

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Proyecto de Investigación

La relación existente entre las actitudes ante la muerte según la edad, el sexo, antigüedad y creencias religiosas del profesional de enfermería que realiza tareas asistenciales en un servicio de internación de adultos.

Autor: Durán Lorena Soledad

Director de Tesina: Lic. Marta Álvarez

Docente Asesor: Dra. Simonetti Graciela.

Rosario, 13 de diciembre de 2019

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
1 RESUMEN y PALABRAS CLAVE	3
2 INTRODUCCIÓN	4
2.1 Estado actual de conocimiento o estado del arte	4
2.2 Planteamiento del problema en estudio	9
2.3 Hipótesis y objetivos	9
3 MARCO TEÓRICO.....	11
4 MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
4.1 Tipo de estudio o Diseño	24
4.2 Sitios o contexto de la investigación	24
4.3 Población y Muestra	26
4.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	27
4.5 Personal a cargo de la recolección de datos	32
4.6 Plan de análisis	33
4.7 Plan de trabajo y cronograma	37
5 ANEXOS	38
5.1 Anexo I - Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	38
5.2 Anexo II - Instrumento anónimo de recolección de datos.....	40
5.3 Anexo III - Consentimiento informado	46
5.4 Anexo IV - Resultados del estudio exploratorio	47
5.5 Anexo V - Resultados de la prueba piloto del instrumento	47
6 BIBLIOGRAFIA	50

1 RESUMEN y PALABRAS CLAVE

El objetivo de este estudio es describir la relación entre la actitud ante la muerte según edad, antigüedad profesional, sexo y creencias religiosas de los profesionales de enfermería que realizan tareas asistenciales en un servicio de internación de adultos de una Institución privada de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

Material y métodos: el estudio se llevará a cabo a través de un abordaje metodológico cuantitativo, no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal.

Se tomará la población total de 40 enfermeros asistenciales.

Como técnica de recolección de datos se utilizará un cuestionario validado, previamente modificado y codificado a criterio del autor de esta investigación.

La información obtenida se procesará y analizará a través del programa estadístico Epi Info, se presentarán tablas de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central.

Palabras Clave: Actitud, Muerte, Profesionales de Enfermería, edad, antigüedad, sexo, creencias religiosas.

2 INTRODUCCIÓN

2.1 Estado actual de conocimiento o estado del arte

El profesional de Enfermería desempeña un papel fundamental en los cuidados que brinda al sujeto de atención en etapa terminal de la vida y la muerte.

La muerte ha sido siempre y es, para el hombre, un tema de profunda reflexión y meditación, tanto desde la perspectiva filosófica, religiosa y científica.

Virginia Henderson refería “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)”. Es decir, Virginia ya contemplaba los cuidados de enfermería al paciente que va a morir. (Alligood & Marriner Tomey, 2010).

Resultó interesante investigar sobre acontecimientos frecuentes que ocurren en la práctica asistencial de enfermería y que muchas veces pasa desapercibido. Esto tiene que ver con cuestiones acerca del tema de la muerte, dado que es muy complejo dentro del sistema de salud, principalmente en aquellos servicios de atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y en donde la muerte del usuario forma parte del proceso de atención cotidiano. El contacto diario con este tipo de pacientes hace necesario considerar a la muerte, no únicamente como proceso biológico sino como un proceso multidimensional en el que la atención de los aspectos psicosociales, espirituales, económicos y culturales son importantes a tener en cuenta.

El proceso de morir no solo lo vive el enfermo y familia, sino también el equipo de salud que lo atiende. Ante esta realidad, es importante y necesario no solo el soporte al paciente terminal, sino también al equipo asistencial, especialmente los enfermeros, dado que en el transcurso de la carrera no se desarrollan en profundidad, siendo en el campo de la experiencia laboral donde un enfermero se enfrenta ante estas circunstancias.

A partir de la revisión de investigaciones sobre las palabras claves mencionadas y de enfermería con su relación cercana a pacientes en etapa terminal y la actitud que adopta ante muerte, como así también otras variables en estudio, se encontraron libros de teóricas de enfermería, artículos científicos, investigaciones, y tesis que sirvieron de ayuda para conocer los antecedentes de estudio que surgieron sobre esta problemática.

Tras realizar una búsqueda exhaustiva en bases de datos tanto nacionales e internacionales como Scielo, Redalyc, PubMed, Lilacs, Medline, Cuiden Plus, y acceso a algunas editoriales de revistas científicas como Cuiden, VEA, Cuidarte, IntraMed News entre otras, así como en el buscador Google Scholar y la exploración en la página de la Biblioteca Virtual de la UNR, se tuvieron en cuenta los aportes y referencias de autores o investigadores sobre los temas de hasta incluso 20 o 30 años atrás, dado que no existen actualmente gran variedad de investigaciones respecto al tema en cuestión.

