

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA
MUERTE DE UN PACIENTE. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

PRESENTADO POR:

Hernán Gonzales Torres

ASESORA

Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios

JAÉN _ PERÚ

2016

**ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA
MUERTE DE UN PACIENTE. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**

COPYRIGHT© 2016 by
HERNÁN GONZALES TORRES

Todos los derechos reservados

A mi familia, en especial a mi madre, y a mi padre que me cuida
desde el cielo y mi hija por ser la razón de mi existencia .

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	vi
LISTA DE ILUSTRACIONES.....	vii
LISTA DE ABREVIACIONES.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.2. Base teórico conceptual.....	7
1.2.1 La actitud.....	7
1.2.2 Componentes de la actitud.....	9
1.2.3 Muerte.....	13
1.2.4 La muerte en el hospital.....	16
1.2.5 Tipos de muerte.....	19
1.2.6 El Enfermero ante el paciente moribundo.....	22
1.2.7 Actitud de enfermero ante la muerte.....	23
1.2.8 Enfermería en la Tanatología.....	25
1.2.9 Atención a la familia.....	26
1.3. Definición de términos.....	27
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO.....	29
2.1. Tipo y diseño de estudio.....	29
2.2. Unidad de análisis, población y muestra.....	29
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
2.4. Procesamiento y análisis de datos.....	31
2.5. Criterios éticos de la investigación.....	31
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	33
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	46
4.1. Conclusiones.....	46
4.2. Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	52

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme dado la oportunidad de realizar los estudios de Licenciatura.

A todos los profesores de la Escuela de Enfermería que nos impartieron clases y que con sus conocimientos y ayuda profesional, facilitaron mi formación académica.

A la doctora Albila Domínguez Palacios, por su asesoría, orientación, apoyo y guía fundamental para lograr la investigación, gracias y que Dios la bendiga.

Al Jurado evaluador, quienes, dispusieron parte de su tiempo, en la revisión del documento, me dieron las orientaciones precisas en el momento justo.

A mi señora esposa, por su apoyo incondicional.

LISTA DE ILUSTRACIONES

		Pág.
Gráficos		
Gráficos 1.	Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.....	36
Gráficos 2.	Actitud afectiva del enfermero del Hospital de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015.....	39
Gráficos 3.	Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015....	42
Gráficos 4.	Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.....	44
Cuadros		
Cuadro 1.	Matriz de Procesamiento de datos.....	58
Cuadro 2.	Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.....	59
Cuadro 3.	Actitud afectiva del enfermero del Hospital de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015.....	59
Cuadro 4.	Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015....	60
Cuadro 5.	Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.....	60
Tablas		
Tabla 1.	Características biosociodemográficas del personal de enfermería que labora en el Hospital General de Jaén.....	33
Tabla 2.	Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.....	61
Tabla 3.	Actitud afectiva del enfermero del Hospital de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015.....	62
Tabla 4.	Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015....	63

LISTA DE ABREVIACIONES

UCI Unidad de cuidados intensivos

HGJ Hospital General de Jaén

RESUMEN

Durante el proceso de morir se experimentan intensas emociones difíciles de contener, en el que se encuentran involucrados la persona moribunda, la familia y el enfermero que cuida, en ese sentido el profesional de Enfermería debe estar preparado para adoptar actitudes que demuestren en todo sentido la calidad del cuidado y el apoyo que propicie una muerte digna. La investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de diseño transversal, tuvo como objetivo Determinar la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en el Hospital General de Jaén. La muestra poblacional estuvo conformada por 46 profesionales en Enfermería. El estudio utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario tipo escala de Likert modificada; El instrumento fue validado mediante la técnica de juicio de expertos; y la confiabilidad fue analizada a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,820. En toda la investigación se respetó los principios éticos. Se concluye que: Las características biosociodemográfico son: Población adulta, de sexo femenino, estado civil casado, creyentes, con más de diez años de experiencia laboral. La actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente es favorable con tendencia a desfavorable. Corroborándose la Hipótesis planteada.

Palabras clave. Actitud ante la muerte, Enfermero y cuidado del paciente moribundo.

ABSTRACT

During the process of dying intense emotions difficult to contain experienced, in which are involved the dying person, the family and the nurse who cares, in that sense the nursing professional must be prepared to adopt attitudes that show in every way the quality of care and support that promotes a dignified death. The quantitative research approach, descriptive, cross-sectional design It aimed to determine the attitude of the nurse at the death of a patient at the General Hospital of Jaén. The population sample consisted of 46 nursing professionals. The study used the technique of survey instrument and as a type of modified Likert scale questionnaire; The instrument was validated by the technique of expert judgment; and reliability was analyzed through Cronbach's alpha coefficient, whose value was 0.820. In all research ethical principles are respected. It is concluded that: biosociodemográfico features are: Adult Population, female, married marital status, believers, with over ten years experience. The attitude of the nurse at the death of a patient is favorable to unfavorable trend. Corroborating the hypothesis.

Keywords. Attitude to death, nurse and care of the dying patient.

INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades llevan a un estadio terminal que inexorablemente avanzan hacia la muerte. La muerte o su proximidad, genera un conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte son la ansiedad, el miedo y la depresión¹. Autores señalan que, en la sociedad occidental, la muerte se vive "como algo extraño, imprevisto, que trunca la vida, y que la mayoría de las veces no está en el pensamiento"².

La muerte ocurre a diario en la práctica de Enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia. El enfermero es el profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el paciente, dedica su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a los pacientes, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, sus necesidades e inquietudes. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional, lamentablemente el profesional de enfermería, no siempre desarrolla una actitud positiva para ayudar al afrontamiento del proceso de agonía y muerte, debido en gran parte al desconocimiento de la conducta a seguir con estos pacientes, y también, al profundo impacto que causa la proximidad de la muerte¹.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de sus seres queridos; se espera una actitud favorable y de apoyo, pero muchas veces surgen sentimientos de miedo, angustia o de evitación al tema y esto se puede traducir en una pobre atención de los pacientes moribundos.

El enfermero, por diversas razones, presenta ansiedad y actitudes que no siempre ayudan a

los pacientes y familiares al final de la vida, continuamente se enfrentan a la realidad de la muerte, pero a menudo intentan evitar el tema ignorándolo.

Se suma a esta situación, la carencia de formación curricular en técnicas de comunicación, la susceptibilidad propia hacia la representación de la muerte y la inseguridad, aspectos que afectan al moribundo, haciéndolo, a su vez, más vulnerable. El tema de la muerte sigue siendo un tabú, con sus características específicas³. El profesional de Enfermería, por su responsabilidad inherente, está continuamente enfrentado a sentimientos de tensión al cubrir las necesidades del paciente. Hay que añadir, además, que aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de la profesión, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso de agonía se le cuida para que se cure y no para que viva con calidad de vida el tiempo que le queda, negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final⁴.

Los familiares, así como los profesionales, atraviesan por problemas psicológicos por las cuales pasa un enfermo al afrontar el proceso de agonía. En esta fase el profesional de enfermería cada vez más habla menos con los enfermos, y también los escucha menos, estableciendo una excesiva distancia emocional, se centra y ocupa exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos.

Otra de las funciones del enfermero también es, procurar que los pacientes tengan, en la medida de lo posible, asegurado su derecho a morir con dignidad; sin embargo, no todo enfermero tiene, la competencia profesional para dispensar este cuidado⁵ los pacientes agónicos, son personas con síntomas cambiantes, severos y difíciles y con el peso de la muerte próxima, hace que su cuidado sea un reto⁴.

El sufrimiento del paciente muchas veces va más allá de su patología, necesitando de una mirada más allá del cuerpo orgánico, es común que las actividades rutinarias y técnicas

sean el recurso que justifique el no establecer los vínculos más intensos con los pacientes, minimizando así su sufrimiento⁶.

En el Hospital General de Jaén (HGJ) se observa similar situación, ya que el personal de enfermería, en la mayoría de veces no sabe cómo afrontar el proceso de agonía y muerte, el enfrentarse a la muerte dentro de su práctica diaria, le genera una serie de sentimientos tales como culpa, miedo, huida, ansiedad y actitudes como distanciamiento, lo que disminuye su capacidad de afrontamiento del evento. Es muy difícil también su reacción frente a la familia cuando un paciente muere en su servicio.

Frente a esta situación se planteó la siguiente interrogante: *¿Cuál es la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en el Hospital General de Jaén, 2015?*

La hipótesis planteada fue: La actitud del profesional de enfermería ante a la muerte de un paciente, en el Hospital General de Jaén es favorable.

El objetivo general fue: Determinar la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en el Hospital General de Jaén, y los objetivos específicos estuvieron orientados a: a) Identificar las factores biosociodemográficas del personal de enfermería que participó en el estudio y b) Describir la actitud del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente cognitivo, afectivo y conductual;

Las actitudes son la antesala directa de la conducta manifiesta, conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas permitirá intervenir y orientarlas hacia una actitud positiva.

El estudio aportan evidencia científica acerca de la actitud de los profesionales de enfermería ante el proceso de agonía y muerte, lo que permitirá a los directivos y personal de enfermería, diseñar y ejecutar planes de capacitación continua acerca del manejo

integral de los pacientes en esta etapa, con la finalidad de garantizar un cuidado integral y humanizado y que ayude a las personas a tener una muerte digna; por otro lado, proporcionará bases para la realización de otros estudios que se realicen referente a esta temática.

Los resultados del estudio también beneficiaran a las Escuelas de Enfermería de las universidades a nivel local, al proporcionar información relativa a las necesidades de formación del recurso humano en enfermería referentes al cuidado durante el proceso de agonía y muerte.

El contenido se ha organizado de la siguiente manera: *La introducción*; la misma que describe el planteamiento del problema, la hipótesis, los objetivos y la justificación. *Capítulo I*, describe el marco teórico que comprende los antecedentes del estudio, y la base teórica conceptual. *Capítulo II*, presenta el marco metodológico, comprende el tipo y diseño de estudio, unidad de análisis, población muestral, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procesamiento y análisis de los datos, y los aspectos éticos. *Capítulo III*, presenta los resultados y discusión; y finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

Luego de realizar la revisión de antecedentes se han encontrado algunos estudios relacionados. Así, Maza y Savala⁷ en su estudio "Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes", en Chile, concluyeron que el profesional de enfermería en su mayoría tiene una actitud positiva ante la muerte; la edad de su primer contacto con la muerte, los años de experiencia profesional y la preparación de pregrado en relación a la muerte son factores que influyen en el profesional de enfermería para que tenga una actitud positiva o negativa.

