) La salud es un proceso.
- 4) El cambio es continuo; la enfermera y la persona son coparticipantes.
- 5) Preocupación por la salud de los individuos y sus grupos.
- 6) El cuidado se da en una transacción de cuidado de humano a humano (enfermera-persona). (14)

E. CALLISTA ROY, 1986.

"El cuidado de enfermería tiene como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida y ayudarle a alcanzar un estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos." (15)

F. COLLIERE, 1993.

Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo, el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.

Con la revisión de la evolución del cuidado de enfermería, hasta la fecha podemos identificar como características actuales del cuidado de enfermería las siguientes: Su naturaleza de cuidado es la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud, dejando de lado lo que hasta ahora ha sido visto como el eje del trabajo de enfermería y por muchos como el área que daba sustento al arte de la misma, por considerar el uso de las manos elemento indispensable para su ejecución, refiriéndome específicamente a la realización de técnicas y procedimientos (como las tan conocidas aplicación de inyecciones, sueros, sondas, etcétera) que hoy son concebidas solo como un tipo más de la tecnología para el cuidado, a aplicarse estrictamente en las situaciones de enfermedad. Los sujetos de cuidado son el individuo y sus grupos sanos o con alguna alteración de la salud; sus componentes son los conocimientos derivados de la ciencia y los elementos derivados del arte que

son necesarios para establecer una relación interpersonal con el individuo al que se cuida, identificados como:

- Intencionalidad.
- Preocupación.
- Empatía.
- Libertad.
- Opción.
- Responsabilidad.
- Respeto.

La conjunción de estos elementos dentro de la complejidad de la relación enfermera-persona cuidada convierten el cuidado en un acto de vida de dos personas en interacción; es acto de vida para ambos, porque en nuestra interrelación con el otro no nos abstraemos de nuestro propio curso de vida, sino que, siendo parte de ella, influimos recíprocamente el acto de cuidar.

(14)

El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión: “el arte de la enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera usuario como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual un sinnúmero de trabajos realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado, trabajos en los que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el

buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- 1) El involucramiento de la enfermera con el usuario.
- 2) El contacto físico.
- 3) La escucha.
- 4) Las vivencias compartidas.
- 5) El acompañamiento.
- 6) La información para el mejoramiento del autocuidado.
- 7) Ayudar a crecer como ser humano.
- 8) La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

(14)

COMPONENTES DEL CUIDADO HUMANO.

Mayeroff (1971) describe ocho componentes del cuidado, que no deben de faltar pues es necesario en la persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el paciente se sienta satisfecho del cuidado recibido, así como ella misma.

Los principales componentes del cuidado según este autor son:

- **Conocimiento:** Para cuidar de alguien, se debe conocer muchas cosas. Se necesita conocer, por ejemplo, quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuales sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

- **Ritmos alternados:** No se puede cuidar apenas por hábito; se debe ser capaz de aprender a partir del pasado. Se ve cuantos comprenden las acciones, si se ayudó o no, y a la luz de los resultados, se mantiene o modifica el comportamiento de poder ayudar mejor al otro.
- **Paciencia:** Es un componente importante del cuidado; dejar al otro crecer en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa respeto por el crecimiento del otro.
- **Sinceridad:** Al cuidar del otro, se debe ver al otro, cómo es él y no como debería de ser. Si se va ayudar al otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver el cómo es él, uno debe interiorizar y ver si se es sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado
- **Confianza:** Implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confía en que él va errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.
- **Humildad:** El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre si mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está

presente al tomar conciencia de que al cuidado específico no es de forma alguna predilegiado.

- **Esperanza:** Existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.
- **Coraje:** Confiar en el crecimiento del otro y en la capacidad de cuidar da coraje para lanzarse a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarse a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuando mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar. (15)

ELEMENTOS QUE PARTICIPAN EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO DE CUIDADO EN ENFERMERÍA.

Identificar el trabajo de enfermería, requiere identificar los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería, considerando a: los conocimientos científicos, la tecnología, el humanismo que integra las creencias y los valores sobre los que se basa la prestación de los cuidados de enfermería.

1) **Los Conocimientos Científicos:** La adquisición de competencias que caracterizan una profesión se desprende de un conjunto de conocimientos organizados. La adquisición de competencia profesional requiere pues, un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia es decir de un saber conocer.

Hay que considerar dos aspectos con respecto a los conocimientos:

- **Fuente de conocimientos utilizadas:** La profesión de enfermería se basa varias disciplinas como la biología, la demografía, la psicología social, la antropología cultural, la sociología, la economía, etc; no obstante, a partir de la década de los cincuenta en enfermería se empezó a elaborar teorías que explican los fenómenos que ocurren en ésta otorgándole sustento a la práctica.
- **Modo de organización y utilización:** El método es lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización. Utilizándose en enfermería el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) un método científico lógico sistemático, constituido por cinco pasos denominados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- **Tecnología:** Los avances en la ciencia y la tecnología afectan el ejercicio de la enfermería. Por ejemplo, la amplia propagación de la vacunación contra la poliomielitis disminuyó la morbilidad de la propagación de esa enfermedad y la necesidad de cuidados de enfermería especializados. Al ampliarse los conocimientos médicos y

de enfermería, las enfermeras adquieren conocimientos y técnicas cuando se adaptan a satisfacer las nuevas necesidades del cliente. Sin embargo; también por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir, de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

- **Humanismo en Enfermería:** por ser el sujeto de atención del "cuidado de enfermería", la persona, es necesario conocer todas sus dimensiones (biopsicosocial), sus creencias y sus valores que conforman su saber ser.

El humanismo según Kozier (1992) menciona que es una preocupación por los atributos humanos por aquellas características que se consideran humanas. Algunos de estos atributos son universales, esto es, existen en todas las culturas. Ejemplos de conductas humanistas son la empatía, la compasión, la simpatía hacia las demás personas y el respeto por la vida.

Según Mónica en 1985, a enfermera que adopta un enfoque humanista en el ejercicio de la enfermería tiene en cuenta todo lo que sabe sobre la persona: pensamientos, sentimientos valores, experiencias, gustos, deseos, conducta y cuerpo. Este enfoque humanista, se caracteriza por la comprensión y la acción. La comprensión requiere de capacidad de escuchar a otro y de percibir los sentimientos de esa persona. La acción requiere la capacidad de

responder a otro con sinceridad y cariño para promover un bienestar óptimo. (15)

1.2.5. PACIENTE TERMINAL.

La agonía por la que pasa el paciente terminal se ha definido como: “El estado que precede a la muerte, en aquellas situaciones en que la vida se extingue gradualmente”.

Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte. La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo en fase terminal el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Se entiende por paciente terminal, según la OMS, paciente en agonía y/o moribundo es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Necesidades del Paciente Terminal.

a) Dimensión Fisiológica.

1. Respiración.

Cuidados ante la aparición de disnea

- Elevar el cabecero de la cama (30-40°).
- Administrar tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos.

- Evitar que la familia forme un círculo cerrado sobre el enfermo.
- Evitar presión torácica o abdominal con la ropa de cama y/o camisón o pijama.

Cuidados ante la aparición de secreciones:

- Aspirar las secreciones abundantes y localizadas en la orofaringe. La aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta para el paciente.
- Colocar al paciente en la postura adecuada (decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada) que haga menos audibles las secreciones.
- Comunicar al facultativo la aparición de secreciones a fin de disminuir la fluidoterapia si procede.
- Mantener una higiene bucal adecuada y retirar manualmente las secreciones cuando sea necesario.

2. Alimentación.

- Administrar dieta en función de su nivel de conciencia, retirándola si fuera necesaria para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- Identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese) y comunicarlo al facultativo correspondiente para hidratación intravenosa con fluidos si procede.

3. Eliminación.

Cuidados ante la aparición de incontinencia:

- No suele estar indicado el sondaje vesical, excepto cuando la frecuencia de cambio de absorbentes para adultos incontinentes ocasiona más molestia que el producido por dicha técnica.
- Si existen fugas fecales proceder al cambio de absorbentes adaptándolo al estado del paciente.

Cuidados ante la aparición de retención:

- Si el paciente está agitado valorar la presencia de globo vesical y, si procede, realizar sondaje evacuador, valorando su permanencia.

Cuidados ante la aparición de emésis:

- Evitar broncoaspiración de contenido gástrico con medidas posturales adecuadas (decúbito lateral derecho si es posible).
- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- En caso de que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente.

4. Movilización.

- Siempre que se pueda, intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados, teniendo en cuenta:

comodidad, postura preferida y presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad.

5. Reposo-Sueño.

- Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y limitar el número de visitas respetando las decisiones familiares.
- En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno.
- En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación.

6. Higiene/Estado de la piel.

Cuidados bucales en pacientes con bajo nivel de conciencia:

- En el enfermo agónico se presenta una alteración multifactorial de la boca, originando numerosos problemas entre los que destaca la sequedad, siendo su manejo más eficaz con cuidados locales que la hidratación con sueros. El objetivo primordial es prevenir el dolor y fomentar el bienestar.
- Realizar la higiene con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa o dedo protegido con guante.

- Finalizar la higiene limpiando labios y comisuras hidratándolas con vaselina (contraindicado si el paciente esta deshidratado o en tratamiento con oxigenoterapia).
- Para disminuir el dolor oral se puede utilizar Lidocaína viscosa al 2% (según prescripción).
- Las prótesis dentales se retiran, guardándose en un recipiente, debidamente etiquetadas.
- Prestar adecuada atención a la limpieza de las fosas nasales para mejorar la respiración y aliviar la sequedad.

Cuidados de los ojos:

- Intentar mantener los ojos limpios e hidratados con suero fisiológico y gasas humedecidas.
- Si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

Úlceras por presión:

- Mantener la piel seca e hidratada, aplicar placas hidrocoloides y/o protecciones en prominencias óseas, si son necesarias y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras.

- Prestar especial atención a aquellos dispositivos que pueden aumentar la aparición de úlceras por presión (sonda nasogástrica, sondas vesicales, ropa ajustada, etc.)

7. Temperatura.

En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas ya que provocan malestar al paciente. En caso necesario aplicar medicación antitérmica prescrita.

8. Seguridad.

- El estado confusional es frecuente en el enfermo agónico (hasta el 80%). Es de origen multifactorial. Usar tratamiento farmacológico evitando, en lo posible, las restricciones mecánicas.
- En la sedación de estos pacientes se tiene en cuenta la opinión manifestada por el paciente y en su defecto por la familia.
- Evitar en lo posible la colocación de barandillas por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente y familia. Durante el reposo-sueño se pueden usar, para prevenir caídas accidentales. (4)

b) Dimensión Espiritual.

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente.

Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera.

Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, especialmente en las de cuidado crítico. Siendo el hospital el lugar habitual de residencia de los enfermos graves o en el final de su vida, hemos ya mencionado cómo el personal de enfermería se ha visto confiar el cuidado de los pacientes según una cercanía global, física, emocional, espiritual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), 1968, publicó una guía para la dotación de un hospital con personal de enfermería. Margarita Paetznick abordaba las necesidades espirituales en el cuadro del confort psicológico: en este campo, el rol del personal de enfermería consistía en «ofrecer al enfermo la posibilidad de recibir la asistencia del ministro de su culto, de tener acceso a libros u objetos religiosos susceptibles de apoyo en la prueba".

En otro documento de la OMS, 1969, afirma que respetar las necesidades espirituales de los enfermos y asegurar que puedan satisfacerlas en todas las circunstancias hace parte de los cuidados de enfermería de base.