La información hallada pone de manifiesto la necesidad de indagar en un tema prevalente en los servicios de internación de adultos, que es la relación de enfermería ante las reiteradas muertes de los pacientes. Por ello, para profundizar ciertos temas, se tomaron en cuenta el aporte de trabajos expuestos por otras disciplinas como la psicología y antropología, entre otras.

Al realizar un análisis conceptual precedente, se puede identificar la impronta de varias fuentes de teorías, esto se debe a que al momento de la búsqueda, en la República Argentina existe escaso desarrollo teórico de la profesión y sobre la temática seleccionada, por lo cual las fuentes teóricas y conceptualizaciones escogidas provienen de países donde el grado de desarrollo en enfermería es más avanzado.

En numerosos trabajos que tratan el tema de la muerte en el ámbito de la salud, como los realizados por Castanedo, Suarez, & Vivar (2010), Codorniu (2011), Iglesias (2010), y Vargas, (2011), explican cómo se debe tratar al paciente, los protocolos de actuación, las acciones apropiadas en la atención, y hasta resaltan la necesidad de formación profesional de enfermería en los cuidados hacia el final de la vida y la muerte. Raras veces se habla del inevitable fin de la vida o de lo que debe hacer la enfermera para ayudar a una persona a reducir sus molestias y afrontar la muerte con coraje o dignidad, pero más raro es encontrar análisis que hablen sobre qué le ocurre al personal de enfermería al enfrentar estos procesos. (Henderson, 1995)

Por otro lado, se tuvo una particular consideración a una investigación realizada en Cuba en 2008, la cual trata sobre la ansiedad y las actitudes ante la muerte en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacitan en cuidados paliativos. En la misma se señala el cómo la sociedad actual refuerza la actitud evasiva ante la muerte. Los profesionales de la salud, por diversas causas, presentan ansiedad y actitudes que no siempre ayudan a los usuarios en el proceso de final de la vida. En esta revisión del tema, se subrayó la necesidad de desarrollar intervenciones para modificar actitudes negativas ante la muerte en estos profesionales, con lo cual se permitirá mejorar la calidad de la atención que se brinda. (Grau Abalo, y otros, 2008)

Durante la búsqueda de información se halló una investigación publicada en 2016 relevante a exponer, la cual aborda el afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. En la misma, se obtuvieron resultados llamativos que ponen de manifiesto la necesidad de mejorar el nivel de preparación profesional para lograr competencias de afrontamiento ante la muerte. En el análisis de los resultados obtenido, se encontraron datos significativos como la presentación de un mal afrontamiento ante la muerte en un 37% de los profesionales encuestados, un 60% que considera que su formación académica es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente en etapa terminal y su muerte, y un 83% que manifiesta no tener sistemas de apoyo Institucional. Por otra parte, se concluyeron hipótesis de que el personal de enfermería femenino son más creyentes y aceptan más la idea de una vida después de la muerte que los hombres, pero éstos últimos aceptan mejor la muerte. (Marchán Espinosa, 2016)

Por algunas de estas cuestiones se decidió profundizar sobre como las actitudes se relacionan con las creencias, las emociones y sentimientos, las conductas, las motivaciones y necesidades del ser humano, donde se constituyen los valores, organizados alrededor del núcleo central de la personalidad.

A partir de la revisión de investigaciones publicadas en el campo de la salud colectiva y de las ciencias sociales, se destaca que, dado que el personal de enfermería interactúa con el paciente y muchas otras personas en el proceso de brindar cuidados de enfermería adecuados, inevitablemente su cultura, sus actitudes y creencias repercutirán en sus decisiones y prácticas. Este modo de ver los saberes del profesional nos debe permitir salir del argumento positivista que considera las prácticas para el cuidado de la salud y la atención del proceso de muerte regidas por una racionalidad

biológica y técnica, y que deja de percibir los condicionamientos sociales de tales prácticas al momento de atender el proceso de muerte de los pacientes. (Strasser & Perdigon, 2015)

Maza, Zavala y Merino, afirman 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 concluyendo que el 50% de los profesionales tienen una actitud negativa ante la muerte, y el 50% restante muestran una actitud positiva ante la muerte. Según Maza, las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo, son la antesala directa de la conducta manifiesta y al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección. (Maza, Zavala, & Merino, 2009)

Aun cuando la muerte forma parte irrenunciable de la condición humana y suscita intensas emociones, hasta hace pocos años han sido escasos los trabajos que la han estudiado desde un punto de vista psicológico (Limonero, 1997), (Bayes, Limonero, Buendia, Burón, & Enriquez, 1999) (Kastembaum & Costa, 1977). Más abundantes han sido los estudios dedicados a precisar cuando ocurre la muerte desde el punto de vista biológico.

En los últimos años se ha subrayado cada vez más la necesidad de profundizar en el papel que juegan los aspectos emocionales en los profesionales que atienden a pacientes en proceso terminal de su vida y la muerte. Al mismo tiempo crece la exigencia de prestar una atención terapéutica adecuada. Entre una diversa exploración sobre este tema se encontraron publicaciones de los siguientes autores: Neymeyer, 1994; Bayes, 1997, 1998, 2000, 2006; Bayes, Limonero, 1999; Field Cassell, 1997; Gomez Sancho y Grau, 2006, 2007; OMS, 1990.