Gala León, et al⁸, en su investigación "Actitud ante la muerte del personal de salud en el Hospital J.M. de los Ríos" de Sevilla, obtuvieron los siguientes resultados: Los encuestados, exponen la presencia de actitudes positivas de aceptación, sobre todo a nivel cognitivo, pero también predominan actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (temor), que son determinantes en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias, sobre todo el personal de enfermería en un 65 por ciento evita enfrentar la muerte. No existe relación significativa entre las dimensiones que se refieren a diversas manifestaciones de actitud y al resto de las variables sociodemográficas.

En Costa Rica, Artiaga⁹ realizó un estudio sobre el "Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario, en el personal de enfermería identifican una visión homogeneizada del cuidado ante la muerte, las actitudes manifestadas son, desaliento por la formación académica que han recibido en

torno a los procesos de duelo y muerte, consideran que, el fallecimiento de un paciente bajo cuidado genera estrés. Los participantes manifestaron sentirse afectados tanto por la muerte de una persona en circunstancias trágicas o súbitas, como luego de un proceso de intervención médica.

En el estudio descriptivo correlacionado realizado por Maza, Zavala y Merino¹⁰, cuyo propósito fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, realizado en los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano; los resultados 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. Se concluyó 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 psico emocional 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.

Analizando los resultados de las investigaciones, nos damos cuenta que la actitud que demuestra el personal de enfermería ante la muerte es negativa, la cual lleva a tener una comunicación apática con los familiares, dejando a un lado los sentimientos ante la muerte, lo cual quiere decir que presta sólo una atención al moribundo en lo físico más no en lo espiritual, olvidando los principios bio éticos de la profesión.

1.2. Base teórico conceptual

1.2.1. Actitud

Etimológicamente la palabra actitud se refiere a una acción o hecho. En ocasiones se entiende como una postura tanto del cuerpo como del ánimo de las personas⁷.

Existen diversas definiciones sobre actitud, a continuación se menciona algunas de ellas:

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud¹¹.

Para Morris¹², "una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien"

Morales¹³ dice la actitud es una "predisposición aprendida, no innata, y estable, aunque puede cambiar, reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)"

Por su lado Muchielli¹⁴ refiere "Una actitud es una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)".

Morales¹³, al hacer un análisis de las definiciones deduce una serie de aspectos fundamentales de las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales, entre estos aspectos destaca:

Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas. Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida

individual o grupal.

Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja deseos, voluntad y sentimientos.

Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en la manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente.

Se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien.

Las actitudes son valoradas como *estructuras de dimensión múltiple*, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.

Siendo las actitudes experiencias subjetivas (*internas*) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado¹⁵.

Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas.

Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una

tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual¹².

Las actitudes varían dependiendo de factores como la edad, el género, el estatus social, el contexto educativo, el contexto cultural. En general se dice que las actitudes son predictores del comportamiento, pero se debe tener en cuenta que existen otras variables de las que recibe el influjo. Papalia¹⁶ sugiere que la conducta determina la actitud, ya que son ajustes necesarios frente al conflicto con los que se sabe, se siente y actúa.

1.2.2. Componentes de la actitud

Rodríguez¹⁷ distingue tres componentes de las actitudes:

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 que se tiene sobre un objeto, por ejemplo el pensar, considerar, creer, entender, conocer, reflexionar, etc.

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 ejemplo mostrar agrado, desagrado, gusto, disgusto, disfruto, sufrimiento, etc.

Componente conductual: es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud, por ejemplo aceptar, aportar, reconocer, ayudar, escuchar, expresar, asistir, preparar.

Según Papalia¹⁶ existen tres teorías acerca de las actitudes:

La *teoría del aprendizaje*. Esta teoría dice que se aprende actitudes del mismo modo, en que se aprende todo lo demás. Al aprender la información nueva, se aprende los

sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que se recompensa, el aprendizaje perdurará.

Teoría de la consistencia cognitiva. La incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

Teoría de la disonancia cognitiva. Siempre que se tiene dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, se está en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que la persona se sienta incómoda psicológicamente y por eso se debe hacer algo para disminuir esa disonancia.

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que se hace algo contrario a las creencias más firmes sobre lo que es correcto o apropiado, cuando se sostiene una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice la experiencia pasada o cuando se hace algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

La teoría de la disonancia cognitiva creada por Festinger¹⁸, ayuda a comprender los cambios de actitud. El autor sugiere que cuando se tiene una creencia o un sentimiento y se actúa contrariamente a ellos se crea una tensión psíquica (disonancia cognitiva), la cual tiende a resolverse. El cambio de actitud representa el medio más sencillo de reducir el malestar provocado por la disonancia. Existen otras maneras de atenuar la disonancia sin cambiar la conducta, puede ser: aumentar el número de elementos consonantes y reducir lo importante de uno o ambos elementos cognoscitivos. Esta teoría explica parcialmente la influencia de las actitudes en las conductas y viceversa.

Las actitudes, desde un punto de vista psicológico, se expresan y se hacen tangibles a los

sentidos en tres dimensiones: a nivel conductual, a nivel ideativo y a nivel emocional.

A nivel conductual una actitud se expresa cuando se ve, por ejemplo a una enfermera comportándose amablemente con la familia o el usuario. Pero esta amabilidad también tiene su expresión a nivel ideativo, que es el pensamiento que en ese momento la enfermera tiene cuando se dice a si misma, es importante que sea amable con esta persona. Por último la amabilidad como actitud se expresa también a nivel emocional, es decir, la enfermera no sólo lo piensa y actúa, sino también lo siente.

Las actitudes, resumen la manera de comportarnos en una situación determinada. Las actitudes pueden ser positivas o negativas, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar su realidad en cada momento de su vida. Así una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo y de dificultad mayor, sería por ejemplo considerar que se trata de una oportunidad de desarrollo laboral, de ser más capaz en lo que hace, de demostrar que aprende en poco tiempo y lo hace bien, un reto a las propias capacidades.

Mientras una actitud negativa al enfrentar la misma nueva tarea, en otra persona puede quedar reflejada en la autorreflexión. ¿más trabajo?. Esto no me gusta, o se están aprovechando de mi buena voluntad. Por supuesto los buenos resultados no se logran sólo con buenas actitudes, hay allí conocimientos, habilidades, experiencia acumulada, entre otros aspectos.

Pero si no se tiene una actitud adecuada, es difícil que las personas puedan alcanzar sus objetivos y metas. Las actitudes marcan pautas de comportamientos no sólo individuales sino también grupales.

El sistema de valores y creencias constituyen la esencia más íntima de un individuo, por

ello cada persona necesita de ellas para poder desarrollarse como tal.

Las creencias religiosas tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro.

El enfermero dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez debe facilitar la asistencia necesaria. Por ello debe conocer los valores y creencias de las personas. Para ser eficaz en su actuación el enfermero debe examinar y revisar sus propias creencias y valores personales.

Ayudar a encontrar un significado a lo que está pasando, por ejemplo proporcionar recursos espirituales, informar a la familia sobre los medios con los que cuenta el hospital para satisfacer las necesidades espirituales y procurar que se beneficien con ello en lo posible, enseñar a la persona a controlar sus emociones.

La ternura, es una actitud que sugiere cuidado, protección, ayuda. Presupone dos cualidades: afecto y protección. Para ser tiernos, se ha tenido que vivenciarlo, una persona que no ha sido acariciada, querida, valorada, difícilmente puede producir en su vida adulta, un actitud de ternura hacia los demás.

Rechazo, el sufrimiento del otro también puede provocar angustia, miedo o temor y entonces, más que una actitud de ayuda se producirá el rechazo o la huida.

Gestos, una persona enferma es un ser indefenso e impotente, a mayor gravedad de la enfermedad mayor será su grado de regresión. La palabra da paso a los gestos, un abrazo, una caricia, una mirada comprensiva, es la mejor forma de comunicación. Es importante el contacto físico, un abrazo en los momentos de crisis neutraliza la fuerte angustia.

Los valores en enfermería están íntimamente unidos al acto de cuidar. Se resalta la noción de responsabilidad, cada enfermero es responsable de lo que piensa, siente, dice y hace. Hay responsabilidad por palabra, por obra y omisión, cuidar de alguien es preocuparse por otro ser, y asumir esta preocupación como un deber moral.

Participar de forma empática, significa vivir su sufrimiento, tomar conciencia de lo que siente; en el cuidar lo que vincula con el enfermo es la empatía¹⁹.

1.2.3. Muerte

Es, en esencia, un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida. El proceso de fallecimiento aunque está totalmente definido en algunas de sus fases desde un punto de vista neurofisiológico, bioquímico y médico, aún no es del todo comprendido en su conjunto desde el punto de vista termodinámico y neurológico y existen discrepancias científicas al respecto.

Adicionalmente no se ha definido científicamente en qué parte del proceso está el umbral en que se pasa de la vida a la muerte¹⁹.

El proceso de morir:

Un paciente percibe de muchas fuentes que su fin está cercano, no solo de una información veraz y honesta dada por el médico. La información acerca del estado de salud y el pronóstico es manejada a diferentes niveles por cada paciente de acuerdo a la calidad de la relación existente y a las necesidades y defensas de que el paciente dispone en un momento dado.

Aunque verbalmente no se haya sido explícito con un paciente acerca de su gravedad. Su

propio deterioro, los cambios perceptibles en la conducta y actitudes de sus seres queridos, las modificaciones en los planes de tratamiento preestablecidos por los médicos, los comentarios y actitudes evasivas del personal de salud y de los familiares y los conocimientos y averiguaciones del paciente con respecto a su enfermedad lo llevan a concluir con certeza que se enfrenta a la muerte cercana²⁰.