Las formas de respuestas del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades espirituales frente al paciente en fase terminal incluyen el Indagar sobre las creencias religiosas del paciente, establecer un contacto con el guía espiritual del paciente (pastor, sacerdote, etc.), acompañar y/o facilitar las prácticas religiosas, interpretar el dolor espiritual y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento, el personal sanitario debe atender estas necesidades y/o consultar con personal especializado en esta área o con el capellán. Asimismo, debe facilitar la expresión de la religiosidad en un ambiente adecuado.

El objetivo de la asistencia espiritual, junto a los cuidados físicos y la asistencia a los familiares, es ayudar a quien sufre a dirigir y a llevar adelante en la enfermedad su proyecto de persona en todo momento. Nuestra actuación se desarrollará dentro del máximo respeto a las creencias del enfermo y a su deseo de ser ayudado o no en todas o algunas de las necesidades espirituales que se han mencionado anteriormente. Para un adecuado apoyo espiritual, desde una actitud de humildad y respeto, conviene:

- Escuchar antes que hablar.
- Comprender antes que convencer.

- Aceptar antes que imponer. (4)

c) Dimensión Psicoemocional

- Adopta una posición de escuchar.
- Lograr el contacto visual con el paciente si es posible.
- Cuida la expresión facial.
- Procurar momentos de silencio.
- Tiene un adecuado tono de voz.
- Establecer contacto visual si es posible la persona.
- Acoger la pena y estimule la expresión de sentimientos.
- Facilitar el contacto con el familiar.
- Proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo.
- Considerar la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado importante y no como una sobrecarga de trabajo.
- Mantener la comunicación verbal con el paciente moribundo mientras se realizan los cuidados de enfermería.
- Cuidar al paciente moribundo con el mismo respeto que se les brinda los demás pacientes. (4)

1.2.6. CUIDADO HUMANIZADO.

El ser humano tiene numerosos matices dentro del marco de su existencia, en toda época momento o circunstancia requiere del cuidado. Cuidar es preservar, asistir ayudar a un individuo, concernirse en él para mejorar sus condiciones no solamente de salud, sino de manera integral.

Cuidar también significa “conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse involucra, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo”. (16)

El cuidado es, “una forma de expresión, relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente”. Como “una actitud fundamental, un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud”. Por esta razón, somos seres sociales por excelencia, debido a que es crucial, necesario el aporte que suministre la familia, amigos, vecinos cercanos u organismo de salud, que poseen capital humano preparado y formado.

La teoría del cuidado de Watson describe varias definiciones del cuidado, el cuidado puede ser demostrado de manera afectiva y practicado de forma interpersonal. Consta de factores que pueden satisfacer las necesidades humanas. El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento del individuo y la familia. Además, un entorno de cuidados ofrece el desarrollo del potencial

mientras permite a una persona elegir la mejor acción en un momento concreto, es decir, el cuidado cuando es positivo mejora la situación de salud del paciente y por ende las condiciones anímicas de la familia, además desarrolla un potencial en el profesional de Enfermería para tomar la decisión más asertiva a la hora de brindar cuidados. El cuidado es de igual de importante que la curación, la práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico con el conocimiento de la conducta humana para generar y promover la salud y ayudar aquellos que estén enfermos. La ciencia del cuidado y la ciencia de la curación no se excluyen una de otra. La práctica es fundamental para la enfermería, el cuidado conlleva a una responsabilidad de la enfermera con respecto al problema del paciente con respecto a estas últimas definiciones son las más aceptadas, debido que la recuperación del paciente depende en gran parte de los cuidados de enfermería, sobre todo en la unidad de cuidados intensivos UCI, donde se trabaja con paciente total o parcialmente dependiente de cuidados del Profesional de Enfermería para mejorar las condiciones de salud de estas personas enfermas, por lo que la enfermera tiene un alto compromiso con el paciente, los familiares, con el servicio y consigo mismo. (17)

Para entender al hombre, a la persona sana o enferma, en cualquiera de sus esferas se brinda la asistencia para procurar mejorar al individuo, entendiéndose el cuidado humano como; “ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tiene consecuencias importantes para la civilización humana”. Partiendo de esta definición el cuidado humano, es aquel que involucra, la vocación, los

conocimientos, espiritualidad, responsabilidad, moral, ética y nuestra esencia como congéneres, para asistir a cada persona. El cuidado humano es holístico, por tal razón al momento de brindarlos, se debe considerar cada persona con problemas de salud individualmente, dado que, todos no tienen las mismas necesidades, dolencias, intereses, credos, cultura, entre otros. (19)

El cuidado humano ha sido identificado como el núcleo de la formación y ejercicio del profesional de enfermería, centrado en la persona, en su continua salud-enfermedad, desde la concepción hasta la muerte, en la familia y los grupos poblacionales.

Por otra parte, Leininger, hace referencia a los cuidados transcultural “es proporcionar cuidados que sean coherentes con los valores, creencias y las prácticas culturales”. Define los cuidados culturales, como aquellas herramientas que le facilitan a enfermería el cuidado de cada individuo, para mejorar sus condiciones, enfrentar la muerte o a la discapacidad.

Por su parte, Watson la precursora del cuidado Humano, en su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de Enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son, sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación.
- El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

Sin duda alguna, existe una serie de aspectos que caracterizan el cuidado humano, que son condiciones necesarias y suficientes para que se llegue a realizarse de forma positiva. Solo puede haber cuidado humano verdadero, cuando hay empatía, responsabilidad, moral, conocimiento, ética, espiritualidad, humildad por parte de cada profesional de enfermería como se ha mencionado anteriormente. (20)

En este mismo orden de ideas, se describen algunas características que son consideradas como esenciales para brindar cuidados humanizados y se definen como:

- **Empatía:** Es la esencia de ser humano, es colocarse en el lugar de otro. Es entender, percibir e identificarse con lo que siente el paciente, el grupo familiar, entre otros.
- **Responsabilidad:** Ser consciente de los actos y responder a los mismos, a la hora de brindar cuidados al individuo enfermo y en todos momentos que desempeñe rol como profesional, como persona, madre, padre y compañero entre otros.
- **Moral:** Si la forma de actuar de un profesional no es la más adecuada, se coloca en duda que pueda dar un cuidado de calidad. Por tal motivo la moral son costumbres, conductas o reglas no jurídicas de cada individuo y es esencial para el cuidado.
- **Conocimiento:** Es de suma importancia ya que es toda información (formal e informal), que obtenemos y comprendemos durante todo el proceso de formación como profesional y a lo largo de nuestra práctica, para dar un cuidado, acorde, eficaz y eficiente a cada individuo o paciente.
- **Ética:** A la hora de actuar tenemos nuestros límites que están dados por un conjunto de principios y normas que rigen y regulan las actividades humanas y nuestra profesión, es decir la ética, lo cual permite brindar un cuidado justo a cada paciente.

- **Espiritualidad:** Es comprender a cada individuo desde el punto de vista cuerpo, alma y espíritu, respetando las creencias o religión de cada persona.
- **Humildad:** Es ser sencillo, a la hora de trato directo con el paciente, familiares y demás compañeros. Esta característica hace ganar la confianza con respecto a la relación enfermera/paciente y facilita el cuidado. (18)

Por lo tanto, el cuidado es el motor que mueve a enfermería en el día a día laboral y va engranado con la recuperación del paciente. A nivel preventivo está representado en mejorar de la calidad de vida, en la procura de prácticas sanitarias, reducción de los índices de morbi-mortalidad.

1.2.7. AUTOCUIDADO.

Para hablar de autocuidado es imprescindible el reconocimiento de estar en riesgo, y reconocer la situación de riesgo es a su vez aceptar la condición de vulnerabilidad. “El término vulnerabilidad encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano”.

“El ser humano es, por tanto, vulnerable y frágil por su misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar, de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no sólo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros, al daño derivado de la relación con otros”. (19)

El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades. (20)

De manera similar, Orem lo define como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. (21)

De acuerdo con ello, y parafraseando al profesor Juan Pablo Beca (2004): “El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas, como carácter o virtudes personales ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación”. El Autocuidado, por tanto, “no es una actitud azarosa ni improvisada, sino que es una función reguladora que las personas desarrollan y ejecutan deliberadamente con el objeto de mantener su salud y bienestar”. (22)

El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud, OMS, 2008.

1.2.8. DOLOR.

Definir el dolor, a pesar de ser una vivencia universal, ha sido difícil. Ya que se trata de un proceso complejo, multidimensional y subjetivo, por ello, durante mucho tiempo ha constituido un auténtico desafío.

Se han propuesto gran número de definiciones del dolor lo cual refleja la enorme dificultad para encontrar una definición exacta.

El término dolor es definido en la última Edición (2da.) del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y también como «un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo».

Melzack y Cassey, definen el dolor como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa).

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño».

1.3. ARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE.

Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados paliativos brindados a pacientes en fase terminal.

Definición Conceptual.

Son estados mentales de disposición que se organizan gracias a la experiencia y ejercen influencias específicas sobre las respuestas de una persona a las otras, los objetos y las situaciones con las que están relacionadas.

Definición Operacional.

Es la disposición favorable o desfavorable del profesional de Enfermería en la ejecución de los cuidados paliativos hacia el paciente en fase terminal, la cual se expresa en tres componentes: cognoscitivo; lo que sabe sobre estos cuidados, afectivo; los sentimientos que le genera el cuidado paliativo, conductual, lo que estaría dispuesta a hacer para proporcionar cuidados paliativos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE. (ANEXO 01)

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de enfoque cuali-cuantitativo y de tipo descriptivo de corte transversal porque permite presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

2.2. REA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Cajamarca, en el que laboran 17 Profesionales de Enfermería distribuidos en 3 por cada turno, donde se atiende a pacientes en grado de dependencia III y IV con diferentes patologías. El Hospital es de Categoría II-2 pero, funciona como uno de nivel III-1 ya que la oferta de servicio es de alta complejidad y cuenta con varias especialidades médicas.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO.

La población está constituida por 17 Profesionales de Enfermería, pero la muestra de estudio estuvo conformada por 10 enfermeras(os) que laboran en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Cada uno de los Profesionales de Enfermería que labora en el servicio de la UCI del Hospital Regional de Docente de Cajamarca.

2.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.5.1. Criterios de Inclusión.

- Profesional de Enfermería que labore en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Cajamarca, con no menos de 1 año de antigüedad.
- Profesional de Enfermería de ambos sexos, nombradas y contratadas.
- Profesional de Enfermería que acepte participar en el estudio.

2.5.2. Criterios de Exclusión.

- Profesional de Enfermería de vacaciones y/o licencia por maternidad o enfermedad.
- Profesional de Enfermería que se encuentre desempeñando funciones administrativas.

2.6. TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para este estudio, se utilizó como método para la recolección de datos la técnica de encuesta basada en la escala de Medición de Actitud de Likert, que corresponde a Rensis Likert con el nombre de “Método de Evaluaciones sumarias”, aplicada en un cuestionario de selección múltiple que consta de cinco opciones:

ALTERNATIVA	OPCIONES
- Totalmente de acuerdo (TA)	5
- Parcialmente de acuerdo (PA)	4
- Indeciso (I)	3
- Parcialmente desacuerdo (PD)	2
- Totalmente desacuerdo (TD)	1

Las calificaciones correspondientes a cada alternativa se señalan a continuación:

ALTERNATIVA	Calificación de acuerdo a la tendencia	
	POSITIVA	NEGATIVA
- Totalmente de acuerdo (TA)	5	1
- Parcialmente de acuerdo (PA)	4	2
- Indeciso (I)	3	3
- Parcialmente desacuerdo (PD)	2	4
- Totalmente desacuerdo (TD)	1	5

El instrumento de recolección de datos consta de tres partes (Anexo 02): la primera identifica el instrumento con el título, fecha, objetivo e instrucciones generales; la segunda parte contiene los datos sociodemográficos del encuestado; y la tercera parte conformada por 39 afirmaciones para que el profesional de enfermería responda de acuerdo con la escala de valores que considere.