Según algunos estudios, las actitudes hacia el cuidado de los enfermos terminales son más negativas cuanto mayor es el miedo a la muerte que tienen las propias enfermeras (Edo-Gual, Tomás-Sábado, & Aradilla-Herrero, 2011). Braun et al, constataron en una muestra de enfermeras de oncología, que aquellas que presentaron mayor miedo a la muerte y conductas de evitación, mostraron actitudes más negativas hacia el cuidado de enfermos terminales. (Braun, Gordon, & Uziely, 2010).

Años atrás, también se han estudiado las actitudes ante la muerte en Cuba en 1997. Una investigación realizada por Hernández, quien utilizó la versión modificada de un instrumento diseñado para estudiar actitudes: el cuestionario conocido como “Death Attitudes and Self- Reported Health/ Relevant Behaviors”, (Martin & Salovey, 1996). Este instrumento fue sometido a criterios de expertos en la elaboración de la versión cubana, siendo convencionalmente reformulado como “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” (CAM-1). De forma general, la investigación de Hernández en 1997 apunto a la necesidad de reelaborar el instrumento aplicado a profesionales de la salud efectuando cambios que se ven reflejados en el instrumento CAM-2. Considerando esta última fuente de variaciones basadas en componentes informacionales, cognitivo, conductuales y reflexivo- vivenciales, con técnicas de imaginaria y completamiento de breves cuestionarios. (Grau Abalo, y otros, 2008).

Un enfermero sin haber tenido oportunidad de discutir y reflexionar mejor sobre estas cuestiones, se distancia de la situación como mecanismo de defensa y no afronta la muerte. Por lo tanto, es necesario profundizar en la visión del profesional de enfermería sobre este tema, de modo que él mismo pueda percibir más allá de las circunstancias visibles, y conocer los procesos de la muerte y del morir, para que su asistencia sea de calidad, buscando la integridad y una atención humanizada en el cuidado prestado al paciente, haciendo efectivo y mayor el vínculo entre el paciente y la familia. (Sousa DM, 2009).

De acuerdo a estos planteamientos es importante avanzar en este proyecto de investigación, teniendo como objetivo a las actitudes del personal de enfermería ante la muerte, relacionado con la antigüedad y experiencia profesional, y si la edad, género y sus creencias religiosas influyen positiva o negativamente en la atención a los usuarios.

Por ello el presente estudio tiene el propósito de recabar datos y analizar los resultados obtenidos, para luego elevarlos a las directivas de la Institución, y que en forma transdisciplinar se puedan aplicar estrategias que respondan a las necesidades de formación y preparación del profesional. Es decir, que se incorporen los hallazgos de investigaciones como la presente, y se generen cambios en la toma de decisiones, en la planeación, operación y evaluación de la formación de recursos humanos en salud, y se promueva la capacitación continua, en pos de un mejor desempeño profesional.

Y a su vez, para lograr estos cambios, la institución debe proveer servicio de apoyo psicológico y tanatológico a las personas que están involucradas con la etapa terminal de la vida, tanto como a los pacientes, familiares y personal de enfermería. De esta manera, los resultados de esta investigación pueden ser útiles para que los enfermeros puedan afrontar los cotidianos procesos de morir, y puede ayudar al profesional de enfermería a indagar sobre los aspectos que influyen en el desarrollo de la práctica profesional.

2.2 Planteamiento del problema en estudio

En función de los antecedentes relevados de este proyecto de investigación, el problema delimitado se plantea como: ¿Qué relación existe entre las actitudes ante la muerte con la edad, el sexo, creencias religiosas y antigüedad profesional de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en un servicio de internación de adultos de una Institución privada de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020?

2.3 Hipótesis y objetivos

Las hipótesis que surgen del problema y se consideran de relevancia son:

- La actitud ante la muerte es positiva si el personal de enfermería tiene mayor antigüedad profesional.
- Las actitudes negativas ante la muerte se producen en enfermeros jóvenes.
- El sexo, la edad, la antigüedad profesional y las creencias religiosas influyen positivamente en las actitudes ante la muerte.

Objetivo general:

- Describir la relación entre la actitud ante la muerte según edad, antigüedad, sexo y creencias religiosas de los profesionales de enfermería que realiza tareas asistenciales en un servicio de internación de adultos de una Institución privada de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

Objetivos específicos:

- Identificar edad, sexo, antigüedad profesional y creencias religiosas de cada uno de los enfermeros asistenciales.
- Identificar las actitudes de distanciamiento, aceptación, de temor, defensiva, impacto emocional, y de la muerte como tránsito y salida, que desarrolla enfermería frente a los pacientes en fase terminal.
- Identificar la relación existente entre la antigüedad profesional, sexo, creencias religiosas y las actitudes ante la muerte del paciente terminal.