Espiritualidad ante la muerte:

La naturaleza de seres racionales obliga a buscar un por qué a todos los eventos que nos rodean, pero ante el terrible momento de la muerte, esa búsqueda en la mayoría de los casos sólo trae más dolor. El momento en que ocurre la muerte y las características de ella, influyen en el sufrimiento posterior de la familia y amigos más cercanos. Así pues, si la muerte se presenta en una persona mayor, que está sufriendo mucho, puede presentarse como la más dulce de las “causas naturales”.

En estos casos, pareciera que la sociedad comprende la muerte y la acepta con mayor templanza. Pero cuando la muerte aparece en la juventud, o más aun en la niñez relacionadas con violencias, accidentes o enfermedades, ya no se puede obviar el dolor ni para quien padece la agonía, ni para su familia, es más, para ésta, sobre todo en la sociedad latina, en que los lazos afectivos son fundamentales, la experiencia de la muerte en la juventud y el aparente sin sentido de ella, constituye un pilar de sufrimiento, que marca a la familia para siempre.

Cada persona sin embargo, a través de la influencia de sus propias vivencias personales, familiares y afectivas presenta matices más o menos importantes en su manera de enfrentar la vida y sus emociones. Sin duda, cobra aquí un realce significativo la figura del credo religioso²⁰.

Calidad de muerte:

Así como preocupa brindar calidad de vida a su paciente y, en consecuencia, el no abandono del caso hasta que sobrevenga la muerte, el equipo de salud debe también asumir como responsabilidad el ofrecer buena calidad de muerte.

Muchas agonías que habrían conducido a la muerte natural en pocas horas han sido dilatadas por semanas y meses debido a los temores de enfrentar la reacción del paciente y su familia ante la honesta información, o a su desconocimiento de que existen nuevas alternativas científicas y humanas para enfrentar la muerte de un paciente como son los cuidados paliativos.

Muchas veces se excede en procedimientos y conductas médicas inútiles y causantes de sufrimiento adicional al paciente y a su familia, las más de las veces por temor a admitir la muerte próxima no como un fracaso, sino como un hecho final y natural.

Una buena muerte es una meta, un desafío, y comprende tareas tales como luchar porque la dignidad del ser humano, que no se pierda en ningún momento y respetar siempre el derecho del paciente y familia de conocer las opciones disponibles y a participar activamente en las decisiones que se tomen acerca de su final, reteniendo así una valiosa proporción de *control* sobre su vida.

La información acerca de los posibles eventos difíciles que probablemente rodearán la muerte de un paciente en particular y el procurarle a la familia recursos, herramientas y elementos que controlen una situación probable de pánico, es uno de los aspectos que en la práctica diaria con pacientes terminales se debe tener en cuenta.

El sufrimiento de un paciente puede ser expresado verbalmente en forma clara cuando se dispone de un ambiente afectivo o puede expresarse de forma velada a través de conductas

hostiles, distancia y aislamiento, hipersensibilidad al dolor y a los medicamentos, ansiedad, depresión y accesos de pánico.

Ahora bien, conviene dejar en claro una vez más que una parte del sufrimiento que experimenta el paciente que está enfrentado a su propia muerte en un plazo más o menos breve, no es eliminable y corresponde a su propia sensación de duelo interior por la inminente pérdida de la vida, con sus proyectos, sus afectos y cada uno de los seres a quienes ama. Dejar de ser, dejar de existir es su realidad incambiable genera ansiedades, dolor y muchas veces rabia. Sin embargo, aun este sufrimiento inevitable, al ser compartido con un ser humano capaz de contenerlo, de tolerarlo y de ofrecer su compañía, es susceptible de aliviarse, permitiendo así una mejor aceptación o resignación ante la muerte. Es este el argumento que justifica el aporte de un psicólogo debidamente entrenado en el equipo de salud que asiste a un paciente que se enfrenta a su propia muerte²¹.

1.2.4. La muerte en el hospital

Una de las circunstancias que probablemente más ha influido en el concepto que la sociedad occidental tiene de la muerte es el lugar donde muere el hombre independientemente del tipo de muerte que le sobrevenga.

Desde tiempos remotos la imagen de la *buena muerte* se asociaba con la muerte en la casa rodeada de los suyos. Hoy las cosas han cambiado en la mayoría de los países industrializados, la muerte es solitaria, anónima e impersonal en la habitación de un centro hospitalario, de manera que la muerte se ha alejado del espacio doméstico para ir desplazándose progresivamente a los centros asistenciales donde el individuo se encuentra rodeado de toda clase de sofisticados y extraños aparatos y tubos que vienen a sustituir, en alguna medida, los cuidados que en otras circunstancias le dispensarían familiares y amigos.

Hoy en día, el hospital es el lugar en donde tiene lugar la muerte, tanto es así que se ha convertido, en el camino hacia la muerte, o en el lugar de la *muerte solitaria*.

Esta actitud debe ser examinada detenidamente porque hace referencia casi exclusivamente a la atención técnica y descuida la humanización del cuidado, despojándola de los sentimientos que emanan del entorno familiar al no estar presentes las personas allegadas en caso de que se produzca el desenlace.

Entre los aspectos que refuerzan que la muerte ocurra en un centro hospitalario son la centralización de la tecnología biomédica, la estructura de la familia moderna, hoy se han separado las diferentes generaciones, y viven juntas pocas veces. Padres e hijos, hermanos y hermanas, dispersos por ciudades a veces lejanas, no pueden ayudarse unos a otros ni encargarse de atender a sus parientes enfermos. Los que tienen una actividad profesional están obligados a unos horarios que no les permiten quedarse al lado del moribundo ni hacer turnos para atenderle. En esta situación se encuentran a veces los esposos, los hijos, los padres.

Otra de las razones es la búsqueda de garantías terapéuticas, dada la naturaleza de los cuidados requeridos, es un argumento en favor de la hospitalización. La seguridad de los cuidados que proporciona el hospital decide a las familias a colocar a los moribundos en servicios con asistencia médica ya que se cubrirán mejor las exigencias de tratamiento, a diferencia de la escasez de medios de los que disponen los hogares.

Quizá esta última y el resultado del cambio de nuestro modo de vida sean los dos aspectos que más han influido en que la habitación del moribundo haya pasado de la casa al hospital, hecho por lo demás aceptado tanto por las familias como por el personal médico y facilitado por su complicidad.

Una de las ventajas más sobresalientes de las que goza el hospital es que se percibe como un centro dotado de gran poder y eficacia terapéutica a través de su personal y medios materiales, por eso adquiere la imagen tranquilizante y desangustiante.

En realidad, la institución hospitalaria puede ofrecer soluciones muy acertadas a los diferentes aspectos que se le presentan; es indiscutible que la moderna tecnología permite la posibilidad de una buena asistencia para prolongar la vida en lo posible, mejorando la fisiología del paciente, atenuando o suprimiendo los sufrimientos, ya que posee la instrumentación adecuada, el personal especializado y los fármacos necesarios.

Por otra parte, el inconveniente fundamental de la hospitalización con su progreso tecnológico y modernidad al que aludimos, hace que el estar rodeado por máquinas incomprensibles en su mayoría, otorga un espacio supertécnico, lleno de monitores que emiten sonidos nunca antes escuchados, de catéteres, de batas blancas. Exige del paciente la ruptura con su medio natural, el aprendizaje de nuevos roles, el cumplimiento de más deberes que derechos debiendo asumir prolongadas separaciones y aislamientos de un contacto significativo con los miembros queridos de su familia.

En estas circunstancias el enfermo se siente aislado y sin encontrar ninguna posibilidad de romper su aislamiento, pues ni puede ni tiene ocasión de comunicar su angustia y puede ocurrir que esta separación del medio familiar o local que supone la hospitalización, pueda constituir la primera etapa en el camino hacia la muerte.

El personal cumple con el tratamiento, pero no suele atender las quejas de los pacientes, ni su dolor o aflicción, ignoran la ira o la depresión que puedan sufrir los individuos por no "pertenecer a su cometido en este momento". La inquietud por la humanización hospitalaria adquiere mayor relevancia en la atención de los enfermos de UCI por considerarles en peligro de muerte inmediata, la mayoría de ellos inconscientes y, por lo

tanto, plantean relaciones especiales, sobre todo en las delicadas situaciones de coma irreversible.

De la institución hospitalaria se espera que asegure una *buena muerte*, en caso de que ésta se produzca, es decir; en cierto modo se le hace responsable de la calidad de la muerte que tenga el enfermo²².

1.2.5. Tipos de muerte

Papalia¹⁶, hacen referencia a cuatro tipos diferentes de muerte:

La *muerte sociológica*, separación emocional que se efectúa entre el paciente y las figuras importantes de su vida, antes del deceso.

Normalmente cuando un paciente se halla en la fase final de su enfermedad, tanto los familiares y allegados como el personal de salud tienden a retirarse de su lado, les habla en tercera persona, los tratan como objetos; de este modo, se refieren al paciente con un lenguaje despersonalizado (el de la cama 4, el de la trombosis...) tratándolo como un número o una enfermedad siendo tratado prematuramente como si la muerte biológica se hubiese producido.

La *muerte psicológica* consiste en que toda la actividad psicológica del individuo (sentimientos, necesidades y pensamientos) se detiene aceptando definitivamente su muerte inminente.

Se exponen e interpretan tres formas de muerte psicológica. La primera forma de muerte es la que persiste en el ánimo de aquellos supervivientes de desastres naturales o provocados por los hombres, los cuales quedan tan marcados que sienten la muerte como si fuera de un familiar cercano. La segunda forma de muerte psicológica es aquella que presentan las

personas que se encuentran psicológicamente ausentes, parecen extraños, tienen la mirada vacía y deambulan como "muertos que andan". El "sentimiento de culpa" es la característica común. La tercera forma de muerte psicológica la denominan "Alienación completa de Sí" y es la que experimentan aquellas personas que en el último período de su vida viven internados en residencias, situación que suscita un profundo sentimiento de soledad y aislamiento.