A cada opción, de las afirmaciones que componen el instrumento de recolección de datos le corresponderá, un valor numérico determinado, el cual será:

- a) Para las afirmaciones positivas, los ítems n°: 1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 39.
- b) Para las afirmaciones con sentido negativo, los ítems n°: 2, 3, 4, 5, 6, 13, 14, 15, 16, 22, 24, 31, 32, 33, 34, 35, 37 y 38.

Siendo así, que las afirmaciones contenidas en el instrumento miden la actitud del encuestado en sus tres componentes: cognoscitivo, afectivo y conductual.

A continuación, se presenta el tipo de componente al cual corresponde cada ítem del instrumento.

Componente	Ítem	Total de ítems
Cognoscitivo	3,5,7,10, 17, 19, 21, 23, 25, 32, 35, 36	12
Afectivo	2, 4, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 26, 27, 30, 39	14
Conductual	1, 8, 18, 20, 22, 24, 28, 29, 31, 33, 34, 37, 38	13
	TOTAL	39

La regla de medición para interpretar la escala es la siguiente: A mayor puntaje, la actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda al paciente en fase terminal en el Hospital Regional Docente de Cajamarca será favorable y, a menor puntaje, la actitud será desfavorable; los puntajes intermedios, expresan una actitud medianamente favorable o desfavorable. Los ítems fueron distribuidos en proporción aproximada en cada uno de los tres componentes o dimensiones de la variable actitud para que todos los indicadores estuvieran representados en el instrumento.

Por el número de afirmaciones de la encuesta el puntaje máximo que se puede obtener es de 195 y el mínimo de 39.

Se establecen 4 categorías para el análisis:

1. Actitud favorable en el desempeño profesional: entre 125 y 195 puntos
2. Actitud medianamente favorable en el desempeño profesional: entre 98 y 124 puntos
3. Actitud medianamente desfavorable en el desempeño profesional: entre 39 y 98 puntos
4. Actitud desfavorable en el desempeño profesional: < 39 puntos

2.7. PROCESAMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Posterior a la validación del instrumento se solicitó el respectivo permiso a la Unidad de Cuidados Intensivos, con el fin de aplicar el instrumento para la recolección de información.

La investigadora primeramente obtuvo el consentimiento informado (Anexo 02) de cada una de las enfermeras (os), luego se entregó las encuestas a cada uno de ellas (os) personalmente, en su puesto de trabajo para garantizar la eficiencia del proceso.

2.8. PROCESAMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Los datos fueron procesados en una base de datos Excel, luego haciendo uso de la estadística descriptiva se procedió a elaborar cuadros estadísticos, que evidencian el comportamiento de la variable estudiada, los mismos que fueron interpretados y analizados a la luz del marco empírico y teóricos.

2.9. CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo tuvo como sustento, los siguientes aspectos éticos:

Principio de respeto: Comprende el derecho a la autodeterminación y el derecho irrestricto a la información. Las (os) participantes de estudio decidieron libremente participar o no en la investigación.

Consentimiento informado: Es importante tanto para el investigador como para el informante, se dio a conocer: los objetivos, la metodología y los instrumentos que se utilizó, se aclararon algunas dudas que se presentaron durante su aplicación, se les aseguró tutelar la confidencialidad de la información brindada, asegurándoles que serán utilizados sólo con

finés de investigación. Los enfermeros aceptaron participar luego de la informaci3n brindada (Anexo 02).

Principio de justicia: Los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto, sin perjuicios, sin discriminaciones; los acuerdos establecidos fueron cumplidos por el investigador.

Principio de beneficencia: Es el principio moral que otorga obligatoriedad a dichas acciones, se tuvo presente el bienestar de cada uno de los participantes en todo momento.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente capítulo se reportan los resultados obtenidos, en consonancia con los objetivos propuestos, sintetizados y agrupados en función de la variable Actitud del Profesional de Enfermería ante los Cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Los datos obtenidos se presentan en cuadros estadísticos de frecuencia absoluta y porcentual de acuerdo a las dimensiones de la variable.

CUADRO 1. Características Sociodemográficas del Profesional de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N	%
Edad		
20 a 30	1	10
31 a 40	2	20
41 a mas	7	70
Sexo		
Hombre	1	10
Mujer	9	90
Tiempo de servicio		
1	2	20
2 a 5	4	40
6 a mas	4	40
Especialidad		
Si	9	90
No	1	10
Total	10	100

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

En cuanto a las características sociodemográficas de las unidades de estudio, el cuadro muestra que: 70% de las enfermeras (os) del servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca, tienen más de 41 años de edad, y los restantes de 40 a menos; referente al sexo 90% son mujeres; de acuerdo al tiempo de servicio en UCI, 80% tienen más de 6 años en dicha área, y lo restante un año; 90% tienen especialidad en Cuidado de Pacientes críticos.

De acuerdo a los estándares establecidos por el Colegio de Enfermeros del Perú, según el cual una enfermera (o) Intensivista debe:

- Poseer un conocimiento y experiencia marcada para el manejo de los pacientes críticos en constante capacitación para utilizar equipos, diagnósticos y terapéuticos.
- Tener un nivel de preparación óptimo que permita el manejo en una forma científica de todas las fallas multiorgánicas que presentan los pacientes críticos.
- Ser un profesional que ha egresado de los cursos debidamente acreditados, responsable con capacidad de decisiones dentro del equipo de salud, brindando una atención oportuna de calidad integral al individuo críticamente enfermo.
- La atención del Paciente Crítico es responsabilidad del equipo multidisciplinario con características especiales, con el objetivo primordial de conservar la salud. La Enfermera constituye la figura clave, tiene el más íntimo contacto con las necesidades del paciente.
- Ser capaz de atender al enfermo crítico con alteraciones fisiopatológicas, potencialmente letales y reversibles.
- Agudeza auditiva, capacidad para discernir los diferentes sonidos.
- Tener gran destreza manual.
- Soportar de forma reiterada situaciones desagradables.
- Poseer buena coordinación visomotora.
- Captar con rapidez señales procedentes de los distintos equipos.
- Poseer la capacidad para establecer relaciones adecuadas con el paciente, familiares y personal asistencial.
- Mantener autocontrol emocional ante cualquier situación.

- Tener adecuadas convicciones morales, políticas ante el trabajo y la vida.
- Expresarse verbal y escrito en forma clara y precisa.
- Ser cuidadoso en la protección y conservación de los equipos.
- Motivación hacía la profesión.
- Buena capacidad de observación.
- Mostrar una actitud crítica y autocrítica.
- Tener buen estado de salud general
- Mostrar seguridad en todas sus acciones.
- Tener una actitud consecuente ante el sentido del deber.
- Capacidad para tolerar el grado de fatigabilidad propio de la actividad.
- Poseer grandes habilidades prácticas.

Por lo tanto, se podría afirmar que el área de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca cuenta con un staff de Profesionales de Enfermería calificado y con las competencias que garanticen la atención de calidad a los pacientes que se encuentran en este servicio.

CUADRO 2: Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en su componente Cognoscitivo en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017.

Componente Cognoscitivo	N	%
Medianamente Favorable	99	82.5%
Desfavorable	21	17.5%
Total	120	100%

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

El resultado expresado en el presente cuadro, se observa que: 82.5% del profesional en Enfermería, tienen una actitud **medianamente favorable** ante los cuidados que brinda a pacientes que se encuentran en fase terminal, en su componente **Cognoscitivo**; mientras que, 17.5% tienen una actitud desfavorable. Esto evidencia que, el profesional en enfermería, que labora en el servicio de UCI, posee un conocimiento adecuado en relación a los cuidados que debe brindar a pacientes que se encuentran en fase terminal, lo que favorece parcialmente en la atención integral oportuna; esto implica que se debe fortalecer e implementar programas de educación en servicio para garantizar un equipo profesional que guarde el perfil necesario para una atención humanizada al paciente.

Por otra parte, para ampliar los resultados obtenidos, se realizó un breve análisis y discusión, según ítems contenidos en el componente Cognoscitivo, permitiendo determinar los aspectos más importantes que responden a los objetivos del estudio.

Ítem	AFIRMACIONES		N	%
3	Considero que los cuidados en Enfermería se limitan a los pacientes que se encuentran en fase terminal para satisfacer sus necesidades.	TA	1	10
		PA	3	30
		I	0	0
		PD	4	40
		TD	2	20
5	Considero poco útil que los profesionales de enfermería brinden a los pacientes que se encuentran en fase terminal y a la familia orientación necesaria para su autocuidado.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	10	100
7	Considero importante controlar nauseas, mareos y episodios eméticos, en el paciente que se encuentra en fase terminal para aumentar el nivel de confianza hacia su recuperación.	TA	3	30
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	7	70
10	Creo que los profesionales de enfermería necesitan adquirir nuevos conocimientos y experiencia específica para cuidar a los enfermos que se encuentran en fase terminal.	TA	7	70
		PA	2	20
		I	1	10
		PD	0	0
		TD	0	0
17	Estimo que los profesionales de enfermería poseen una comunicación adecuada para cuidar o atender a los enfermos que se encuentran en fase terminal que están recibiendo tratamiento del dolor.	TA	3	30
		PA	6	60
		I	0	0
		PD	1	10
		TD	0	0
19	Estimo que los profesionales de enfermería mantienen una relación interpersonal de ayuda con los pacientes que se encuentran en fase terminal, orientada en aceptar su enfermedad y al proceso de muerte normal.	TA	8	80
		PA	2	20
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0
21	Priorizo los cuidados con el fin de brindar un mejor confort a los pacientes que se encuentran en fase terminal.	TA	8	80
		PA	2	20
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0

23	Proporciono alivio y establezco comunicación a través de un contacto cálido y humano con los pacientes que se encuentran en fase terminal, contribuyendo a satisfacer sus necesidades psicoemocionales.	TA	3	30
		PA	7	70
		I	0	0
		PD	0	0
25	Tengo la capacitación requerida para brindar cuidados a los enfermos que se encuentran en fase terminal.	TA	1	10
		PA	9	90
		I	0	0
		PD	0	0
32	Evado otros síntomas en el cuidado de los pacientes que se encuentran en fase terminal con el fin de brindar atención a otro que lo requiera.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	1	10
		PD	0	0
35	Considero que las desfiguraciones físicas de los pacientes que se encuentran en fase terminal desmejoran la calidad de vida.	TA	1	10
		PA	0	0
		I	1	10
		PD	2	20
36	Considero que los cuidados son para los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.	TA	6	60
		PA	0	0
		I	3	30
		PD	1	10
Total			10	100

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

Para la evaluación del componente cognoscitivo se utilizaron 13 ítems, sin embargo es necesario hacer el análisis de cada uno de ellos; así se observa que: 40% manifestó estar parcialmente en desacuerdo en que los cuidados paliativos se limitan a los pacientes en fase terminal (ítem N° 3), un 30% expresó estar parcialmente de acuerdo; otro 20% de los

encuestados está totalmente en desacuerdo y un 10% restante respondió estar totalmente de acuerdo; evidenciándose limitaciones en el conocimiento por parte del Profesional en Enfermería acerca de los “cuidados que brinda a paciente en fase terminal”. Las diferentes

enfermeras teoristas del Cuidado de Enfermería como Hildegarde Peplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper, Callista Roy, Dorothea Orem, Dorothy Johnson, Virginia Henderson y Newmam, entre otras, se refieren al cuidado como parte fundamental de la práctica de enfermería; a la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud - enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin. Mientras tanto, el Profesional en Enfermería debe tener la capacidad de conocer que el objetivo de los cuidados en un paciente es ayudarlo a sentirse lo más cómodo posible y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Por otro lado, las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson “cuidado transpersonal”, dichas acciones valorizadas por los usuarios. (23)

Acerca de la poca utilidad de brindar orientación de autocuidado (ítem N° 5) el 100% de las respuestas se ubicó en totalmente en desacuerdo, lo que demuestra que el profesional de enfermería si considera importante la orientación para el autocuidado al paciente que se encuentra en la fase terminal y a su familia. En su teoría, Orem menciona que, para realizar la práctica del autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar tres

condiciones básicas, que pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud: la Universalidad, el autocuidado de la salud es común a todas las personas; el Desarrollo, el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida; la Desviación de la salud, el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona. (24) Lo anterior motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, no debe limitarse a la prescripción médica o la prestación de cuidados sanitarios, implica la puesta en marcha de procesos con carácter interpersonal. El profesional de la salud tiene que empatizar y comunicarse de forma abierta, abrirse al trabajo en equipo con el resto de profesionales que intervienen en los procesos de atención en salud. (24) De acuerdo con ello, y parafraseando al profesor Juan Pablo Beca: “El médico, y todo profesional de la salud, necesita tener incorporadas, como carácter o virtudes personales ciertas condiciones de valores, equilibrio y salud mental para ser capaz de ayudar a otros en sus propios procesos de curación”.