3 MARCO TEÓRICO

Enfermería desarrolla sus funciones en las áreas Asistencial, Docente, Administración e Investigación. Dichas funciones están reguladas en la República Argentina por la Ley Nacional N° 24.004 y la Ley Provincial de Santa Fe N° 12.501.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones asistenciales, la competencia de prestar cuidados integrales y especializados al individuo, familia y comunidad, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión basada en el método científico.

En el año 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. (OMS, 2001)

En una de las definiciones clásicas de la enfermería formulada por Virginia Henderson (1966), se delinea la función singular de la enfermera como: “Ayudar a las personas, enfermas o sanas, en la realización de actividades que contribuyan a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios”. (Henderson, 1966, págs. 10-11). A partir de esta definición comenzaremos el abordaje atribuido a la praxis de enfermería.

Para Enfermería, el cuidado es su esencia. En esta actividad, se presentan desafíos constantes, uno de ellos es la de proporcionar ayuda a los pacientes 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. (Maza Cabrera, Zavala Gutierrez, & Merino Escobar, 2008). Se espera por lo tanto una actitud cálida,

favorable y de apoyo con el paciente y su familia, pero surge la inquietud de conocer como está preparado este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adopta ante ella.

El envejecimiento de las poblaciones produce cambios sociodemográficos y es uno de los factores que ha generado aumento en la prevalencia de personas con discapacidades, enfermedades crónicas y terminales. La demanda de los cuidados sobrecarga a los servicios de salud.

En el marco de la problemática que abordaremos, se centra una particular atención en el adulto mayor, al cual habitualmente se le atribuye a los mayores de 65 años las características de ser anciano y presentar mayor número de enfermedades que los más jóvenes y padecer discapacidades físicas y deterioro de la memoria. (OMS, 1984)

Los cambios físicos por el envejecimiento atrapan a las personas en los últimos años de la adultez madura. Du Gas, B. W. menciona que desde el punto de vista biológico existe una declinación del funcionamiento de los sistemas del cuerpo, razón por la cual, el adulto mayor debe recibir atención especial. Si bien las necesidades biológicas asumen gran importancia, también aumentan la necesidad de seguridad debido a la disminución en la sensibilidad. A medida que la persona envejece no solo debe aceptar la muerte de las personas cercanas, sino también la suya. (Du Gas, 1986). Dicho esto, en la postura como profesional de la salud se requiere el análisis de los determinantes y condicionantes de los problemas de salud y la identificación de las necesidades que requieren particular atención en cada etapa y proceso de salud enfermedad de cada persona. Siguiendo el caso de la problemática planteada acerca del abordaje de pacientes en etapa final de su vida y la actitud que produce su muerte en los enfermeros, se considera un aspecto interesante conocer las características de esta población y poder transferir cuidados íntegros al paciente en las etapas del final de su vida y a su familia.

La muerte es un hecho cotidiano, implícito a la vida y posiblemente la única certeza que tiene el ser humano. A pesar de esto, la idea de la muerte queda relegada, apartada e incluso es eludida por la mayoría de las personas, constituyéndose como tabú el solo mencionarla. Esto provoca que su presencia llene de miedo, dolor y sufrimiento al no saber cómo tratarla, ni estar preparados para asumirla con naturalidad. Esto se debe a la cultura en la que vivimos, que oculta y evita hablar de ella, ya que en el fondo es concebida como fracaso. Fracaso personal, biológico, médico y/o tecnológico. Y ahí es donde aparece la religión, generadora de esperanza ante el gran misterio de la vida. La idea de la muerte ha sido abordada desde distintas disciplinas como la filosofía,

antropología, medicina, psicología, y demás, las cuales enfocan el quehacer del hombre, y encontramos que muerte al igual que la vida está condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Es una inquietud que aparece en cualquier momento de la vida, y su idea se vuelve movilizante.

Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas, basadas en la lógica del consumo, su desprecio por la experiencia pasada, la urgencia de vivir rápido y no soportar la muerte porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros.

Pero también las actitudes se modifican a lo largo de la propia vida y en relación a la realidad sociocultural de cada individuo, lo que imprime un sello único. Esto viene dado en gran medida por la historia personal en cuanto a las pérdidas vividas y forma de elaborar los duelos frente a las mismas, así como por el contexto afectivo con el que cuentan las personas.

En situaciones en las que el paciente se encuentra en el final de la vida, los cuidados de enfermería deberán enfocarse en proveer una muerte digna, por lo que es importante que los profesionales de enfermería hayan elaborado una buena aceptación de la muerte como parte de la vida, para evitar que intervengan sus propios miedos a la muerte. (Rio-Valle Schmidt, 2007).

En las instituciones hospitalarias y de internación sanatorial, como en el caso de esta investigación, son los profesionales de enfermería quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, dado que los principales objetivos se enfocan en el cuidado integral de los mismos. Esto hace que en su actividad normal, tengan que enfrentarse en forma directa y frecuente con la muerte. Los recursos utilizados por el personal de enfermería se ven atravesados por el objetivo de no crear relaciones afectivas, estableciendo una distancia emocional. (Pascual Fernandez, 2011). No todas las muertes se contemplan de igual modo, depende de la edad del paciente, enfermedad y relación con la familia. (Brito Brito & Reverón Brito, 2006).