La *muerte biológica* es el momento en que el ser humano deja de funcionar como un todo mientras que la *muerte fisiológica* es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico. La primera de ellas se identifica con la muerte cerebral y la segunda con la ausencia de signos vitales.

Respecto a la forma en que sobreviene la muerte también es posible distinguir varios tipos ya que a veces se puede presentar de manera inesperada, precipitada; otras, en cambio puede durar horas, días y hasta meses. Se ha identificado dos tipos de muerte que no se parecen entre sí. Distingue, por un lado la *Muerte Lenta* y por otro la *Muerte Súbita*. Se habla de *Muerte Lenta* cuando la vida de un individuo se va retirando poco a poco y la muerte avanza gradualmente.

La espera prolongada" permite, tanto a la víctima como a la familia, la elaboración de sus reacciones emotivas. Se sabe que este modo de morir es el más frecuente, el que acaece a la mayor parte de la gente. El que muere así, gradualmente y de forma lenta, ha sido identificado desde siempre como moribundo, el que entra en agonía es decir, en el período que precede a la muerte.

Por otra parte se habla de *muerte súbita* cuando ésta aparece de modo inesperado; se trata de una forma instantánea que hace pasar sin transición del estado de vida, al estado de muerte. En este caso el paciente carece de posibilidad alguna de reaccionar al respecto. La

muerte súbita no cuenta, por lo general, con una ubicación precisa y mucho menos institucional. Casi siempre, tales casos se presentan en un contexto de extrema urgencia, dando lugar a distintas situaciones según las circunstancias en que sobreviene.

En relación a este hecho una muerte súbita acaecida en el propio domicilio como consecuencia, por ejemplo, de una enfermedad que padece el individuo desde hace largo tiempo, pero que se agrava bruscamente reviste unos caracteres de intimidad, acontecimiento particular y distinto según las características del entorno, que la hace diferente de aquella que se produce fuera de él en cuyo caso adquiere un cariz más neutro y resulta más anónima.

El ejemplo más frecuente lo tenemos en el de la muerte a causa de un accidente de tráfico, por su parte, al hablar de este tipo de muerte la denomina *imprevista* y distingue tres clases:

- 1) *La muerte prematura*: es la desaparición de alguien en su temprana edad, maduración o desarrollo. Es cuando se considera la muerte de alguien como no oportuna, como acaecida a destiempo. Este tipo de muerte aunque puede ser completamente fortuita, nos puede conmocionar, confundir o desorganizar por eso se la considera también como injusta e innecesaria.
- 2) *La muerte inesperada*: se diferencia de la anterior en que puede ocurrir a cualquier edad, aunque también se caracteriza por ser repentina, impredecible y nos halla desprevenidos.
- 3) *La muerte calamitosa*: ésta no sólo es prematura o inesperada, sino que es violenta, impredecible, destructora y degradante. El suicidio y el asesinato, son calamidades, aunque la autodestrucción haya sido citada a veces como una de las libertades del hombre.

Sabemos que los sucesos repentinos adquieren un carácter sumamente estresante, no sólo por su impacto directo sino también por interrumpir los elementos estructurales de la vida de la gente, las reacciones emocionales que acompañan a una muerte repentina atraviesan por varias fases:

La primera, es la respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte. Esta reacción se contempla como autoprotección natural.

En la segunda fase ya no puede ser eludida la realidad de la muerte y empiezan a sobresalir los sentimientos relacionados con la pérdida. Es un momento de preocupación y amor intensos por la persona muerta.

Hasta la tercera fase, es cuando se produce una aceptación gradual de la pérdida y se rompen los vínculos con el muerto. Esta etapa final comprende un movimiento hacia un funcionamiento vital sin el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo perdido.

La experiencia ha demostrado que mientras más jóvenes son los miembros que mueren súbitamente más alteración se produce en el resto de la familia, tanto a niveles prácticos como psicológicos.

1.2.6. El Enfermero ante el paciente moribundo

El enfermero es el profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes. El enfermero es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de "salvador". No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable²³.

1.2.7. Actitud del enfermero ante la muerte

La actitud de los enfermeros ante la muerte puede ser transitoria. En general, la muerte genera una variedad de actitudes y emociones, principalmente de naturaleza aversiva. La muerte supone la mayor amenaza para la vida y las conductas de evitación no sólo se dan ante la muerte de una persona, sino también ante la presencia de una persona enferma.

La actitud ante la muerte puede ser valorada en sus tres componentes que la constituyen: cognitivo, afectivo y conductual, éstos componentes pueden o no estar relacionados dependiendo de muchos factores. Por lo tanto una persona puede sentir algo como favorable, por ejemplo atender a un paciente moribundo, pero no necesariamente actuar de acuerdo a ese sentimiento, es decir pudo o no brindar cuidado a los enfermos al final de su vida. Las actitudes pueden evaluarse, utilizando instrumentos para recoger datos sobre actitudes llamadas *escalas de actitudes* o sistema de medición directas.

a) Componente cognoscitivo ante la muerte

Los indicadores de este componente son:

Creencias: Estado mental en el que un enfermero tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de la muerte, se expresa a través de una afirmación, no tiene

una base científica.

Valores: Estados a los que los enfermeros dan importancia, por ejemplo, seguridad, amor, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.

Conocimiento: Información adquirida a través de la experiencia.

b) Componente afectivo ante la muerte

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.

c) Componente conductual ante la muerte

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

Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.

Responsabilidad: Valor que está en la conciencia del enfermero 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.

Rechazo: Resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce²³.

1.2.8 Enfermería en la Tanatología

La profesión de Enfermería no sólo debe de basarse a su labor teórica, sino que debe de integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente. Los enfermeros ante la muerte deben de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que exige en primera instancia “ser personas” y en segundo lugar el “ser enfermeros”. Para establecer una relación terapéutica enfermero-paciente, es vital que los enfermeros tengan un autoconocimiento del rol que desempeñan; de sus propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que se tenga.

Las bases de relación enfermera-paciente son:

1. Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las

actuaciones y necesidades del paciente.

2. La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a los pacientes haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor. Se deben ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Se debe comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que está muriendo. El principal y primordial objetivo es respetar la autonomía del paciente en su capacidad de decisión y actuación, en nuestra relación enfermera-paciente. Existen 7 campos o áreas de actividad de los cuidados de enfermería ante un paciente moribundo:

A. Función de ayuda al enfermo.

B. Función docente y tutelar.

C. Función diagnóstica y de vigilancia del paciente.

D. Acción eficaz de situaciones que cambian rápidamente.

E. Administración y supervisión de intervenciones y tratamientos terapéuticos.

F. Supervisión y garantía en la actividad de asistencia.

G. Coordinación en la organización del equipo interdisciplinario²⁴.

1.2.9. Atención a la familia

La familia atraviesa también las etapas de adaptación a la enfermedad, con niveles mayores de ansiedad, incluso, que el propio paciente requiriendo una atención especial durante el proceso. Los miembros de la familia experimentan un importante sufrimiento durante la

enfermedad por la presencia inevitable de dudas, temores y miedos, así como también por la sobrecarga que supone la asistencia del paciente.

Como la familia desempeña un papel fundamental en la atención domiciliar del paciente moribundo, la situación familiar debe ser valorada periódicamente ya que en determinadas circunstancias puede modificarse bruscamente repercutiendo negativamente en el cuidado del paciente.

Como miembros integrantes del equipo terapéutico, los familiares han de ser convenientemente instruidos e informados acerca de diferentes aspectos de la enfermedad y de la atención al paciente como son: alimentación, higiene, cambios posturales, fármacos, actitud con el enfermo y actuación frente a posibles complicaciones²⁵.

1.3. Definición de términos

Paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.

Cuidado enfermero: Actividad que un enfermero despliega para atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

Profesional de enfermería: Persona que está a cargo de la gestión del cuidado de un paciente, la cual realiza acciones con conocimiento a través de una base teórica.

Emoción: Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

Sentimiento: Estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente.

Afecto: Es la inclinación que un individuo tiene hacia una persona o cosa.

- Conducta:** La conducta es la manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones.
- Agonía:** Momento en el que, el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto. Representa el momento más crítico de los cuidados por las cargas emocionales que conlleva.
- Muerte digna** Derecho que ostenta todo paciente que padece una enfermedad irreversible e incurable y que se halla en un estado de salud terminal, de decidir y manifestar su deseo de rechazar procedimientos que prolonguen su vida.
- Cuidado paliativo:** Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o potencialmente mortal.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y diseño de estudio

El estudio de investigación es, de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo de diseño transversal.

Es de enfoque cuantitativo, porque se obtuvieron datos susceptibles de cuantificación como son las actitudes que tienen las enfermeras hacia el proceso de agonía y muerte.

Es de tipo descriptivo, porque buscó determinar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de un paciente.

De diseño transversal, porque el estudio se realizó en un tiempo y espacio determinado, durante el año 2015.

2.2. Unidad de análisis, población y muestra

Unidad de análisis

Cada uno de los licenciados en enfermería del Hospital General de Jaén, que formaron parte del estudio.

Población muestral

La muestra poblacional estuvo conformada por todos los licenciados en enfermería que laboran en el Hospital General de Jaén, por ser una población finita, 46 personas, se trabajó con el total de la población, constituyéndose en una población muestral.

La muestra se seleccionó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería de los servicios de hospitalización y emergencia.
- Nombrados y contratados
- Varones y mujeres
- Que aceptaron participar en el estudio una vez que conocieron los objetivos.

Criterios de exclusión:

Profesionales de Enfermería que estuvieron haciendo uso de su periodo vacacional, que en este caso fueron dos.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, y como instrumento el cuestionario tipo escala de Likert modificada (Anexo 01), el que nos permitió medir la variable de estudio actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente, el cual fue estructurado en dos partes: La primera las características biosociodemográficas y la segunda los ítems correspondiente a la actitud ante la muerte con tres alternativas de respuesta: de acuerdo, indiferente, en desacuerdo.

Para la medición de las preguntas se asignó un valor del 1 al 3 a cada una de las respuestas, asignando los valores de la siguiente forma: De acuerdo (3); indiferente (2); en desacuerdo (1).