En cuanto, a la importancia de controlar los síntomas secundarios al dolor (ítem N° 7) la mayoría representada por un 70% respondió estar totalmente en desacuerdo, y un 30% totalmente de acuerdo. Lo que evidencia una actitud no favorable ante la sintomatología manifestada por el paciente con el propósito de mitigar el dolor. El dolor se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (Asociación Mundial para el Estudio del Dolor [IASP], 2012). Esta definición reconoce tanto la experiencia fisiológica como la naturaleza afectiva del dolor. A nivel mundial, el dolor que no se alivia o mal gestionado es una carga para la persona, el sistema de salud, y la sociedad; y el dolor es una preocupación

durante toda la vida (Lynch, 2011); por lo que es indispensable que el Profesional de Enfermería tenga en cuenta los síntomas secundarios que genera el dolor, ya que, si se realiza un control adecuado de éste, se aliviaran las molestias del paciente. La gestión eficaz del dolor es un derecho de la persona y la valoración, la intervención, el seguimiento, la prevención y la reducción del dolor debe ser una de las principales prioridades en los cuidados de una persona, independientemente de su diagnóstico o tipo de dolor (Jarzyna et al., 2011). El manejo del dolor debe ser un esfuerzo del equipo interprofesional (Cancer Care Ontario, 2008; Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2009). Se requieren enfermeras que intervengan dentro de su ámbito de la práctica en relación con el autoinforme del dolor de una persona, y trabajar con la persona para manejar el dolor de manera apropiada. Eso significa que las enfermeras deben tener las competencias para valorar y manejar el dolor, incluyendo el conocimiento y las habilidades en técnicas de la entrevista, y la capacidad de valorar físicamente y gestionar el dolor en personas que no son capaces de expresarlo (Herr, Coyne, McCaffery, Manworren, & Merkel, 2011; Wuhrman & Cooney, 2011).

Al indagar sobre la necesidad de adquirir nuevos conocimientos y experiencia para cuidar a los enfermos en fase terminal (ítem N° 10) se encontró que un 70% respondió estar totalmente de acuerdo, un 20% parcialmente de acuerdo y un 10% indeciso. En este sentido, se evidencia la disposición, iniciativa e interés parcialmente del Profesional de Enfermería por adquirir constantemente nuevos conocimientos sobre los cuidados paliativos con el propósito de brindar cuidados individualizados acorde a las necesidades del paciente y que contribuyan a su bienestar. Haciendo un énfasis, el Profesional de Enfermería que labora en el servicio de UCI el 100 % debe estar en la capacidad de tomar importancia de adquirir nuevos

conocimientos, ya que la formación es crucial en el desarrollo personal y profesional de cualquier persona. El hecho de estar altamente capacitados nos permite, a su vez, afrontar la toma de decisiones y resolución de conflictos de forma más eficaz. La formación nos aporta conocimientos, pero también habilidades sociales (como proactividad, empatía, compromiso, autocrítica, tolerancia), capacitándonos para interactuar con nuestro entorno con una actitud más positiva.

Con respecto, a la estimación que tiene el profesional de enfermería de ejecutar una comunicación adecuada (ítem N° 17), se encontró que un 60% respondió estar parcialmente de acuerdo, un 30% totalmente de acuerdo, y un 10% parcialmente en desacuerdo. Esto indica, que una minoría del Profesional de Enfermería que labora en este servicio, considera que tener una comunicación adecuada con el paciente es importante, ya que así podrá brindar un mejor servicio ante las necesidades manifestadas por éste y llevar a cabo las actividades planificadas de manera óptima. Se debe tener en cuenta, dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad. Por su parte, el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, en su Capítulo I: Artículos 10 y 11, establecen que: “La enfermera(o) debe brindar información veraz, clara y oportuna dentro del área de su competencia a la familia y/o comunidad con el consentimiento de la persona, considerando su estado de salud y las excepciones que la ley establece”; así mismo, “La enfermera(o) debe proteger el derecho de la persona a la comunicación y promover los lazos afectivos con su entorno”. Por lo tanto, podemos dar información referente a todas las actuaciones de las cuales somos responsables, sobre lo que tenemos conocimiento, la habilidad y la destreza para su desarrollo, es decir, en las que somos competentes.

En relación a si mantiene una relación de ayuda con el paciente (ítem N° 19) se encontró que un 80% respondió estar totalmente de acuerdo, un 20% parcialmente de acuerdo. La Relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, es propia de todo su ser, de sus cuidados. La hallamos en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga. Para Rogers, la Relación de ayuda requiere unas actitudes para que se establezca: empatía, autenticidad y la aceptación incondicional. (24)

Por otra parte, la priorización de los cuidados paliativos con el fin de brindar un mejor confort al paciente (ítem N° 21) el 80% respondió estar totalmente de acuerdo, un 20% parcialmente de acuerdo. Esto indica, que existe una situación favorable por parte del Profesional de Enfermería para priorizar las actividades y llevarlas a cabo de manera óptima en cuanto a los cuidados, para generar alivio y confort en los pacientes; ya que los cuidados deben estar basados en la necesidad, y orientados al alivio del sufrimiento; siendo una de sus características la «integralidad», entendiendo como tal la que cubre todas las necesidades del paciente, incluyendo los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y espirituales.

El proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano con los pacientes en fase terminal para satisfacer sus necesidades psicoemocionales. (ítem N° 23) el 70% respondió estar parcialmente de acuerdo, un 30% totalmente de acuerdo. En tal sentido, una comunicación eficaz influye en la salud de los pacientes sobre diversos aspectos, como el estado emocional, la resolución de los síntomas, el estado funcional y el dolor, ya que el intercambio adecuado de información puede mejorar la implicación de los pacientes

en los cuidados y la adherencia a los tratamientos, reducir el malestar psicológico y contribuir a transmitir unas expectativas realistas. Además, un proceso de comunicación adecuado tiene una gran influencia sobre la capacidad de adaptación de los pacientes y de sus familiares a las nuevas situaciones, la asimilación de la enfermedad y la consideración de diferentes opciones. (25)

Con respecto a si tienen la capacitación requerida para cuidados paliativos (ítem N° 25) un 90% manifestó estar parcialmente de acuerdo y un 10% totalmente de acuerdo; lo que evidencia que existe parcialmente una deficiencia en la preparación de los Profesionales de Enfermería, el cual se requiere para poder trabajar en esta área, ya que amerita conocimiento, habilidades y destrezas probadas para proporcionar la mejor atención. La capacitación se define como un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral. La capacitación no sólo implica pensamientos sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se enriquece el significado de la experiencia. (26)

En cuanto a la evasión de síntomas en un paciente como acción necesaria para brindar atención a otro que lo requiera (ítem N° 32), el 80% respondió estar totalmente en desacuerdo, lo que quiere decir, según vean la situación, no evadirán la atención de determinado paciente por atender a otro que a su juicio lo requiere, ya que como se ha señalado, cada paciente es único e integral, y aunque tenga padecimientos diferentes necesita del cuidado por parte del Profesional de Enfermería para la necesidad que tenga en dicho momento, mientras que un 10% está parcialmente de acuerdo y un 10% indeciso, siendo desfavorable este último grupo ya que no tienen la capacidad necesaria para manejar las diferentes situaciones frente a los síntomas de un paciente por atender a otros, por insignificante o pequeño que pueda parecer.

Sin duda, la evaluación de los síntomas tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención, y teniendo en cuenta sus repercusiones en la persona y su entorno familiar, de igual manera, es importante señalar que la valoración de la importancia de los síntomas puede diferir entre la persona que los sufre y los profesionales que la atienden. (28)

Por otra parte, cuando se indagó sobre si se considera que las secuelas físicas desmejoran la calidad de vida del enfermo (ítem N° 35) el 60% de los encuestados respondió estar totalmente en desacuerdo, un 20% parcialmente en desacuerdo, un 10% totalmente de acuerdo y un 10% se mostró indeciso. Según la OMS 2005, la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno". Por ende, no se debe dejar de lado que la enfermera(o) tome importancia el aspecto físico del paciente, ya que para algunos es muy importante la aceptación ante la sociedad frente a las secuelas y/o daño que haya generado la enfermedad, con esa finalidad, el apoyo emocional por el equipo de salud y la familia fortalecerá el nivel de confianza en la misma persona.

Finalmente, en cuanto a la consideración de que los cuidados paliativos son únicamente para los pacientes que no responden al tratamiento curativo (ítem 36) se encontró que un 60% está totalmente de acuerdo, un 30% respondió estar indeciso, un 10% parcialmente en desacuerdo. Esto indica que existe limitaciones por parte del Profesional de Enfermería en el conocimiento frente a los cuidados paliativos. En este caso es necesario, recordar que, los

cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave; si bien es cierto, no reemplazan el tratamiento primario, sino que contribuyen al tratamiento primario que recibe. Por lo tanto, recibir cuidados paliativos no depende de si su enfermedad es curable o no. El objetivo es ayudar al paciente a sentirse lo más cómodo posible y mejorar su calidad de vida. Asimismo, no debe ignorarse, que el hombre es un organismo biológico, y como tal, puede ser objeto de estudios focalizados en el organismo biológico y en la enfermedad, utilizando para ello la perspectiva naturalista. Sin embargo, no puede desconocerse las características que consideran al hombre como una persona; no obstante, es necesario comprender e interpretar sus motivaciones, valores, creencias, lo cual direcciona el foco de la dimensión cultural. (27)

Cuadro 3: Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en su componente Afectivo en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017.

Componente Afectivo	N	%
Medianamente Favorable	121	86.43%
Desfavorable	19	13.57%
Total	140	100%

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

En el presente cuadro, en relación a la actitud del Profesional en Enfermería, en su componente **Afectivo**, muestra que: 86.43% tienen una actitud **medianamente favorable** ante los cuidados que brinda a pacientes que se encuentran en fase terminal, y un 13.57% tienen una actitud desfavorable. Esto indica, que no todos los profesionales en Enfermería, tienen una disposición afectiva al brindar los cuidados al paciente que se encuentra con una enfermedad en su fase terminal; pues es importante señalar, que este componente se encuentra conformado por: la empatía, la comprensión, la compasión, la tolerancia, el respeto, la aceptación, etc., los mismos que contribuyen de forma notoria en el estado de ánimo del paciente, satisfaciendo los requerimientos del mismo; respetando sus creencias y condición social. Cada uno de los elementos antes mencionados son vitales dentro de los cuidados, por tal motivo es imprescindible tomarlos en cuenta y el hecho de que exista una actitud medianamente favorable, es alentador para planificar una gestión del cuidado eficiente.