Siguiendo estas cuestiones, se puede afirmar que la muerte es la ausencia de funciones orgánicas (vitales), que se acompaña de la ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva (Rebolledo, 1999).

Al hablar de la muerte se distinguen tres conceptos: 1) la muerte en sí misma, como una transición entre el estar vivo y el estar muerto, nadie ha podido describirla; 2) El proceso de morir, que puede ser largo, doloroso y lleno de sufrimiento, con varias fases clínicas, la última de las cuales es la etapa propiamente terminal, y, 3) El duelo, que puede ser un proceso lleno de sufrimiento para el familiar que ha perdido un ser querido, y también para los profesionales que han atendido a un fallecido. Los especialistas pueden influir con intervenciones apropiadas en los dos últimos de estos procesos. (Sanz, 1995)

Por otro lado, analizando algunos aspectos del proceso de morir y de la percepción de la incidencia de la muerte desde el punto de vista psicológico, como un evento estresante, como una crisis, como “la gran crisis”, que al tratarse de un estresor, sobrecarga los recursos disponibles hasta ese momento sin vivencias previas que sirvan de referencia exacta, se percibe como amenaza que interrumpe metas vitales y la secuencia de la vida, despierta otros problemas no resueltos y ofrece una curva de tensión que alcanza un pico y luego decrece. Pero, además, tiene otras particularidades, el problema es irresoluble, ha de afrontarse y no resolverse, es una experiencia totalmente nueva y desconocida, una pérdida que se hace total y que va cambiando el significado de lo que queda de vida, las relaciones con todos, hasta con los seres más queridos (Fonnegra de Jaramillo, 1988) .

La muerte es vista como algo amenazador y extraño, rodeada de grandes temores y apartada del lenguaje cotidiano, y en el caso en que la persona está cercana a ella, no se habla de lo que está sucediendo, se originan comportamientos de evasión y se convierte en algo silencioso por lo que su proximidad genera actitudes de diferentes intensidades, la cual dependerá de las creencias religiosas, la concepción filosófica, experiencias relacionadas con la misma, así como de la capacidad para enfrentarlo, siendo así las más frecuentes el miedo, la no aceptación y la evitación. Esta negación social también está presente en el ámbito de la medicina ya que dentro del sistema de salud hablar de la muerte resulta muy complejo, principalmente en aquellos servicios de atención a pacientes con enfermedades crónicas en fases avanzadas.

En esta línea, es el profesional de enfermería quien 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 los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo, sin embargo es inevitable enfrentar sus propias limitaciones personales y profesionales al plantearse la propia concepción de la muerte. (Maza Cabrera, Zavala Gutierrez, & Merino Escobar, 2008)

La muerte, tanto propia como la de otros, así como el proceso al final de la vida, puede ser una de las experiencias más significativas y proveedoras de sentido de vida, no solo para el paciente y su familia, sino también para el profesional que lo acompaña. No obstante, estas constituyen un gran tabú en nuestros tiempos.

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal, pero “las actitudes hacia los moribundos y hacia la muerte no son ni inalterables ni accidentales”, son peculiaridades de sociedades determinadas (Elías, 2011). Los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son procesos históricos y socialmente construidos según las condiciones de vida de los conjuntos sociales y sus modos de afrontarlos, produciendo sentidos y significaciones individuales y colectivas que se exteriorizan de diferentes formas (Grimberg, 1992).

Es decir, anteriormente la muerte era aceptada como parte natural del ciclo vital. En la sociedad actual, el morir es visto como una disfunción, o un problema todavía sin resolver que los avances de la ciencia y las nuevas tecnologías intentan corregir. Las costumbres y los valores sociales contemporáneos fomentan el rechazo y la evitación, en donde hablar de muerte es complicado y difícil. Hoy no solo se teme a la muerte sino que esta se niega y se olvida. Esta forma tan común de afrontamiento no permite expresar las necesidades propias del final de la vida, quedando enmascaradas en los pacientes, en sus familias, así como en los propios profesionales sanitarios, las instituciones de salud y organizaciones sociales en su conjunto. (Peters, y otros, 2013)

A pesar de que la enfermedad y la muerte constituyen reales posibilidades de la existencia humana, con frecuencia se elude hablar del tema. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud evasiva, pero no siempre ha sido así, la actitud del hombre ha ido cambiando a lo largo de la historia. (Gómez Sancho, 1999). De esta manera, sería un desafío poder explicar la situación actual de los sujetos de atención en fase terminal y sus familias y las actitudes ante la muerte en los profesionales de la salud, analizándolo desde una postura con perspectiva cultural, social, psicológica, política y económica.