Las actitudes fueron expresadas en tres categorías:

Actitud favorable : 70 a 90 puntos

Actitud indiferente : 30 a 60 puntos

Actitud desfavorable : < de 30 puntos

El instrumento fue validado mediante la técnica de juicio de expertos constituidos por cinco profesionales en Enfermería, quienes actuaron como jueces verificando si cada uno de los ítems propuestos medía lo que pretendía en cuanto a precisión, relevancia y pertinencia (Anexo 03). A fin de analizar la consistencia interna del cuestionario, se llevó a cabo una prueba piloto, en 20 licenciados de Enfermería que no pertenecieron a la muestra poblacional. Los resultados arrojaron un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,820, lo que significa que es confiable (Anexo 04).

2.4. Procesamiento y análisis de datos

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

2.5. 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 participantes del estudio decidieron libremente si participan 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 va a utilizar, se aclararon algunas dudas que se presentaron durante su aplicación, se les aseguró tutelar la confidencialidad de la información brindada, asegurándoles que serán utilizados solo con fines de investigación. Los Enfermeros aceptaron participar luego de la

información 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 los participantes en todo momento.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

I. Características bio sociodemográficas del personal de enfermería que formó parte de la muestra

Tabla 1. Características biosociodemográficas del personal de enfermería que labora en el Hospital General de Jaén.

<i>Características Bio socio demográficas</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
	46	100
1. Grupo de Edad:		
28 a 36 años	13	28,3
37 a 45 años	12	26,1
46 a 54 años	13	28,3
55 a más	8	17,4
2. Sexo:		
Masculino	13	28,3
Femenino	33	71,7
3. Estado Civil:		
Casado	35	76,1
Soltero	11	23,9
4. Religión:		
Creyente	46	100,0
No Creyente	0	0,0
5. Servicio en que labora:		
Emergencia	15	32,6
Sala de Operaciones	8	17,4
Neonatología	5	10,9
Medicina	5	10,9
Pediatría	4	8,7
Otros	9	19,5
6. Experiencia Profesional:		
Menor de 5 años	5	10,9
De 5 a 10 años	11	23,9
De 11 a 17 años	14	30,4
Más de 17 años	16	34,8
7. Frecuencia de conversación sobre la muerte:		
Con frecuencia	4	8,7
A veces	41	89,1
Nunca	1	2,2

Del 100 por ciento de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital General

de Jaén, el 28,3 por ciento de los participantes están comprendidos entre los grupos de edad de 28 a 36 años y 46 a 54 años respectivamente; la edad mínima es 28, la máxima 68 y la edad promedio 41 años.

Siete de diez profesionales de enfermería son mujeres (71,7%), su estado civil es casado (76,1%), la totalidad son creyentes, profesan la religión católica.

En cuanto a las características laborales, el mayor porcentaje de enfermeros están concentrados en los servicios de emergencia (32,6%) y sala de operaciones (17,4%), con una experiencia profesional mayor a 11 años (65%). Cuando se les pregunta con que frecuencia la muerte es un tema de conversación entre los profesionales de enfermería, el 89,1 por ciento dice que a veces.

Si se hace el análisis de la edad considerando los tres grandes grupos de edad: jóvenes, adultos y viejos, la población de enfermeros, está concentrada en el grupo de edad adulta.

Por lo que, se concluye que la mayoría de los profesionales de enfermería en el Hospital General de Jaén, son adultos, de sexo femenino, casados, creyentes, con experiencia en el cuidado de pacientes en la etapa final de la vida. Los resultados son contrarios con las características de los enfermeros que atienden a pacientes en la etapa terminal, que participaron en el estudio realizado por Salazar²⁶ en Lima, los encuestados son adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 30 a 39 años, de sexo femenino, son convivientes, contratados y no tienen experiencia en el cuidado del paciente en la fase terminal.

Por otro lado, históricamente la Enfermería como profesión se ha asociado al trabajo de la mujer. Por un lado la misma sociedad feminizó la profesión y por otro, se pensaba que no sería un área de interés para los hombres, pues no poseía el reconocimiento por parte de la

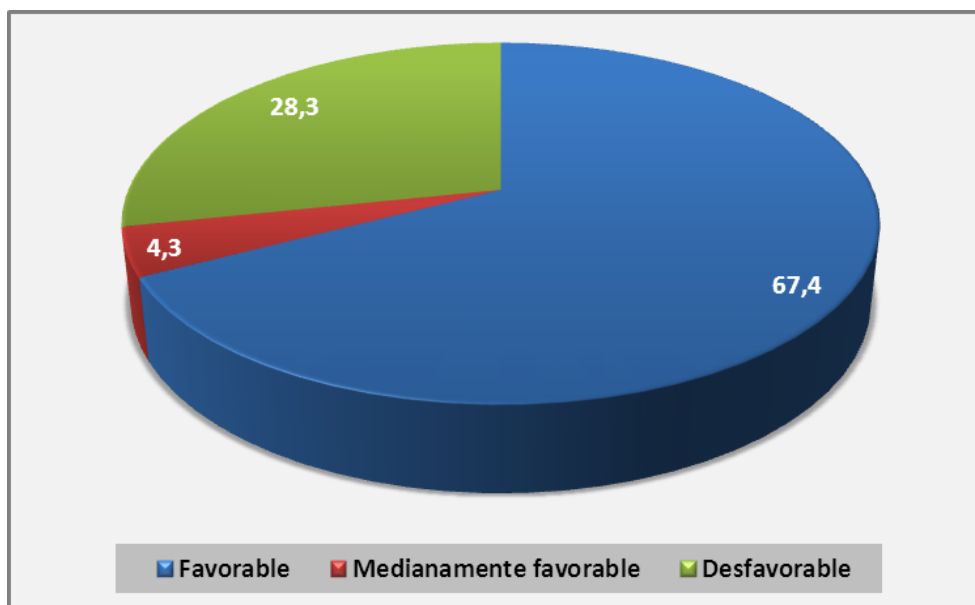
sociedad patriarcal imperante en el siglo XIX. En Chile, Osses²⁷ reportó que ocho de cada diez profesionales de enfermería son mujeres, dato que corrobora los resultados del estudio, donde una alta proporción de enfermeros son del género femenino. Como se sabe la Enfermería nace como profesión conformada exclusivamente por mujeres; sin embargo, en la actualidad, cada vez son más los hombres que deciden estudiar enfermería, por la amplia gama de desempeño, las buenas proyecciones laborales y los mejores sueldos.

El hecho que más del 60 por ciento de profesionales tenga más de diez años de experiencia laboral, le otorga la madurez y enriquece su práctica profesional, ya que en etapas iniciales se presentan inseguridades en el manejo de los pacientes, se viven las primeras experiencias con la muerte, pero en la medida que el profesional adquiere experiencia le genera conocimiento clínico, que redundará en un cuidado de calidad y de mayor seguridad en la atención a pacientes en estado crítico o en proceso de agonía, que puede percibirse como una actitud fría y distante ante un paciente moribundo.

Todos los enfermeros encuestados son creyentes, y esto es relevante puesto que en situaciones de enfermedad y muerte la religión cobra real importancia. En condiciones de estrés como la enfermedad y la muerte, la familia busca en la religión recursos que les permitan hacer frente a esta situación, generalmente buscan apoyo emocional, buscan respuestas a lo que está ocurriendo en el recogimiento. La religión es una parte significativa en la vida de las personas pudiendo facilitar estrategias de afrontamiento en situaciones difíciles. Este trabajo abre la perspectiva de la importancia que tiene para las enfermeras conocer las creencias religiosas de las personas para entender el significado que tiene la enfermedad y la muerte²⁸.

II. Actitud del enfermero ante la muerte de un paciente en los componentes cognitivo, afectivo y conductual

Gráfico 1. Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015



Fuente. Cuadro 2, anexo 5

En el gráfico 1, se muestra que el 67,4 por ciento de los profesionales de enfermería tienen una *actitud cognitiva favorable* ante la muerte de un paciente. Este componente de la actitud está condicionado por la información, conocimientos y creencias que tienen las personas sobre los objetos. En este caso un alto porcentaje de enfermeros reflejan tener conocimientos sobre el proceso de agonía y muerte; actitud que tendrá enormes implicancias en la calidad del “cuidado enfermero” al paciente y familia en el centro hospitalario.

Sin embargo, es necesario poner de relieve que, el 28,3 por ciento de los enfermeros reconocen tener una actitud desfavorable, aspecto que debe tomarse en cuenta a fin de ser modificada. La actitud negativa del profesional, sumada al sufrimiento de la familia por la

inminente pérdida de sus seres queridos, no sólo les genera dolor, ansiedad, y sufrimiento sino que es una limitante para asumir un adecuado nivel de afrontamiento.

El análisis de este componente, pone en evidencia que un alto porcentaje de profesionales tienen capacidades cognitivas acerca del tema: conocen cuales son los principales signos y síntomas del proceso de agonía y muerte, reconocen que este proceso se manifiesta por una lenta disminución de las capacidades fisiológicas y mentales, y que el cuidado durante esta etapa es un momento crítico por la carga emocional que conlleva, por consiguiente es relevante el apoyo psicológico y espiritual al paciente y familia.

Opinan que los conocimientos que poseen les ayuda a gestionar los cuidados al paciente moribundo, experiencia ganada en el ejercicio de la práctica profesional, pues consideran que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional no son suficientes para brindar un cuidado de calidad a los pacientes y su familia ante la muerte, aspecto que debe ser tomado en cuenta por las instituciones formadoras, para mejorar el proceso formativo en esta área a fin de que los recursos humanos en enfermería puedan estar preparados para ofrecer calidad de cuidado en la etapa final de la vida. De lo anteriormente expuesto, se deduce que el tiempo de servicios es un factor que influye para que el profesional tenga una actitud favorable frente a la muerte.