Por otra parte, para ampliar los resultados obtenidos, se realizó un breve análisis y discusión, según ítems contenidos en el componente Afectivo, permitiendo determinar los aspectos más importantes que responden a los objetivos del estudio.

Item	AFIRMACIONES		N	%
2	Me desagrada la comunicación directa con los enfermos que se encuentran en fase terminal al intercambiar información en cuanto al tratamiento del dolor u otros síntomas.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	1	10
		PD	1	10
		TD	8	80
4	Siento incomodidad al brindar cuidados a los pacientes que se encuentran en fase terminal cuando he tenido mucho trabajo difícil.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	1	10
		PD	0	0
		TD	9	90
6	Me siento indiferente ante las limitaciones afectivas que rodea a los enfermos que se encuentran en fase terminal, y a su familia.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	2	20
		TD	8	80
9	Me es gratificante satisfacer las necesidades fisiológicas de los enfermos que se encuentran en fase terminal.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	1	10
		TD	8	80
11	Me agrada brindar un trato cálido al cuidar a los enfermos que se encuentran en fase terminal.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	1	10
		TD	9	90
12	Muestro apoyo ante las limitaciones económicas de los pacientes que se encuentran en fase terminal.	TA	2	20
		PA	0	0
		I	1	10
		PD	3	30
		TD	4	40

13	Soy impaciente al aliviar o atender a los pacientes que se encuentra en fase terminal relacionados al tratamiento del dolor.	TA	0	0
		PA	3	30
		I	0	0
		PD	4	40
		TD	3	30
14	Me conmueve que los profesionales de enfermería demuestren tristeza cuando brindan atención a los enfermos que se encuentran en fase terminal.	TA	2	20
		PA	2	20
		I	1	10
		PD	3	30
		TD	2	20
15	Me desagrada cuando el enfermo que se encuentra en fase terminal me llama varias veces seguidas para atender su necesidad relacionada al tratamiento y alivio del dolor.	TA	0	0
		PA	2	20
		I	1	10
		PD	3	30
		TD	4	40
16	Me produce molestia cada vez que veo a un paciente en fase terminal con desfiguraciones físicas producidas por su propia enfermedad.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	3	30
		PD	2	20
		TD	5	50
26	Brindo cuidados al enfermo que se encuentra en fase terminal colocándome en su lugar para poder entender sus necesidades.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	5	50
		TD	5	50
27	Me siento sensible ante el dolor que padece el paciente que se encuentra en fase terminal.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	2	20
		TD	8	80
30	Me siento impotente cuando percibo el dolor o sufrimiento que padecen los enfermos durante su etapa terminal.	TA	3	30
		PA	4	40
		I	1	10
		PD	1	10
		TD	1	10
39	Considero que el profesional de enfermería debe promover información al paciente que se encuentra en fase terminal sobre sus deberes y derechos dentro de la institución.	TA	2	20
		PA	1	10
		I	1	10
		PD	2	20
		TD	4	40
Total			10	100

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCIN-HRDC 2017

Para la evaluación de este componente se utilizaron 14 ítems, sin embargo es necesario hacer el análisis de cada uno de ellos; así se observa que: 80% de los encuestados manifestó estar totalmente en desacuerdo, acerca de si le desagrada la comunicación directa con los enfermos en fase terminal (ítem N° 2), un 10% parcialmente en desacuerdo y un 10% se encontró indeciso, en este sentido, los Profesionales de Enfermería demuestran que la comunicación directa con otros pacientes es indispensable en todo momento, la interacción, el intercambio de ideas, dado que contribuyen a conocer al paciente, respecto a sus anhelos, sueños, inquietudes y opiniones. Con esa finalidad, la comunicación constituye un componente clave en la relación con el paciente, sin comunicación es imposible expresarle al enfermo nuestra intención de ayudarlo y el tipo de cuidados que le vamos a brindar. Además, en la ciencia de la enfermería la comunicación define la calidad de los cuidados y la capacitación profesional del personal. (28) En este sentido, las relaciones personales que ejerce la enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional, ya que sin duda el personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales afianzan la realización de sus actividades. Siendo así que, diversos autores consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos, afirman que también puede ser determinante en el éxito del desempeño profesional como enfermera(o). (29)

En similar tendencia, cuando se preguntó que si siente incomodidad al brindar cuidados paliativos luego de haber tenido mucho trabajo (ítem N° 4) el 90% de los encuestados manifestó estar totalmente en desacuerdo, un 10% se mostró indeciso, esta actitud favorable demuestra el compromiso y la conexión del profesional de enfermería con el paciente a través

de los cuidados paliativos, por lo cual, aunque haya cansancio y fatiga, los cuidados siempre serán en beneficio y satisfacción del paciente. Según el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en Perú, la carga de trabajo, se entiende como “el conjunto de requerimientos físicos y mentales a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de la jornada laboral”. A nivel mundial se ha reconocido la sobrecarga laboral y secundaria a esta, el estrés laboral como un problema cada vez más importante que se presenta en todos los oficios, pero especialmente en los trabajos asistenciales como la enfermería. El profesional de Enfermería está sometido a múltiples factores laborales, tanto de carácter organizacional, como propios de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que el estrés relacionado al trabajo tenga una incidencia relativamente alta con esta profesión. (30) Vemos entonces, que la sobrecarga laboral es definitivamente un factor que causa estrés, no solo al personal de enfermería sino también al paciente y su entorno, porque se siente desprotegido ante la falta de un cuidado óptimo por parte de la enfermera (o). En consecuencia, la salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través del cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de la profesión. (31)

Respecto, de si se siente indiferente ante las limitaciones afectivas que rodea al enfermo (ítem N° 6) el 80% de los encuestados manifestó estar totalmente en desacuerdo, un 20% parcialmente en desacuerdo; quiere decir, que el profesional de enfermería no es indiferente ante las limitaciones afectivas del paciente, por el contrario, muestra interés en su estado de ánimo y en lo que pueda estar sintiendo ante la enfermedad. Por su parte, los estados afectivos reflejan la relación entre las necesidades y motivaciones, los deseos y aspiraciones de las

personas, con los objetos y situaciones capaces de satisfacerlos. No obstante, podemos afirmar que la variedad de situaciones que existen, en las cuales el individuo puede verse involucrado, es infinita. Sin embargo, es posible destacar algunas características. En cuanto a la relación de los afectos con la satisfacción de necesidades, deseos y aspiraciones del individuo, los estados emocionales pueden ser positivos o negativos. No obstante, en el desarrollo de cualquier estado afectivo intervienen, como ya hemos señalado, características propias de la situación, características de la personalidad del individuo y, sobre todo, a las condiciones derivadas de la interacción entre la situación y el individuo, la significación o relevancia que aquella tiene para éste, en un determinado entorno social. (32)

En cuanto a si es gratificante satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente (ítem N° 9) el 80% manifestó estar totalmente de acuerdo, por otra parte, un 10% parcialmente de acuerdo, 10% parcialmente en desacuerdo. Esto quiere decir que, el profesional de enfermería se preocupa por las necesidades del paciente y se esfuerza en darle la mejor atención y cuidado que así lo requiera. Como se mencionó en párrafos anteriores, la interacción o comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a brindar un cuidado de enfermería de alta calidad. Peplau (1952), pionera de la escuela de interacción, publicó su libro titulado “las relaciones interpersonales en enfermería” en el describe la enfermería, como un proceso interpersonal terapéutico la cual se trata de una relación humana entre una persona enferma que tiene necesidades y una enfermera formada en forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda. Por lo tanto, la enfermería no implica un encuentro meramente fortuito, sino más bien un encuentro en el que hay un llamado y una respuesta con fines

determinados, desde este punto de vista se considera a la enfermería humanística como un tipo de dialogo vivo.

Acerca del agrado al brindar un trato cálido (ítem N° 11) casi la totalidad, es decir un 90% de los encuestados manifestó estar de acuerdo, mientras que 10% manifestó estar parcialmente de acuerdo, lo que significa que el trato del profesional de enfermería hacia el paciente sea amigable, íntimo y de confianza, no escatimando esfuerzo en proporcionarle seguridad y tranquilidad al paciente. Gertrud B. Ujhely sostiene que la enfermera debe ser perfectamente consciente de que es humana, y que la relación enfermera paciente se centra sobre todo en la ayuda que se da al paciente para que pueda superar la enfermedad. Así mismo, el cuidado que imparte la enfermera requiere de actitudes empáticas sustentadas en sentimiento de comprensión entre dos personas, que les permite interactuar mediante acciones individuales con un objetivo común, debiendo trabajar con afecto y calidez, esto favorecerá actitudes humanistas, impulsando el crecimiento emocional y espiritual del paciente, el que le permitirá tener un sentido para la vida, este sentimiento trascenderá en el tiempo y brindará la oportunidad de incorporarse a valores superiores. Los pacientes aprecian a los profesionales que combinan su competencia técnica con la amabilidad, que es una característica humana que identifica su relación con el éxito del tratamiento integral. (33)

Por otra parte, en relación a la comprensión y apoyo ante la limitación económica del paciente (ítem N° 12) un 40% está totalmente de acuerdo, otro 30% está parcialmente de acuerdo, un 20% totalmente en desacuerdo y finalmente un 10% indeciso. Esto lleva a pensar que en su mayoría los profesionales de enfermería están dispuestos a comprender y brindar un apoyo específicamente a pacientes con escasos recursos económicos, lo cual significa que existe solidaridad por parte de la enfermera(o) hacia el paciente. La solidaridad es un proceso, un

acontecimiento, una experiencia vivida simultáneamente por la enfermera y por la persona que recibe el cuidado, la misma que está conformada por un grupo de pensamientos y sentimientos interrelacionados, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. (34) Igualmente, la solidaridad implica sensibilizarse con los otros, preocuparse con ellos y ofrecerles ayuda, esta última consiste en establecer mediante recursos materiales y técnicos, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En efecto, en la Enfermería, la Relación de ayuda no se planifica, dado que es una característica inherente a ésta, manifestándose mediante actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla en su profesión por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga. (27)

Con respecto a si es impaciente al aliviar o atender el dolor del paciente (ítem N° 13) 40% manifestó estar parcialmente en desacuerdo, 30% está totalmente en desacuerdo; lo que quiere decir que la enfermera(o) alivia el dolor del paciente cuando éste lo manifiesta; mientras que un 30% está totalmente de acuerdo, esto significa que una minoría por parte del Profesional de Enfermería no se encuentra en la capacidad de manejar la sobrecarga laboral, el estrés, y la impaciencia, ante la atención que debe brindar al paciente para disminuir y/o aliviar el dolor, dejando de lado la administración correcta del tratamiento según indicaciones médicas, con el fin de que el paciente no le genere sobrecarga laboral. Entonces, la práctica de la profesión requiere un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de mayor rigor, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como por ejemplo, el manejo del paciente con pronóstico sombrío y la necesidad de brindar cuidado, no solamente intensivo, sino también prolongado, el cual también exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental, además de la

exigencia de mantener en forma permanente el espíritu de compartir, con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor. (32)

En relación a si le agrada que la enfermera demuestre tristeza cuando cuida al enfermo (ítem N° 14) el 30% está parcialmente en desacuerdo, un 20% totalmente en desacuerdo, un 20% totalmente de acuerdo, un 20% parcialmente de acuerdo, y un 10% indeciso. Atendiendo a estas consideraciones, la tristeza provoca una visión pesimista de todo lo que rodea al individuo, de los sucesos que le acontecen, propiciando a su vez, estados afectivos negativos, pues esta puede presentarse como un estado anímico que no se relaciona conscientemente con un suceso concreto, aunque se mantiene como reflejo de situaciones frustrantes, generando en la enfermera(o) reacciones psicológicas que conducen directa o indirectamente a evitar la comunicación con el paciente y su familia. (27) (5) No obstante, la enfermera debe estar profesional, técnica, mental y emocionalmente preparada para proporcionar el mejor cuidado al paciente, ya que en la medida que avanza el tiempo, el estado de salud ira en deterioro, así como, sus emociones y sentimientos.