La enfermedad y la muerte eran muy visibles en épocas más antiguas, la muerte al igual que la enfermedad, estaban constantemente presentes en la vida del hombre (Gómez Sancho, 1999).

Sin embargo, hoy se tiende a ingresar a los enfermos en hospitales y sanatorios, retirándolos de la vida pública. Inclusive en estos lugares se trata de que la enfermedad y la muerte permanezcan en secreto. En caso de que fallezca alguien, los demás enfermos por lo general no se enteran directamente, más bien se susurra. A la muerte no le está permitido mostrarse.

No hay dudas acerca de que la sociedad actual niega la muerte. La conciencia de muerte es una característica fundamentalmente humana, las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida. Los distintos ritos y costumbres, el lugar que la cultura ha concedido a la muerte y el mantenimiento de una relación entre los vivos y los muertos, ponen de manifiesto como el fenómeno de la muerte ha propiciado, desde épocas tempranas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y practicas mágico-religiosas que le han servido a los seres humanos, a lo largo de la historia, para explicar, entender y manejar el hecho mismo de la muerte. (Gómez Sancho, 1999); (Rebolledo, 1999).

Por estos planteamientos, se puede señalar que el estilo de muerte que el hombre presenta en la sociedad tecnológica de hoy está en armonía con el silencio y discreción que rodea al último acto de vida. Esto se ve reflejado en las costumbres y actitudes de las personas y también de los profesionales, en los rituales funerarios y en el proceso de duelo.

La idea de dejar de existir es rechazada y la muerte se convierte en un acto no propio, temido. Incluso, la actitud que una persona tiene ante la muerte puede tener influencia en su conducta y relacionarse con los demás problemas de esa persona (Gómez Sancho, 1999) (Rebolledo, 1999).

Entonces, la muerte se ha ido convirtiendo así en una expresión de miedo, y de rechazo.

De un hecho esencial a la existencia humana, la muerte ha pasado a ser un absurdo, padecido en la ignorancia y en la pasividad, en una falta de solidaridad y abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y también los supervivientes. La muerte familiar de antaño se ha ido convirtiendo en una muerte ocultada. Ya no se muere en casa, sino en el hospital, a solas. La vida obligadamente feliz pretende alejar toda idea de la muerte y las apariencias de “siempre estar vivo” predominan. Se esconde el tema, se le habla de ella a los niños a través de eufemismos, el luto se hace cada vez más en la intimidad y se comparte poco el dolor. (Gómez Sancho, 1999).

Las enfermeras son profesionales que, por las condiciones de trabajo a lo que se dedican, se encuentran en contacto casi a diario con la muerte. La actitud ante la misma va a depender de varios factores como, la situación psicoemocional en la que se encuentre el profesional en ese momento, las experiencias previas con la muerte de otras personas (ya sean otros usuarios o familiares), el trabajo previo con la idea de su propia muerte, los conocimientos sobre el entendimiento de nuestra sociedad en el morir y la muerte, sus creencias culturales y religiosas, y la preparación académica que se tenga para el afrontamiento de esas situaciones estresantes.

Para enfermería esta experiencia está atravesada por el sufrimiento, el padecimiento y la angustia que se ve y presencia en los otros, la intensidad de la misma depende de que tan cercanos sean esos otros. Más allá del impacto que genera la idea de proyectar la propia muerte en uno mismo, también el impacto de muertes de las que se es testigo tiene un gran efecto sobre la propia vida.

Como se viene mencionando, enfermería tiene un papel importante en el trato directo con las personas en etapa final de sus vidas y sus familias, aunque la realidad es que, en ocasiones, se pone de manifiesto claramente que los profesionales enfermeros también forman parte de esta sociedad que no posee las herramientas para hacer frente a la muerte, y las repercusiones originadas de este evento pueden traducirse en conductas y actitudes como tristeza, dolor, impotencia, enojo, ira, rabia, desprecio, despreocupación, desgano, falta de compromiso, entre tantos otros. Sumado a la presencia de signos y síntomas físicos producto de estas vivencias.

En cuanto al ámbito laboral, en general no se refleja que las instituciones de salud privada o pública promueven en sus puestos de trabajo espacios para que las/os enfermeras y demás miembros del equipo de salud expresen su sentir y sus experiencias frente a la muerte y otras situaciones negativas o de conflicto, lo que origina que los profesionales se sientan dejados de lado como personas.

Serian diversos los interrogantes que se podrían plantear con relación a las vivencias de los miembros del equipo de salud y principalmente los enfermeros/as cuando se enfrentan a situaciones de pacientes en proceso de duelo y muerte constantemente en el contexto de internación institucional de estos pacientes.

Durante la formación académica y posteriormente en la práctica profesional y laboral, se espera que el enfermero mantenga una actitud acompañante, cálida, favorable y de apoyo al usuario y su familia durante el proceso final de la vida, así como también que cuente con habilidades, destrezas, experiencia práctica, capacidad de toma de decisiones, pensamiento crítico, actitud ética, responsabilidad con él y con los otros, empatía y demás cualidades que promueven el ajuste de la persona enferma a una nueva realidad, aceptando la muerte y mejorando la calidad de vida.