Por otro lado, los enfermeros consideran que, la muerte significa un alivio para el paciente y creen que la muerte es la solución a enfermedades terminales; en concordancia con esta opinión, autores como Bonilla²¹ sostienen que muchas veces se excede en procedimientos y conductas médicas inútiles, causando sufrimiento adicional al paciente y a su familia; lo importante, es que creencias u opiniones de esta naturaleza no interfiera en el cuidado enfermero, en todo momento debe tenerse en cuenta que las personas que van a morir han de hacerlo de manera digna y no se debe perder en ningún momento el derecho a informar

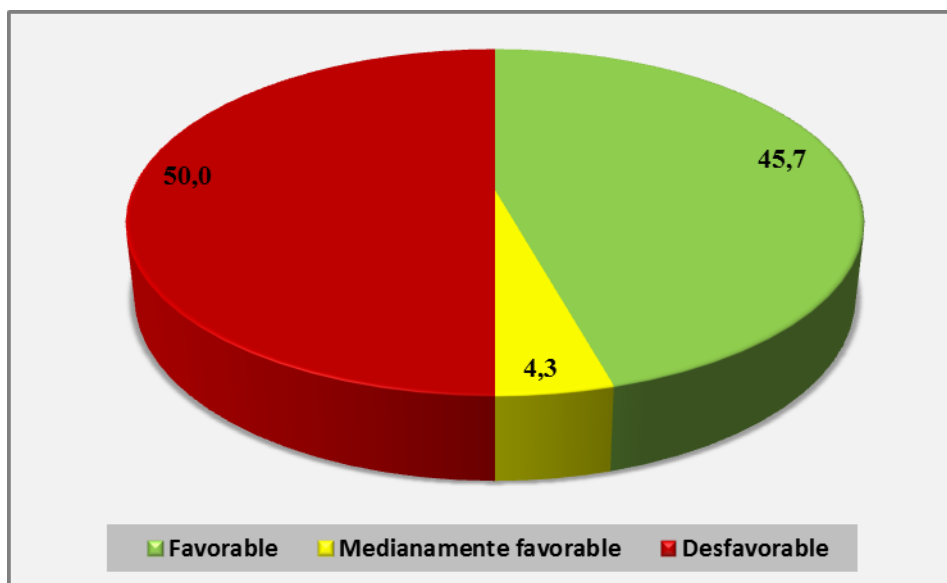
o dar a conocer las opciones disponibles y a participar activamente en las decisiones que se tomen.

Los hallazgos del estudio son corroborados por Gala León, et al⁸, quiénes en su investigación “Actitud ante la muerte del personal de salud en el Hospital J.M. de los Ríos” de Sevilla, encontraron que los encuestados, exponen actitudes positivas ante la muerte, sobre todo a nivel cognitivo.

Los resultados también son corroborados por Artiaga⁹ en Costa Rica, quién en su estudio sobre el “Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario, señala que las actitudes son de desaliento por la formación académica que han recibido en torno a los procesos de duelo y muerte; del mismo modo, Maza, Zavala y Merino⁷, al valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, en los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano ponen de relieve la necesidad de mejorar la preparación de pregrado para el cuidado del paciente ante la muerte, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas. Limonero²⁹ en Barcelona también demostró que: ”Los estudiantes de enfermería no se sienten muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente, para cuidar enfermeros terminales, además de poder elegir no trabajarían con enfermos al final de la vida, en este sentido, evitan hacer prácticas clínicas en un servicio de cuidados paliativos”.

Es probable que los alumnos durante su formación de pre grado no han tenido un referente entre los docentes, en una experiencia de cuidado que les sirva de modelo para su actuación posterior, expresándose una actitud de huida cuando se está frente a una situación de esta naturaleza, porque no tienen la suficiente capacidad para afrontarla desde el punto de vista técnico, humano, y espiritual.

Gráfico 2. Actitud afectiva del enfermero del Hospital General de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015



Fuente. Cuadro 3, anexo 5

La actitud afectiva que evidencian los enfermeros del Hospital General de Jaén, ante la muerte de un paciente, **“es desfavorable” con tendencia “a favorable”** (50%) (45,7%). (Gráfico 2).

La actitud en esta dimensión es desfavorable porque un porcentaje considerable de enfermeros entrevistados, prefieren no enfrentar a la familia de un paciente moribundo porque en ocasiones suelen tener un comportamiento agresivo, tildándoles de incompetentes o culpándoles del fallecimiento; además, preferirían no atender a un paciente agonizante, porque tienen temor frente a la muerte; de allí que sus esfuerzos se concentran en atender las necesidades biológicas y solo en algunos casos buscan satisfacer las necesidades espirituales, el hecho de vivenciar fallecimientos de manera reiterada los hace ver la muerte como algo natural. La ayuda espiritual generalmente es responsabilidad del personal de asistentado social.

La actitud favorable, se muestra en la sensibilidad frente al paciente en agonía, les

conmueve pero mantienen un límite afectivo con el paciente y familia, en ciertas ocasiones dan un abrazo y consuelan a los familiares,

Resultados similares son mostrados por Gala León, et al⁸, en su investigación “Actitud del personal de salud ante la muerte en el Hospital J.M. de los Ríos” de Sevilla, al indicar que en los encuestados, predominan actitudes de evitación, matizadas por el temor, el personal de enfermería en un 65 por ciento evita enfrentar la muerte. El contenido afectivo, que es determinante en el plano profesional de la atención a moribundos y sus familias se muestran como una limitante en el cuidado ante la muerte; resultados que corroboran los resultados del estudio.

La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino un proceso que ocurre por diferentes etapas, no solo es biológico, sino también psicosocial. El moribundo necesita también de soporte emocional, que en esta etapa final se limita a buscar compañía de alguien para mitigar el temor y la soledad, esto es importante mencionar porque la enfermera tiene que ser serena y tranquila al atenderlo y no mostrar temor, ni tener comportamientos que hieran los sentimientos de quienes esperan una muerte digna. El contacto afectivo, la sensibilidad, la confianza y la proximidad con el otro en situación de vulnerabilidad, demanda no sólo conocimientos en psicología, habilidades comunicativas, sino que exige de una conducta ética del enfermero. Cuando se cuida a personas que están cerca de la muerte y se está convencido de que el cuidado de enfermería es holístico puede observarse la importancia que adquiera el cuidado de la dimensión espiritual³⁰.

La familia no solo ayuda a satisfacer las necesidades físicas sino también las de tipo emocional y espiritual; cuando una persona está en proceso de agonía, tanto la persona como la familia son la unidad de cuidado porque lo que afecta a uno, influye en el otro y viceversa, ayudarlos en estos momentos difíciles que muchas veces tienen sentimientos de

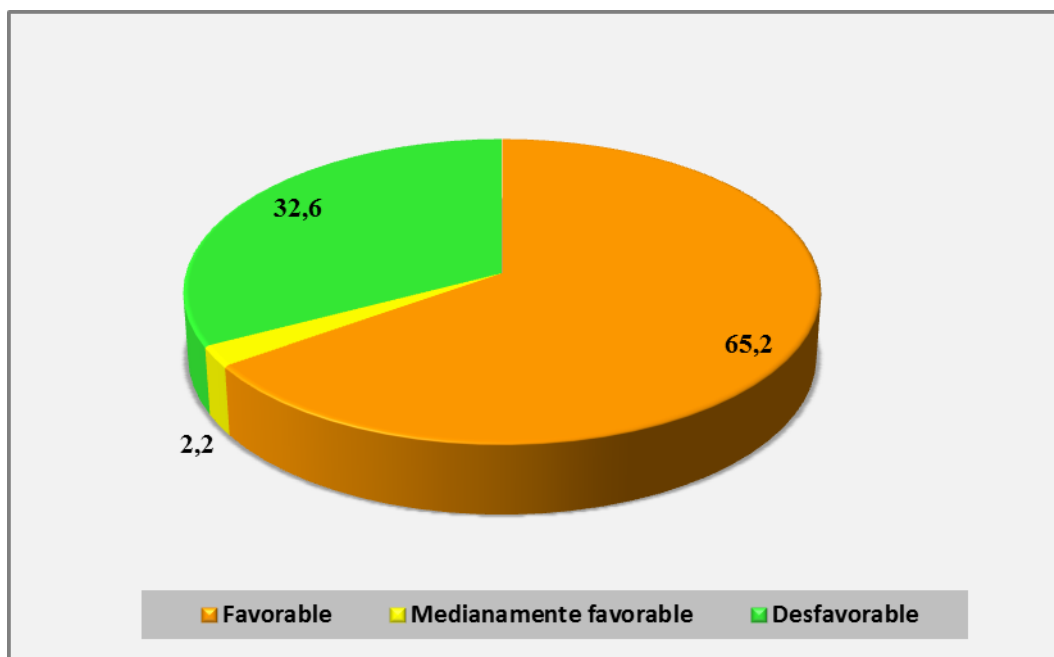
culpa, de impotencia, deben ser tomados en cuenta por el enfermero.

De los hallazgos se deduce que los enfermeros cuidan a un paciente moribundo como cualquier otro paciente, por eso es que sus sentimientos y emociones son imperceptibles. Este resultado coincide con el estudio realizado en Costa Rica, por Artiaga⁹ quien sostiene que el personal de enfermería tiene una visión homogeneizada de la atención al paciente y no asume un manejo diferenciado del paciente y su familia frente al duelo e intervención en crisis ante la muerte.

Constituye una utopía pensar que el enfermero brinde cuidado sin afectividad, pero es indudable que todavía muchos pueden y deben esforzarse por desarrollarla. Se sabe que existen un gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentarse en una situación de enfermedad y en el proceso de agonía y muerte, que no son fáciles de sentir en el mismo grado en la vida cotidiana (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc.). Suele ser habitual que las emociones asociadas a la enfermedad y agonía se maximice tanto en el paciente, familia y en el personal de enfermería, pero la forma de manifestarlas será diferente. En el caso del profesional de enfermería, éste ha desarrollado cierta capacidad para controlar sus emociones, y es probable que no lo expresen verbalmente, lo que podría ser visto como una falta de emotividad²⁹.

Sin embargo, es innegable reconocer que la despersonalización del cuidado enfermero ha hecho que los enfermeros se alejen paulatinamente de ser más humanos, empáticos y trascendentes.