Por otra parte, si le desagrada cuando el enfermo lo llama varias veces (ítem N° 15) 40% de los encuestados manifestó estar en total desacuerdo, mientras que otro 30% está parcialmente en desacuerdo, lo que significa que la enfermera está atenta ante la manifestación de dolor que expresa el paciente, esta presta a aliviar el dolor a través de analgésicos según las indicaciones prescritas por el médico, y a proporcionarle seguridad hasta la ausencia del dolor; un 20% parcialmente de acuerdo, y un 10% se mostró indeciso. Si bien es cierto, el dolor es una experiencia multidimensional que requiere una evaluación multidimensional, por lo que, en la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda realizar una

evaluación integral, teniendo en cuenta su origen, etiología intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia. (28)

Muy totalmente en desacuerdo, el 50% le produce molestia ver las secuelas físicas del paciente (ítem N° 16), esto significa que, ante los diferentes tipos de patologías, así como los daños que pueda causar al aspecto físico, el profesional de enfermería no muestra rechazo, ni mucho menos evita el contacto con el paciente; sin embargo, el 30% restante está indeciso, es decir, se sienten inseguros de tener contacto físico con un paciente que presente secuelas físicas, lo que genera una limitación para con el cuidado humanizado, mientras que el 20% se encuentra parcialmente en desacuerdo.

En cuanto, se trata de colocarse en lugar del paciente para poder entender sus necesidades (ítem N° 26) el 50% de los encuestados manifestó estar totalmente de acuerdo, y el 50% está parcialmente de acuerdo; en este sentido, la mayoría del Profesional de Enfermería logra entender y comprender lo que es padecer una enfermedad terminal, es por esto que doblará esfuerzos para dar el mejor cuidado, sin limitaciones ni restricciones, colaborando con la recuperación del paciente. el sufrimiento es una compleja experiencia humana que requiere una evaluación multidimensional para construir una alternativa terapéutica eficaz que dé respuesta adecuada a los problemas del paciente y de su familia. Los profesionales sanitarios deben evaluar de manera cuidadosa cada caso, identificando las necesidades del enfermo y formulando una intervención multidisciplinar dirigida a resolver o paliar dichas necesidades. Además, se debe realizar una monitorización y una evaluación continuada con objeto de modificar el plan de cuidados a medida que surjan nuevos problemas o cambien las necesidades de la persona enferma y su familia. (28)

Siguiendo con la sensibilidad del profesional de enfermería ante el dolor que padece el paciente en fase terminal (ítem N° 27) un grupo representado por el 80% manifestó estar totalmente de acuerdo y un 20%, parcialmente de acuerdo.

En cuanto a si se siente impotente ante el dolor padecido por el paciente (ítem N° 30) un 40% está totalmente de acuerdo de acuerdo, 40% parcialmente de acuerdo, 10% indeciso y un 10% parcialmente en desacuerdo.

En efecto, el profesional enfermero(a) tiene muchos sentimientos cuando un paciente evoluciona a óbito, desde sensaciones más generales como el dolor de la pérdida, hasta sensaciones más específicas como la insatisfacción, inconformidad, fracaso y negación por no conseguir mantener la vida del paciente, o sea, transformar la situación inevitable, acompañada de rabia, tristeza e impotencia. En este sentido, la manifestación del sufrimiento acontece de formas variadas, siendo que muchos quedan en silencio, otros se aíslan, lloran y buscan justificaciones para la muerte, comprendiendo que se trata del destino de todo ser humano, así como frustración, flaqueza e incapacidad del enfermero para luchar con la muerte, dominando al profesional y la asistencia prestada. Sin embargo, es comprensible por el hecho de ser seres humanos, pues cada persona tiene sus limitaciones y cada situación expresa un significado diferente de emociones. (35)

Finalmente, en cuanto a si considera que se debe informar al paciente sobre sus deberes y derechos dentro de la institución (ítem N° 39) un 40% está totalmente de acuerdo, un 20% parcialmente de acuerdo, un 20% totalmente en desacuerdo y, finalmente el 10% manifestó estar indeciso; lo que evidencia la importancia de la comunicación e interacción enfermera-paciente, de esta forma, cuando el paciente conoce cuáles son sus derechos sabrá cómo

reaccionar cuando estos sean violentados, así mismo, al conocer sus deberes dentro de la institución de salud, sabrá a que abstenerse; todo dentro del marco de la igualdad y el respeto.

Cuadro 4: Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal en su componente Conductual en el servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2017.

Componente Conductual	N	%
Medianamente Favorable	122	93.8%
Desfavorable	8	6.2%
Total	130	100%

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

Analizando los resultados del presente cuadro, se evidencia que: 93.8% del Profesional en Enfermería, en su componente **Conductual**, tienen una actitud **medianamente favorable** ante el cuidado que brinda al paciente que se encuentra en fase terminal; por lo que, se puede asegurar que éstos, pueden tener una conducta de apoyo al usuario que se encuentra enfermo, evitando la evasión de sus funciones, manifestando receptividad, comprensión y empatía, e incluso apoyándose en los familiares para hacer de los cuidados mucho más completos y abarcantes, ya que a través de esta interacción (enfermera-paciente-familia) se logrará satisfacer las necesidades básicas del paciente, proporcionando cuidados óptimos; mientras que el restante conformado por un 6.2% tienen una actitud desfavorable.

Por otra parte, para ampliar los resultados obtenidos, se realizó un breve análisis y discusión, según ítems contenidos en el componente Conductual, permitiendo determinar los aspectos más importantes que responden a los objetivos del estudio.

Ítem	AFIRMACIONES		N	%
1	Me gusta participar en cursos de capacitación en el área de Enfermería para poder brindar mejores cuidados a los enfermos en fase terminal.	TA	9	90
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0
8	Estoy dispuesto(a) a contribuir en la satisfacción de algunas necesidades materiales, que afrontan los enfermos en fase terminal.	TA	5	50
		PA	3	30
		I	1	10
		PD	1	10
		TD	0	0
18	Estoy dispuesto(a) a brindar cuidados a los enfermos en fase terminal respetando su integridad como persona independientemente de su patología.	TA	7	70
		PA	3	30
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0
20	Estoy dispuesto(a) a ayudar a los enfermos en fase terminal para sobrellevar los padecimientos que sufren durante su enfermedad.	TA	8	80
		PA	2	20
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0
22	Evado la mirada y me comunico muy poco cada vez que me encuentro con un paciente que se encuentra en fase terminal.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	1	10
		PD	1	10
		TD	7	70
24	Mis creencias religiosas prevalecen ante las creencias religiosas de los pacientes en fase terminal.	TA	0	0
		PA	2	20
		I	0	0
		PD	2	20
		TD	6	60
28	Estoy dispuesto a participar en actividades que contribuyan a sensibilizar a sus compañeros de trabajo sobre el trato respetuosos a los pacientes que ingresan a la unidad.	TA	9	90
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	0	0
		TD	0	0

29	Realizo cuidados paliativos que están orientados a respetar la integridad del enfermo en fase terminal.	TA	9	90
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	0	0
31	No fomento la comunicación interpersonal con el paciente en fase terminal.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	0	0
33	Considero poco importante que la limpieza de las heridas en los pacientes en fase terminal debe ser realizada periódicamente.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	1	10
34	Brindo higiene y confort al paciente en fase terminal, ocupándome de otras actividades más importantes.	TA	0	0
		PA	0	0
		I	0	0
		PD	1	10
37	Considero que los profesionales de enfermería no tienen la obligación de satisfacer las necesidades espirituales de los enfermos en fase terminal durante su estadía en el hospital.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	0	0
		PD	1	10
38	Pienso que los profesionales de enfermería evaden las manifestaciones afectivas con los enfermos en su etapa terminal.	TA	0	0
		PA	1	10
		I	2	20
		PD	1	10
Total			10	100

Fuente: Instrumento aplicado al Profesional de Enfermería UCI-HRDC 2017

Para la evaluación del componente conductual se utilizaron 13 ítems, sin embargo, es

necesario hacer el análisis de cada uno de ellos; así se observa que: 90% afirmó estar en total de acuerdo que les gustaría participar en cursos de capacitación (ítem N° 1) y el 10% manifestó estar parcialmente de acuerdo, esto evidencia el interés e iniciativa en seguir

adquiriendo nuevos conocimientos, habilidades y destrezas que contribuyan al crecimiento personal y profesional.

Así también, cuando se indagó sobre la disposición a contribuir en las necesidades materiales del paciente (ítem N° 8) un 50% está totalmente de acuerdo, un 30% parcialmente de acuerdo, el 10% está indeciso y el otro 10% parcialmente en desacuerdo. No obstante, la solidaridad es un proceso, un acontecimiento, una experiencia vivenciada simultáneamente por la enfermera y por la persona que recibe el cuidado, el cual está conformada por pensamientos y sentimientos interrelacionados, siendo éstos transmitidos o comunicados de un ser humano a otro, de ahí que, la solidaridad implica sensibilizarse con los otros, preocuparse con ellos y ofrecerles ayuda. Tales conceptos denotan que el cuidado dado por la enfermera ha de ser solidario, comprometido, mediante una relación interpersonal en la que se intercambian experiencias, conocimientos y sentimientos entre ambos. (36)

En cuanto a la disposición de brindar cuidados respetando la integridad del paciente (ítem N° 18), el 70% de los encuestados manifestó estar totalmente de acuerdo y un 30% parcialmente de acuerdo, esto quiere decir que no existe prejuicio alguno en el profesional de enfermería al momento de brindar los cuidados, ya que existe respeto por el paciente considerándolo como un todo integral, único y singular, al que hay que darle un trato particular y diferente.