Sin embargo, los profesionales de enfermería no están libres de la influencia de la sociedad ni de experimentar diferentes emociones generadas por la muerte y por el trabajo con pacientes moribundos. Al presenciar una muerte, ocurre una experiencia extraña, única, personal y diferente en cada momento. No obstante, las múltiples experiencias que se viven en torno a la muerte, dentro

de la práctica diaria de los profesionales de la salud, hacen que sea necesario redireccionar las acciones y actitudes ante este proceso, teniendo en cuenta que se trata de un quehacer en el que muchas veces se deshumaniza el cuidado. (Collel, Limonero, & Otero, 2003)

“Se puede definir una actitud como la tendencia o la predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea o valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”. (Young, Flugel, & otros, 1967, págs. 7-8)

Por otro lado, se define a la actitud como una organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción con respecto a un objeto o situación. (Blanco & Alvarado, 2017)

Existen actitudes personales que guardan relación con características particulares de las personas, mientras que existen ciertas actitudes sociales que inciden en las conductas de un grupo o colectivos. (Hernández, y otros, 2011)

Entonces, se puede afirmar que una actitud predispone a las personas a responder de determinada manera ante una situación que puede ser favorable o desfavorable. Ello dependerá del entorno, de las experiencias previas ante el mismo fenómeno y de las representaciones sociales que se han construido alrededor del proceso de muerte.

Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal de enfermería, y recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso de final de vida del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso terminal y las actitudes del profesional enfermero. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas posibles, para así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los pacientes en etapa terminal y su muerte.

Dicho esto, se puede pensar que a pesar que la muerte es un hecho real, algo inevitable dentro de la existencia humana, el profesional de enfermería mantiene una actitud de evasión, es decir que el hablar de ello no es una posibilidad.

Y resumiendo, se puede analizar que el estar en contacto frecuente frente a este fenómeno de la muerte, puede generar una actitud defensiva para hacer frente a la posibilidad de su propia muerte y una actitud de evitación permite evadir los temores y sentimientos que emergen en el profesional,

El profesional de enfermería guía, apoya y acompaña a las personas y a los familiares que se encuentran en un proceso de muerte, los ayuda a enfrentar la transición de la vida a la muerte. Esta responsabilidad, que es inherente al cuidado, no exime la introyección o la vivencia de emociones generadas por la muerte. Las experiencias dolorosas que, continuamente el profesional de enfermería enfrenta le pueden ocasionar ansiedad, intranquilidad, inseguridad, entre otras manifestaciones. Esto puede provocar una atención inadecuada en ciertas ocasiones.

Relacionado con lo anterior, pero viendo otras perspectivas, es importante mencionar a la tanatología, la cual se reconoce como la ciencia que estudia y reflexiona sobre la muerte, las relaciones del hombre con ésta y sus consecuencias. Es el conocimiento científico de la muerte, sus ritos y significados, concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, social y espiritual para vivir en plenitud. Otra definición más concreta es considerarla como “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. Del griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias (Kraus Weisman Arnolo, 2006) y por qué no, trasladarlo al profesional enfermero que lo necesita también. De esta manera, se podrían encontrar respuestas a diversos cuestionamientos acerca de la muerte.

Frente a todo lo expuesto, nos sumergiremos en las variables a estudiar en esta investigación. Una de ellas es la actitud ante la muerte que atraviesan los profesionales de la salud. Para ello se basó en la teoría y en un instrumento original elaborado por sus autores a partir de la revisión del Death Attitudes and Self-Reported Health – relevant Behaviors (Martin & Salovey, 1996), el cual fue sometido a criterios de expertos hasta su versión final, siendo denominado convencionalmente Cuestionario de Actitudes ante la muerte (CAM) y quedó compuesto por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de evitación, de aceptación, de temor, basadas en las creencias de que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como salida o solución y otra que involucra la perspectiva profesional. (Hernandez Cabrera, Gonzalez Garcia, fernandez Machin, & Infante Pereira, Actitud ante la muerte en los Medicos de Familia , 2002)

La investigación reseñada (Hernandez Cabrera, Gonzalez Garcia, fernandez Machin, & Infante Pereira, Actitud ante la muerte en los Medicos de Familia , 2002) apuntó a la necesidad de reelaborar el instrumento, y reveló la insuficiente preparación de los médicos de familia investigados para la aproximación realista a la muerte de sus pacientes; entremezclándose, junto a determinadas actitudes, creencias, valores, emociones y afrontamiento en una doble perspectiva: personal y profesional. Esta investigación recomendó reaplicar el CAM en médicos y enfermeros de familia sometidos a una intervención de modificación de actitudes ante la muerte, con metodologías basadas en elementos cognitivos y manejo de vivencias y estereotipos. Con este fin se rediseño la versión 1, efectuándose fundamentalmente los siguientes cambios: 1) ligera modificación de las instrucciones, para evitar tendencias extremas en las escalas correspondientes a las diferentes proposiciones. 2) Revisión en la reformulación de los ítems, especialmente de las subescalas de pasaje y salida, evitando la redacción que diese lugar a respuestas de discapacidad social o de puntuación extrema. 3) Reconstrucción de las dimensiones o subescalas del instrumento, con base a los resultados del análisis factorial llevado a cabo en la versión 1. (Grau Abalo, y otros, 2008)