Gráfico 3. Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015



Fuente. Cuadro 4, anexo 5

En el gráfico 3, se observa que el profesional de enfermería tiene una **actitud conductual favorable** (65,2%) con tendencia a **desfavorable** ante la muerte de un paciente (32,6%).

La actitud conductual favorable, se ve reflejada en los siguientes ítems. Se debe procurar una muerte digna a los pacientes en agonía; brindar apoyo psicológico a la familia; informar, consolar, escuchar, tranquilizar y actuar con sensibilidad. Cuidado que exige de un alto sentido de responsabilidad, y una actitud empática, entendiendo que la muerte es un proceso irreversible. La actitud desfavorable, se muestra en las siguientes expresiones: tengo dificultad para encarar la muerte, algunos enfermeros se muestran distantes ante un paciente moribundo.

Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes, para Paz³², el componente conductual de una actitud incluye la conducta que probablemente exhibirá una persona en el futuro.

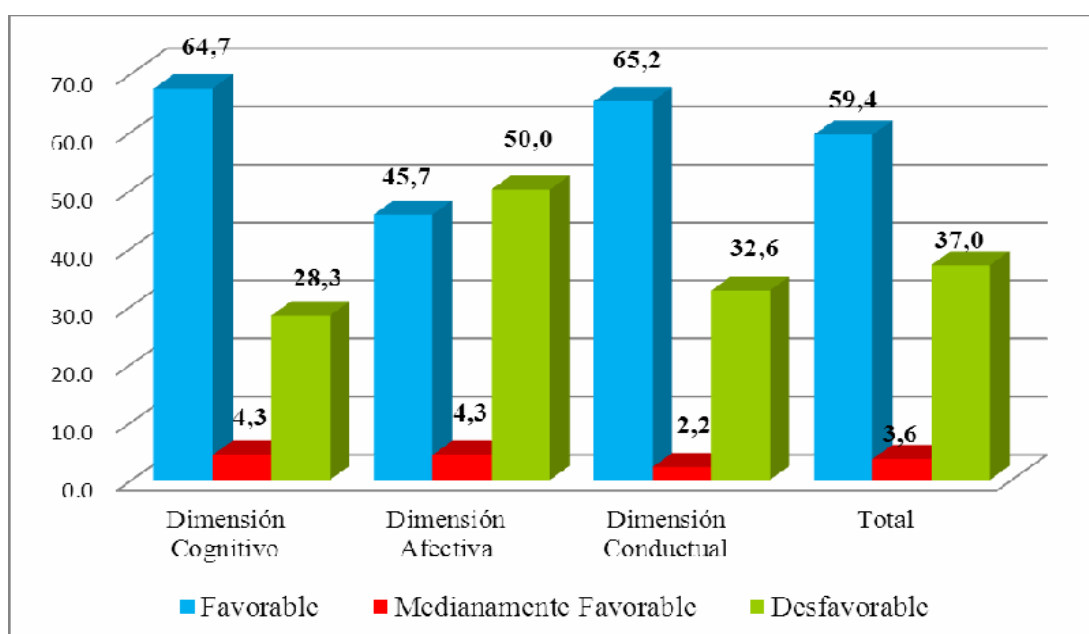
Los resultados encuentran coherencia con los reportados por Paz³¹ en el estudio sobre Actitudes del profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos, del Hospital Universitario de los Andes en Mérida, donde se señala que la conducta indica una actitud favorable del profesional de enfermería ante la muerte de una paciente.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar el paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud favorable, de aceptación, y de apoyo. Para todo ser humano, presenciar la muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para la enfermera es una experiencia ya que continuamente están afrontando episodios de decesos³².

III. Actitud del enfermero ante la muerte de un paciente.

El estudio planteó como objetivo general determinar la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente en el Hospital General de Jaén, los hallazgos se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015



Fuente. Cuadro 5, anexo 5

La actitud del profesional de enfermería ante la muerte de una persona en el Hospital General de Jaén es **favorable con tendencia a desfavorable** (59,4%) (37%).

Los resultados son coincidentes con los hallazgos de autores como Maza y Zavala⁷ en su investigación sobre la "Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes" en Chile, donde los enfermeros mostraron una actitud positiva frente a la muerte, así también, Gala León, et al⁸, al estudiar en Sevilla la "Actitud ante la muerte del personal de salud en el Hospital J.M. de los Ríos", encontró que el personal de salud entre ellos los

enfermeros mostraron actitudes positivas de aceptación, pero también actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (temor).

Si bien los tres componentes son muy importantes, en el estudio la actitud cognitiva y conductual han sido mejor valoradas que la actitud afectiva. Una persona poco a poco va integrando sus actitudes y tiende a practicar selectivamente lo que ve y aprende, así el componente cognoscitivo cobra más fuerza; sin embargo, las actitudes de un alto componente afectivo, se resisten a ser influenciadas por nuevas informaciones y conocimientos. En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable entre estos.

Los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con la persona en agonía y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión, aumentan la distancia entre el profesional de enfermería y el paciente moribundo y la familia. Es necesario encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar esos sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente³⁰.

Es necesario incorporar la visión humanista del cuidado de Watson³², tanto en la formación como en los sistemas asistenciales, si se cambia la visión de los cuidados de Enfermería, éste adquirirá una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

Heidegger³³, afirma que “La muerte es la que libera a un paciente del sufrimiento y así lo entiende aquel que está al lado del moribundo cuidándolo permanentemente. La muerte se ve como un alivio y el fin del sufrimiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Las características biosociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital General de Jaén son: Población adulta, de sexo femenino, estado civil casado, creyentes, con más de diez años de experiencia laboral.
- Los profesionales de enfermería tienen una *actitud cognitiva favorable* ante la muerte de un paciente, poseen conocimientos sobre el cuidado al paciente moribundo, que lo adquieren en la experiencia profesional, pero consideran que los conocimientos adquiridos durante la formación profesional no son suficientes para brindar un cuidado de calidad a los pacientes y su familia ante la muerte.
- Respecto a la actitud afectiva, la mitad de los enfermeros que laboran en el Hospital General de Jaén tienen una actitud desfavorable con tendencia a favorable ante la muerte, expresado en un estado de indiferencia psicológica, de allí que responde escasamente a aspectos de la vida emocional; sienten temor y preferirían no atender a un paciente moribundo.
- Los profesionales de enfermería tienen una actitud conductual favorable con tendencia a desfavorable ante la muerte de un paciente. Es favorable porque reconocen que el enfermero debe procurar una muerte digna; brindar apoyo psicológico a la familia; informar, consolar, escuchar y actuar con sensibilidad, y desfavorable porque algunos profesionales tienen temor de enfrentar la muerte, mostrando una actitud distante.
- La actitud global del profesional de enfermería ante la muerte de una persona es

favorable con tendencia a desfavorable. corroborándose la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

- _ Se recomienda a las Escuelas de Enfermería de las Universidades locales, profundizar en el proceso formativo, el desarrollo de competencias para el cuidado de pacientes ante la muerte. Así mismo, poner énfasis en el enfoque humanizado de la formación.

- _ Se recomienda realizar otras investigaciones en esta línea de investigación, que permita contar con evidencia científica para mejorar la práctica profesional.

- _ Se propone difundir los resultados de la investigación en la academia e institución hospitalaria, que permita tomar conocimiento de los resultados a fin de establecer medidas correctivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mialdea M. Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. Valladolid; 2009.
2. Martin L. El duelo y la muerte: el tratamiento de la pérdida. Madrid; 2007.
3. Abalo J. Ansiedad y actitudes ante la muerte. Cuba; 2008.
4. Andrade J, García V, Martínez D, Miranda C, Quesada M, Vargas K. Actitud de la enfermera frente a la voluntad anticipada de la persona sobre su cuidado al final de la vida. Costa Rica; 2012.
5. Lletget R. Muerte digna y su aplicación en la práctica clínica: Una percepción enfermera. Madrid; 2010.
6. Bonilla J. Actitudes éticas del personal médico, participación de Enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico. [Tesis Doctoral]. Universidad Libre Internacional de las Américas. Ecuador; 2014.
7. Maza M, Zavala M. Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. Chile; 2009.
8. Gala León M, Lupiani R, Raja C, Guillén JM, González M, Villaverde I. Et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Sevilla, España; 2012.
9. Artiaga F. Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario. Costa Rica; 2007.
10. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud de los profesionales de Enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, realizado en los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Chile; 2011.
11. Bolívar A. Evaluación de valores y actitudes. Madrid; 1999.

12. Morris C. Psicología. 5ta ed. México. DF: Prntice Hall Hispanoamericanas.
13. Morales JF. Psicología social. España: Mc Graw Hill; 1999.
14. Mucchielli A. Psicología de la comunicación. Paidós, Ibérica; 1998.
15. Tejada A. Actitud del profesional de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de mirar la vida. [Tesis de Magister]. Universidad de Concepción de Chile; 2004.
16. Papalia D, Wendkos S. Psicología. México, DF: MacGraw Hill; 1997.
17. Rodríguez A. Psicología Social. México; 1991.
18. Festinger L. la teoría de la disonancia cognitiva. Stanford CA. Stanford University Press;1957.
19. López R. Las relaciones, actitud, conducta y otras variables a partir de la teoría de Ajzen y Fishbein. Anuario de Psicología; 1991.
20. Colell R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo a final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona; 2005.
21. Bonilla J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre; 2011. [tesis Doctoral][Acceso, marzo de 2015] . Disponible en: <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>.
22. Valdés M. Actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla. España; 2014.
23. Flores C. Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias, Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos. Lima; 2014.
24. Maqueo P. El papel de la enfermera en la tanatología, Instituto Nacional de Cardiología. México; 2001.
 25. Franco S. Actitud sobre el paciente terminal ¿qué actitud debo tomar ante un paciente terminal?. *Enfermería Me*; 2014 [Acceso marzo 2015]. Disponible en: <http://enfermeria.me/actitud-sobre-el-paciente-terminal/disponible>.
 26. Salazar J. Actitud ante la muerte en estudiantes de la segunda especialidad de Enfermería en oncología. Lima; 2014 [Título de especialista]
 27. Osses C, Valenzuela S, Sanhueza O. Hombres en la enfermería profesional. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2010 Feb [Acceso 29 Nov 2015]; Vol. 18: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100016&lng=es.
 28. Farroñan J. Actitud de la enfermera en el cuidado al final de la vida en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo. [Tesis de Licenciatura]. Chiclayo, Perú; 2012.
 29. Limonero J. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida, en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis de Especialista] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
 30. Aguilar A. Paniale S y Romero U. Actitud de enfermería frente al paciente terminal. Córdoba; 2012.
 31. Paz A. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Autónomo, Hospital Universitario de los Andes [Tesis de Maestría]. Mérida; 2009.
 32. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.