Con respecto a la disposición de ayudar a los enfermos para sobrellevar los padecimientos (ítem N° 20) un satisfactorio 80% está totalmente de acuerdo, así mismo un 20% parcialmente de acuerdo. La expresión afectiva de acuerdo con Montes “es el punto de llegada y de partida del cuidado”. Es colocarse en el lugar del otro, intentando descubrir sus sentimientos y emociones, así pues, la comunicación interpersonal nos permite llegar al otro a través de una

interrelación marcada por la empatía, siendo esta una condición básica de relación, al mismo tiempo, es la capacidad de mirar y descubrir al otro, de sumergirse en el mundo del otro y participar de su experiencia. (37) En definitiva: “Cuidar de un ser humano que sufre consiste en reconstruir dialógicamente y responsablemente el Sentido. Esta reconstrucción debe desarrollarse en dos planos, en el marco del diálogo y de la responsabilidad social y ética. El diálogo es la clave para ahondar en el sujeto y entrever su sufrimiento y sus posibilidades existenciales”. (27)

Por otra parte, la evasión de la mirada y poca comunicación con el paciente (ítem N° 22), 70% de los encuestados, manifestaron estar en total desacuerdo, un 10% parcialmente en desacuerdo; otro 10% indeciso y, un 10% parcialmente de acuerdo. El hecho de no mirar al paciente y desviar la mirada hacia otra parte del que escucha hace que se sienta incómodo y no entendido, pues al comunicarnos no sólo lo hacemos con un solo sentido, sino que además expresamos sentimientos y emociones cuando realizamos esta actividad. (9)

Por otro lado, en relación a la prevalencia de las creencias del profesional de enfermería ante las del paciente (ítem N° 24), un 60% está en total desacuerdo; quiere decir, que el profesional de enfermería respeta la creencia religiosa, el dogma e ideología del paciente, no siendo una barrera al momento de proporcionar cuidados, por lo que se convierte en un tema de conversación, interacción y debate; mientras que, 20% está parcialmente en desacuerdo, y un 20% parcialmente de acuerdo. En este sentido, la definición de espiritualidad varía dependiendo de quién cuestione o de quién responda, pues en el mundo actual, difiere su significado en cada situación, al mismo tiempo, la espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores; sin lugar a duda, la espiritualidad incluye la religión, pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no

confinado a templos, iglesias o ritos, es decir, es una dimensión única de la persona. Por esta razón, se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. Por consiguiente, hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores, por esta razón, es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar "ahí" en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar, ya que, las personas son libres de encontrar significado a lo que hacen y experimentan, reorientando su propia vida; sin embargo, el cuidado de enfermería abre espacios para la oración, las plegarias y la introspección como forma de encontrar a Dios. De ahí que, según Pettigrew (1990): "El cuidado de enfermería, que falla en reconocer las necesidades espirituales, como una parte vital del cuidado y no permite que éstas emerjan y sean tenidas en cuenta, se vuelve irrespetuoso y no ético".

Seguidamente, se indago sobre la disposición a participar en actividades que contribuyan a sensibilizar a otros compañeros (ítem N° 28) el 90% de los encuestados afirma que está totalmente de acuerdo, lo que demuestra el compromiso grupal e individual en beneficio del paciente, pero un 10% se encuentra parcialmente de acuerdo.

En tanto, cuando se les pregunto que los cuidados realizados están orientados a respetar la integridad del enfermo (ítem N° 29) un satisfactorio 90% de los encuestados manifestó estar totalmente de acuerdo, y un 10% parcialmente de acuerdo; queda por sentado que, los cuidados proporcionados, están orientados hacia el paciente y no hacia la enfermedad. El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, quien al igual que Pellegrino, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado

holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. Con esa finalidad, la Integridad es, en este sentido, sinónimo de salud. Por otra parte, la enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona, esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas, corporales, psicológicas y axiológicas. Por lo expresado, la relación del profesional de enfermería con el paciente en cualquier contexto que se dé debe ser, por definición, "holística", donde el cuidar contribuye a la restitución de la integridad. (38)

En cuanto al fomento o no de la comunicación interpersonal con el paciente (ítem N° 31), el 90% manifestó estar en total desacuerdo, y un 10% parcialmente de acuerdo. Existen diversas formas de comunicarse: expresión verbal, no verbal, visual, gestos y expresiones, así como postura y posición. A pesar de que la comunicación verbal es la que más se utiliza, la no verbal es el reflejo de lo que realmente queremos comunicar y se puede evidenciar de distintas maneras: la forma en cómo comunicamos y si en verdad se muestra un interés en lo que se dice. Así pues, el personal de enfermería debe dejar de lado las situaciones personales y enfocarse en la situación actual del paciente, debe facilitar el diálogo, trabajar con sencillez, humanidad y humildad, liderando el equipo de trabajo, cumplir con la palabra dada, acercarse, ponerse en el lugar del otro; llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad y libertad de expresión. (9)

En cuanto, si considera poco importante la limpieza de las heridas (ítem N° 33) un rotundo 90% de los encuestados está en total desacuerdo, lo que significa una conducta positiva debido a la importancia del cuidado de las heridas para evitar que el paciente se infecte y

complique más su estado de salud, mientras que un 10% se mostró parcialmente en desacuerdo.

Por otra parte, al momento de brindar higiene y confort al paciente el personal de enfermería debe ocuparse de otras actividades más importantes (ítem N° 34) el 90% manifestó estar en total desacuerdo; desde esta perspectiva, la enfermera está consciente de la importancia de jerarquizar las actividades a realizar, dando a cada una el orden de prioridad y considerando a todas como importantes, por lo que al momento de realizar la higiene y confort no debe ocuparse de otras actividades sino al contrario debe realizarlas de manera óptima, mientras que un 10% está parcialmente en desacuerdo.

Referente, ha si considera que no tiene la obligación de satisfacer las necesidades espirituales del paciente (ítem N° 37) el 80% manifestó estar en total desacuerdo, significa que, la cosmovisión religiosa que tenga el paciente es importante y fundamental en la etapa terminal; por este medio el paciente entiende que ha llegado su momento en que deba morir, situación en la que la enfermera lo insta a confiar en lo que cree o profesa, a entregar sus cargas y a apoyarse en la familia; mientras que un 10% está parcialmente en desacuerdo, lo que se acerca a una no aceptación del papel que desempeña la enfermera en relación a las necesidades espirituales del paciente y un 10% está totalmente de acuerdo.

Finalmente, se piensa que los profesionales de enfermería evaden las manifestaciones afectivas con los enfermos en fase terminal (ítem N° 38), el 60% manifestó estar en total desacuerdo, mientras que, un 20% se encuentra indeciso así mismo, un 10% está parcialmente en desacuerdo y un 10% respondió estar parcialmente de acuerdo. El personal de enfermería debe identificar oportunamente el tipo de comunicación que requiere cada paciente, de

acuerdo con sus condiciones de salud como, por ejemplo, un paciente entubado que requiera de una comunicación no verbal: lo más importante de esta relación es mantener la comunicación según sus posibilidades de salud. Por lo anterior, la relación de enfermera-paciente debe ir más allá sin quedarse sólo en la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo ésta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su conducta. (9)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.

1. Las características sociodemográficas de los Profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca son: población adulta, de sexo femenino, con más de seis años de experiencia laboral, y con una especialidad en Cuidado a pacientes críticos.

2. Los Profesionales en Enfermería tienen una actitud cognoscitiva medianamente favorable ante los cuidados brindados al paciente que se encuentra en su fase terminal, lo que significa, que se están calificados, para llevar a cabo una atención integral de manera óptima.

3. Respecto a la actitud afectiva, la mitad de las Enfermeras (os) que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca, tienen una actitud medianamente favorable ante los cuidados brindados al paciente que se encuentra en fase su terminal; expresado en un estado de afecto hacia los aspectos de la vida emocional; ya que no sienten temor y preferirían atender al paciente.

4. Los Profesionales en Enfermería tienen una actitud conductual medianamente favorable ante los cuidados brindados al paciente que se encuentra en su fase terminal, ya que reconocen, que la enfermera(o) debe brindar apoyo tanto al usuario y/o paciente como a la familia, en su forma holística; así también, debe informar, consolar, escuchar y actuar con sensibilidad.

5.2. COMENDACIONES.

1. Concienciar al personal profesional de enfermería sobre la importancia del cuidado humanizado e individual del paciente y del trato que merece como ser humano único e irrepetible.
2. El profesional de enfermería debe mantener una comunicación fluida para obtener información oportuna y eficaz sobre el paciente a fin de lograr la recuperación óptima del mismo.
3. Se recomienda practicar y cumplir el principio bioético de autonomía, respetando las decisiones del paciente en todo momento del cuidado.
4. Los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud deben enfatizar en la formación integral del futuro profesional, especialmente en la práctica de los principios bioéticos, a fin de brindar una formación basada en valores y rescatando el aspecto humanístico, espiritual y transpersonal en la formación de los futuros profesionales de la salud.
5. La Universidad debe promover investigaciones sobre calidad de atención para proponer mejoras en la formación académica de los profesionales de la salud.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabalegui Yarnoz A. El rol del profesional en enfermería. Scielo. 2003 Diciembre; 3(1).
2. Aguilera F, Paniale SR, Romero UB. Actitud de Enfermería Frente al Paciente Terminal. Proyecto de Investigación. Argentina-Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Medicina paliativa; 2012.
3. Carlos R. Actitud del profesional e enfermería ante los cuidados paliativos en el enfermo oncológico de la unidad clínica de emergencia. Hospital oncológico Dr. Luis Razetti. Tesis. Caracas-Venezuela: Universidad Central de Venezuela, Emergencia; 2011.
4. Carina FBY. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Trabajo de investigación. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina; 2014.
5. Amalia P. Actitud el Profesional de Enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA). Tesis. Mérida-Venezuela: Universidad de los Andes, Medicina; 2009.
6. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Publicaciones.san.gva.es. [Online].; 2012 [cited 2016 Noviembre 12. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>.
7. Vanessa SC. La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2006 Octubre; 20(2).
8. Ortego Maté MdC, López Gozáles S, Álvares Trigueros ML. ocw.unican.es. [Online].; 2010 [cited 2016 Noviembre 14. Available from: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_04.pdf.
9. Edufisica Gdl. Las Actitudes. EDU-FISICA. 2010 Mayo; 3(2).
- 10 Miguel A. aprendeenlinea.udea.edu.co. [Online].; 2010 [cited 2016 Noviembre 16. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6552/6002>.
- 11 valores Dd. conceptodefinicion.de. [Online].; 2014 [cited 2016 Noviembre 16. Available from: <http://conceptodefinicion.de/valores/>.
- 12 todos Cctyp. Ecured. [Online].; 2017 [cited 2016 Noviembre 16. Available from: <https://www.ecured.cu/Conocimiento>.

- 13 Alba Leonel A, Fajardo Ortiz G, Tixtha López E, Papaqui Hernández J. La comunicación . enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. medigraphic.com. 2012 Setiembre; 11(3).
- 14 Ford SL. El arte del cuidado de enfermería: de Florence Nightingale a Jean Watson. Aventuras . del pensamiento. 2008 Marzo; 45(4).
- 15 AmaroProa MC. Significado del Cuidado de Enfermería en las Enfermeras del Hospital . Nacional Edgardo Rebagliati Martins. EsSalud. Tesis. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Enfermería; 2004.
- 16 Claudia AO. La Excelencia del Cuidado: Un Reto para Enfermería. Encolombia. 2011 Setiembre; . 8(1).
- 17 médicos P. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. revista- . portalesmedicos.com. 2015 Enero; 3(1).
- 18 Larousse. Diccionario enciclopédico. In. México: Undécima edición; 2005. p. . 279,379,427,693,883.
- 19 Lydia FG. Vulnerabilidad. Dialnet. 2007 Agosto; 30(3).
- 20 Larousse. Diccionario enciclopédico ilustrado. In. México: Larousse; 1999. p. 377.
- 21 Dorothea O. Modelo de Orem. In Dorothea O. Conceptos de enfermería en la práctica. . España: Masson-Salvat Enfermería; 1993. p. 407.
- 22 Arón AM, Llanos MT. Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidados de los equipos . que trabajan con violencia. buentrato.cl. 2004; 20(2): p. 5-15.
- 23 Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las . enfermeras en los servicios hospitalarios. Scielo. 2007 Setiembre; 20(4).
- 24 Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, González Serna JMG. La Relación de . ayuda en Enfermería. Scielo. 2014 Diciembre; 23(4).
- 25 consumo Mdsy. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guía. Vitoria-España: . Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008. Report No.: 978-84-457-2733-1.
- 26 Puntunet Bates M, Domínguez Bautista A. La educación continua y la capacitación del. . Enfermería cardiológica. 2008 Diciembre; 16(3).

- 27 Silva Costa MC, Aparecida Rossi L, Mara Lopes L, Lopes Cioffi C. Significados para la Calidad de Vida: Análisis Interpretativo fundamentado en la experiencia de personas quemadas em rehabilitación. Scielo. 2008 Abril; 16(2).
- 28 cubanos Lda. bvscuba. [Online].; 2010 [cited 2016 Diciembre 7. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---Oprompt-10---4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0--20-about%20n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-OutfZz-800&a=d&cl=CL1&d=HASHf2c586303dd3e586704d52.5.1.2.>
- 29 Universitaria E. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. ScienceDirect. 2015 Setiembre; 2(3).
- 30 Corredor L, Sánchez S. Relación entre la sobrecarga laboral en enfermería y la incidencia de infecciones nosocomiales en la UCI. Tesis. Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Instituciones hospitalarias; 2008.
- 31 Karina CLL. Factores laborales y niveles de estres laboral en enfermeros de los servicios de áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Alcidez Carrión Daniel. Tesis. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Medicina; 2006.
- 32 cubanos Lda. bvscuba. [Online].; 2010 [cited 2016 Diciembre 10. Available from: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0--0-10-0--0-0---Oprompt-10---4-----sti-4-0-1l--11-es-50-0--20-about-n1cido-es-00-0-1-00-2-0-11-10-0-00-00-0-0-11-1-OutfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASHf2c586303dd3e586704d52.4.2.5.>
- 33 Cardona Torres LM, García Campos MdL. La Empatía, un Sentimiento Necesario en la Relación Enfermera-Paciente. index-f. 2010 Abril; 18(3).
- 34 Social CNdP. mides.gub.uy. [Online].; 2012 [cited 2016 Diciembre 10. Available from: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11__snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf.
- 35 Labres de Freitas TL, Banazeski AC, Eisele A, Natália de Souza E, Vargas Bitencourt JVdO, Silva de Souza S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enfermería Global. 2016 Setiembre; 15(1).
- 36 Portales medico.com. [Online].; 2010 [cited 2016 Diciembre 14. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2252/2/Actitudes-de-la-enfermera-de-cuidado-directo-y-satisfacion-de-la-persona-hospitalizada>.
- 37 Clara QLM. biblio3.url.edu.gt. [Online].; 2012 [cited 2016 Diciembre 14. Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>.

38 Elizabeth GL. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética.
. Scielo. 2008 Diciembre; 12(2).

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO

1	Operacionalización de la Variable	110
2	Instrumento	113
3	Consentimiento Informado	117

ANEXO 01

Operacionalización de la Variable

VARIABLE: Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados brindados a pacientes en fase terminal.

DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p>Componente Cognoscitivo:</p> <p>Información, percepción, opiniones y creencias, que el profesional de enfermería, ha obtenido durante su crecimiento personal y profesional sobre los cuidados que brinda a pacientes que se encuentran en fase terminal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos teóricos sobre los cuidados que se brinda a pacientes que se encuentran en fase terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de cuidados en enfermería. - Conocimiento sobre los cuidados en enfermería. - Finalidad de los cuidados en enfermería. - Principios para realizar los cuidados en enfermería. 	<p>3,36</p> <p>10, 25</p> <p>35</p> <p>19,23</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Experiencias en la ejecución de cuidados a pacientes que se encuentran en fase terminal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor - Control de otros síntomas - Acciones de cuidados específicos - Orientación para el autocuidado 	<p>17.</p> <p>7,32</p> <p>21,</p> <p>5.</p>
<p>Componente Afectivo:</p> <p>Sentimientos positivos o negativos que manifiesta el Profesional de Enfermería al brindar cuidados a pacientes que se encuentran en fase terminal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sentimientos de aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> - Agrado - Satisfacción - Comprensión - Empatía - Sensibilidad 	<p>11,14</p> <p>9,39</p> <p>12</p> <p>26</p> <p>27</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Molestia - Impotencia - Desagrado - Incomodidad - Impaciencia - Indiferente 	<p>16</p> <p>30</p> <p>2,15</p> <p>4</p> <p>13</p> <p>6</p>
<p>Componente Conductual:</p> <p>Disposición por parte del Profesional de Enfermería al brindar los cuidados a los pacientes que se encuentran en fase terminal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de aceptación • Comportamiento de rechazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Expresa apoyo al paciente - Participa en capacitaciones - Respeta a la integridad del paciente - No establece comunicación con el paciente - No realiza higiene corporal al paciente - No facilita apoyo espiritual al paciente - No brinda orientación al paciente y familia 	<p>8,20</p> <p>1,28</p> <p>18, 29</p> <p>22, 31</p> <p>33, 34</p> <p>24,37</p> <p>38</p>

ANEXO 02

Instrumento

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería

Cajamarca, febrero de 2017

El instrumento pertenece a la tesis titulada: “Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados a pacientes en fase terminal”.

Objetivo: El siguiente instrumento tiene como objetivo determinar cuál es la Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal.

Instrucciones generales:

1. Leer detenidamente cada una de las preguntas antes de responder.
2. Seleccionar solo una respuesta por cada pregunta.
3. De tener dudas diríjase al encuestador.
4. Marque con una “X” la respuesta que considere de acuerdo a las siguientes opciones.

Totalmente de Acuerdo (TA), Parcialmente de Acuerdo (PA), Indeciso (I) Parcialmente en Desacuerdo (PD), Totalmente en Desacuerdo (TD)

NOTA: La información suministrada por el encuestado es totalmente confidencial y con fines académicos por lo que no lo compromete a ninguna responsabilidad laboral, social o académica.

Datos generales

Edad: 20 a 30 () 31 a 40 () 41 a más ()

Sexo: Varón () Mujer ()

Tiempo de servicio en UCI:

a. 1 año () b. De 2 a 5 años () c. Más de 6 años ()

Tiene especialidad SI () NO ()

N°	AFIRMACIONES	TA		PA	I	PD	TD
1	Me gusta participar en cursos de capacitación en el área de Enfermería para poder brindar mejores cuidados a los enfermos en fase terminal.						
2	Me desagrada la comunicación directa con los enfermos que se encuentran en fase terminal al intercambiar información en cuanto al tratamiento del dolor u otros síntomas.						
3	Considero que los cuidados en Enfermería se limitan a los pacientes que se encuentran en fase terminal para satisfacer sus necesidades.						
4	Siento incomodidad al brindar cuidados a los pacientes que se encuentran en fase terminal cuando he tenido mucho trabajo difícil.						
5	Considero poco útil que los profesionales de enfermería brinden a los pacientes que se encuentran en fase terminal y a la familia orientación necesaria para su auto cuidado.						
6	Me siento indiferente ante las limitaciones afectivas que rodea a los enfermos que se encuentran en fase terminal, y a su familia.						
7	Considero importante controlar náuseas, mareos y episodios eméticos, en el paciente que se encuentra en fase terminal para aumentar el nivel de confianza hacia su recuperación.						
8	Estoy dispuesto(a) a contribuir en la satisfacción de algunas necesidades materiales, que afrontan los enfermos en fase terminal.						
9	Me es gratificante satisfacer las necesidades fisiológicas de los enfermos que se encuentran en fase terminal.						
10	Creo que los profesionales de enfermería necesitan adquirir nuevos conocimientos y experiencia específica para cuidar a los enfermos que se encuentran en fase terminal.						
11	Me agrada brindar un trato cálido al cuidar a los enfermos que se encuentran en fase terminal.						
12	Muestro apoyo ante las limitaciones económicas de los pacientes que se encuentran en fase terminal.						
13	Soy impaciente al aliviar o atender a los pacientes que se encuentran en fase terminal relacionados al tratamiento del dolor.						
14	Me conmueve que los profesionales de enfermería demuestren tristeza cuando brindan atención a los enfermos que se encuentran en fase terminal.						
15	Me desagrada cuando el enfermo que se encuentra en fase terminal me llama varias veces seguidas para atender su necesidad relacionada al tratamiento y alivio del dolor.						
16	Me produce molestia cada vez que veo a un paciente en fase terminal con desfiguraciones físicas producidas por su propia enfermedad.						
17	Estimo que los profesionales de enfermería poseen una comunicación adecuada para cuidar o atender a los enfermos que se encuentran en fase terminal que están recibiendo tratamiento del dolor.						
18	Estoy dispuesto(a) a brindar cuidados a los enfermos en fase terminal respetando su integridad como persona independientemente de su patología.						

19	Estimo que los profesionales de enfermería mantienen una relación interpersonal de ayuda con los pacientes que se encuentran en fase terminal, orientada en aceptar su enfermedad y al proceso de muerte normal.						
20	Estoy dispuesto(a) a ayudar a los enfermos en fase terminal para sobrellevar los padecimientos que sufren durante su enfermedad.						
21	Priorizo los cuidados con el fin de brindar un mejor confort a los pacientes que se encuentran en fase terminal.						
22	Evado la mirada y me comunico muy poco cada vez que me encuentro con un paciente que se encuentra en fase terminal.						
23	Proporciono alivio y establezco comunicación a través de un contacto cálido y humano con los pacientes que se encuentran en fase terminal, contribuyendo a satisfacer sus necesidades psicoemocionales.						
24	Mis creencias religiosas prevalecen ante las creencias religiosas de los pacientes en fase terminal.						
25	Tengo la capacitación requerida para brindar cuidados paliativos a los enfermos que se encuentran en fase terminal.						
26	Brindo cuidados al enfermo que se encuentra en fase terminal colocándome en su lugar para poder entender sus necesidades.						
27	Me siento sensible ante el dolor que padece el paciente que se encuentra en fase terminal.						
28	Estoy dispuesto a participar en actividades que contribuyan a sensibilizar a sus compañeros de trabajo sobre el trato respetuosos a los pacientes que ingresan a la unidad.						
29	Realizo cuidados que están orientados a respetar la integridad del enfermo en fase terminal.						
30	Me siento impotente cuando percibo el dolor o sufrimiento que padecen los enfermos durante su etapa terminal.						
31	No fomento la comunicación interpersonal con el paciente en fase terminal.						
32	Evado otros síntomas en el cuidado de los pacientes que se encuentran en fase terminal con el fin de brindar atención a otro que lo requiera.						
33	Considero poco importante que la limpieza de las heridas en los pacientes en fase terminal debe ser realizada periódicamente.						
34	Brindo higiene y confort al paciente en fase terminal, ocupándome de otras actividades más importantes.						
35	Considero que las desfiguraciones físicas de los pacientes que se encuentran en fase terminal desmejoran la calidad de vida.						
36	Considero que los cuidados son para los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo.						
37	Considero que los profesionales de enfermería no tienen la obligación de satisfacer las necesidades espirituales de los enfermos en fase terminal durante su estadía en el hospital.						
38	Pienso que los profesionales de enfermería evaden las manifestaciones afectivas con los enfermos en su etapa terminal.						
39	Considero que el profesional de enfermería debe promover información al paciente que se encuentra en fase terminal sobre sus deberes y derechos dentro de la institución.						

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 03

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería

Cajamarca, febrero-marzo de 2017

Propósito del proyecto: El siguiente estudio de investigación será realizado por un bachiller de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, a fines de obtener el título de Licenciado en Enfermería; por lo cual, se desea obtener información sobre la Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal del servicio de UCI del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo de febrero a marzo de 2017

Que se hará: Si acepto participar en este estudio, se me realizará un breve cuestionarios con afirmaciones simples a contestar sobre el tema a investigar.

Riesgos: La participación e este estudio no posee riesgos, ya que mis datos preservados en anonimato.

Beneficios: Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que la investigadora aprenda más acerca de la Actitud del Profesional de Enfermería ante los cuidados que brinda a pacientes en fase terminal, y dicho resultado será de mucha importancia al colectivo universitario y profesionales interesados en el tema.

Mi participación en este estudio, es confidencia; y los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

Consentimiento: Se me ha explicado los objetivos del estudio por lo tanto accedo a participar como sujeto de investigación.

¡Gracias!