33. Heidegger M. Carta sobre el humanismo. Madrid: Taurus. 1970.

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN:

Buenos días/ tardes compañeros, mi nombre es Hernán Gonzales Torres, Bachiller en Enfermería. El instrumento pertenece a la Tesis titulada: " ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DE UN PACIENTE. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2015", por lo cual le invito a participar en el estudio.

La información que brinde será anónima, y solamente servirá para los fines de la investigación. Se le agradece su colaboración respondiendo con sinceridad.

INSTRUCCIONES

Complete la información requerida, luego complete los ítems de acuerdo como se detalla a continuación:

De acuerdo (DA)	Indiferente (IN)	En desacuerdo (END)
-----------------	------------------	---------------------

1. ¿Edad en años? : años
2. Sexo : Masculino () Femenino ()
3. Estado Civil : Soltero () Casado ()
4. Religión : Creyente () No Creyente ()
5. Edad que tuvo primer contacto con la muerte:
 - Menor de 1º años ()
 - De 10 - 16 años ()
 - De 17 - 23 años ()
 - De 24 a más ()
6. ¿En qué universidad se estudió su pre grado?
7. ¿En qué servicio labora?
8. Años de experiencia profesional:
 - Menor a 5 años ()
 - De 5 a 10 años ()
 - De 11 a 16 años ()
 - Más de 16 años ()
9. Sistema de apoyo en la institución: SI () NO ()
10. Frecuencia de conversación sobre la muerte:
 - Con frecuencia ()
 - A veces ()
 - Nunca ()

Si usted está de acuerdo con este enunciado marque con (X) donde corresponde:

No.	Dimensión cognitiva	DA	IN	END
1	El proceso de agonía y muerte se manifiesta con una lenta disminución de las capacidades fisiológicas y mentales			
2	El cuidado durante la agonía es un momento crítico por la carga emocional que conlleva			
3	El profesional de enfermería reconoce los principales signos y síntomas del proceso de agonía y muerte			
4	Los conocimientos que posee el enfermero le ayudan a planificar los cuidados al paciente moribundo			
5	El enfermero busca permanentemente nuevos métodos de cuidado para ayudar a los pacientes a tener una muerte digna			
6	Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional son suficientes para brindar cuidados a pacientes y su familia ante la muerte inminente.			
7	La muerte significa un alivio para el paciente			
8	La muerte significa un fracaso profesional			
9	Es relevante el apoyo psicológico y espiritual al paciente en proceso de muerte			
10	La muerte es la solución a enfermedades terminales			
	Dimensión afectiva			
11	Se debe mantener un límite afectivo con la familia y paciente moribundo.			
12	El cuidado a pacientes moribundos me genera temor			
13	Prefiero no enfrentar a la familia de un paciente moribundo			
14	El contacto directo con la muerte me hace verlo como algo natural			
15	Me frustró cuando un paciente fallece en mi turno			
16	Preferiría no atender a pacientes que se encuentran en etapa de agonía.			
17	Los enfermeros se muestran distantes al paciente y familia durante el proceso de agonía.			
18	Con frecuencia consuelo y doy un abrazo a la familia de un paciente moribundo			
19	Satisface las necesidades espirituales del paciente			
	Dimensión conductual			
21	Atender a pacientes moribundos genera malestar en el enfermero			
22	El enfermero procura que el paciente tenga una muerte digna			
23	El enfermero apoya a la familia antes y después de la muerte de un paciente			
24	El enfermero escucha las preocupaciones de un paciente moribundo			
25	El enfermero acompaña al paciente durante la muerte			
26	Informa y consuela a la familia de un paciente moribundo			
27	Brinda apoyo psicológico a la familia para afrontar el proceso de la muerte			
28	Prefiero no atender a un paciente moribundo			
29	Entiendo que el proceso de muerte es irreversible			
30	El enfermero muestra una actitud empática			

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del proyecto: El siguiente estudio de investigación será realizado por un Bachiller de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, afines de obtener el título de Licenciado en Enfermería, se desea obtener información sobre las actitudes del personal de enfermería frente a la muerte de un paciente terminal en el Hospital general de Jaén, durante el periodo de marzo a julio de 2015.

Que se hará: Si acepto participar en este estudio se me realizara una breve encuesta con respuestas simples a contestar sobre el tema a investigar.

Riesgos: La participación en este estudio no posee riesgos. Ya que mis datos serán preservados en anonimato.

Beneficios: Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo es posible que los investigadores aprendan más acerca de las actitudes de enfermería frente a la muerte de un paciente y dicho resultado será de mucha importancia al colectivo universitario y profesionales interesados en el tema.

Mi participación en este estudio es confidencial. 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.

Nombre del participante:

Firma:

Fecha:

ANEXO 03

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

N°	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima.		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable.		
4	Los términos utilizados en las preguntas.		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad del problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de investigación.		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis.		

ANEXO 04

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,820	20

Cuadro 2. Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015

Dimensión Cognitivo	N°	%
Favorable	31	67,4
Medianamente favorable	2	4,3
Desfavorable	13	28,3
Total	46	100,0

Cuadro 3. Actitud afectiva del enfermero del Hospital de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015

Dimensión Afectiva	N°	%
Favorable	21	45,7
Medianamente favorable	2	4,3
Desfavorable	23	50,0
Total	46	100,0

Cuadro 4. Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015

Dimensión Conductual	N°	%
Favorable	30	65.2
Medianamente favorable	1	2.2
Desfavorable	15	32.6
Total	46	100.0

Cuadro 5. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.

Dimensión	Favorable	Medianamente Favorable	Desfavorable
Dimensión Cognitivo	67,4	4,3	28,3
Dimensión Afectiva	45,7	4,3	50,0
Dimensión Conductual	65,2	2,2	32,6
Total	59,4	3,6	37,0

ANEXO 06

Tabla 2. Actitud cognitiva del enfermero ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén, 2015.

Ítems	De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%
El proceso de agonía y muerte se manifiesta con una lenta disminución de las capacidades fisiológicas y mentales.	45	97,8	0	0	1	2,2
El cuidado durante la agonía es un momento crítico por la carga emocional que conlleva.	45	97,8	1	2,2	0	0
El profesional de enfermería reconoce los principales signos y síntomas del proceso de agonía y muerte.	45	97,8	1	2,2	0	0
Los conocimientos que posee el enfermero le ayudan a planificar los cuidados al paciente moribundo.	43	93,5	2	4,3	1	2,2
El enfermero busca permanentemente nuevos métodos de cuidado para ayudar a los pacientes a tener una muerte digna.	25	54,4	11	23,9	10	21,7
Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional son suficientes para brindar cuidados a pacientes y su familia ante la muerte inminente.	6	13,0	4	8,7	36	78,3
La muerte significa un alivio para el paciente.	32	69,6	5	10,9	9	19,5
La muerte significa un fracaso profesional.	2	4,4	3	6,5	41	89,1
Es relevante el apoyo psicológico y espiritual al paciente en proceso de muerte.	43	93,5	1	2,2	2	4,3
La muerte es la solución a enfermedades terminales.	19	41,3	12	26,1	15	32,6

Tabla 3. Actitud afectiva del enfermero del Hospital de Jaén ante la muerte de un paciente. 2015.

Ítems	De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo	
	Nº	%	N	%	N	%
Se debe mantener un límite afectivo con la familia y paciente moribundo.	11	23,9	5	10,9	30	65,2
El cuidado a pacientes moribundos me genera temor.	18	39,1	3	6,5	25	54,3
Prefiero no enfrentar a la familia de un paciente moribundo.	38	82,6	3	6,5	5	10,9
El contacto directo con la muerte me hace verlo como algo natural.	36	78,3	3	6,5	7	15,2
Me frustro cuando un paciente fallece en mi turno.	12	26,1	3	6,5	31	67,4
Preferiría no atender a pacientes que se encuentran en etapa de agonía.	17	36,9	1	2,2	28	60,9
Los enfermeros se muestran distantes al paciente y familia durante el proceso de agonía.	15	32,6	0	0,0	31	67,4
Con frecuencia consuelo y doy un abrazo a la familia de un paciente moribundo.	26	56,5	0	0,0	20	43,5
Satisface las necesidades espirituales del paciente.	15	32,6	3	3,5	28	60,9

Tabla 4. Actitud conductual del enfermero ante la muerte de un paciente en el componente conductual. Hospital General de Jaén, 2015.

Ítems	De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo	
	N	%	N	%	N	%
Atender a pacientes moribundos genera malestar en el enfermero.	2	4,3	2	4,3	42	91,3
El enfermero procura que el paciente tenga una muerte digna.	40	87,0	0	0,0	6	13,0
El enfermero apoya a la familia antes y después de la muerte de un paciente.	30	65,2	0	0,0	16	34,8
El enfermero escucha las preocupaciones de un paciente moribundo.	32	69,6	0	0,0	14	30,4
El enfermero acompaña al paciente durante la muerte.	19	41,3	1	2,2	26	56,5
Informa a la familia de un paciente moribundo.	38	82,6	4	8,7	4	8,7
Brinda apoyo psicológico a la familia para afrontar el proceso de la muerte.	33	71,7	7	15,2	6	13,0
Prefiero no atender a un paciente moribundo.	38	82,6	4	8,7	4	8,7
Entiendo que el proceso de muerte es irreversible.	46	100,0	0	0,0	0	0,0
El enfermero muestra una actitud empática.	0	0,0	1	2,2	45	97,8