El CAM-2 resulto el instrumento remodelado a partir de los resultados de esta investigación. Considerando esta última fuente de variaciones, quedaron 6 subescalas en esta versión, en las que se mantienen 6 de los principales factores que explicaban la varianza: a) la muerte, como tránsito, b) Temor, c) la muerte como salida a la carga de la vida, d) manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de la inevitabilidad de la muerte, e) manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional, d) defensiva, mecanismos de evitación. La nueva versión mantuvo 32 de los reactivos (proposiciones originales), pero remodelados y reubicados en dimensiones. (Grau Abalo, y otros, 2008)

Siguiendo en detalle las dimensiones, se puede afirmar que en la dimensión de “Distanciamiento- Aceptación” ocurren manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de inevitabilidad de la muerte. En la dimensión correspondiente a “Tránsito” se valora a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor. En otra dimensión se refleja las manifestaciones de “Defensiva” y mecanismos de evitación. La dimensión “Temor” se analizará como el temor a la muerte, a contraer una enfermedad y a enfrentarse con la familia de un moribundo. La dimensión “Impacto Emocional” deja reflejado manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional que deben prestar. Y, por último, en la dimensión “Salida”, se analizará a la muerte como salida y como alivio.

Tal como se presenta, se puede plantear que ciertas actitudes de distanciamiento de la enfermera ante el paciente en fase terminal puede deberse a la respuesta personal de acatamiento al supuesto deber profesional, que plantea el control de sentimientos y la no vinculación emocional. También puede deberse a la sobrecarga de trabajo y al poco tiempo disponible, como así también a mecanismos psico-afectivos de defensa ante los sentimientos de un duelo prolongado y permanente, o a efectos patológicos de este duelo cotidiano. Esto coincide con algunas investigaciones (Sanz, Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal, 2000) (Mialdea, Sanz, & Sanz, 2009) que señalan que las emociones ligadas a sentimientos de impotencia y miedo a la propia muerte, pueden actuar como desencadenantes de mecanismos defensivos de negación ante el paciente en etapa terminal y su muerte, y que mucho se debe a carencias en la capacitación profesional.

Son múltiples los factores que intervienen en el enfrentamiento con los propios miedos y/o realidades, y el no haber elaborado los propios duelos, como sociales, culturales, espirituales y subjetivos. Entre ellos se encuentra la falta de preparación en el transcurso de la carrera profesional de enfermería y en el manejo de estas situaciones que atraviesan este tipo pacientes.

Muchos profesionales tiene miedo a la muerte, por ello consideran el cuidado hacia los pacientes terminales como otra actividad más del día. El modelo biomédico que promueven las instituciones de salud influyen en la visión negativa de que los profesionales tienen de la muerte. (Kayser-Jones, 2002).

Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero los profesionales de la salud están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella. (Pascual Fernandez, 2011). Esto puede influir en las actitudes del personal enfermero. Por ello, es necesario desarrollar actitudes lo más positivas posibles para poder ofrecer mejor calidad de cuidados.

Siguiendo otra variable, en este estudio se considerará la importancia de la edad, (deduciendo que a mayor edad, menor miedo a la muerte). Por un lado, es de esperar que la madurez a nivel personal y cognitivo tenga un papel fundamental para superar el miedo a la muerte. Por otro lado, al igual que otros autores, entendemos que con la edad se incrementa la experiencia y el contacto con la

muerte, el número de pacientes en proceso de morir atendidos y el número de fallecimientos presenciados.

Entre otros factores que hacen que los profesionales comprendan mejor la muerte de sus pacientes, se destaca el hecho de que en su vida hayan tenido experiencias de proximidad con la muerte, y por lo tanto, recursos personales. (Black & Rubinstein, 2005)

De la misma manera, se puede inferir que la experiencia profesional, especialmente con pacientes que vivencian un proceso de morir, ayudaría a desarrollar estrategias para hacer frente a su respuesta emocional de la muerte y el morir, permitiendo así la adquisición de actitudes o creencias favorables hacia el cuidado al final de la vida.

Por otro lado, al respecto de las creencias religiosas y las creencias en la vida después de la muerte, se cree que pueden generar en las personas la aceptación de la misma como parte integral de la vida y por tanto producir una actitud de acercamiento. Según Harding, Flannelly, Weaver, & Costa, (2005), se podrían dar correlaciones positivas entre las creencias religiosas y la aceptación de la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1990) reafirma la importancia de la “espiritualidad”. Y advierte que, no es lo mismo que “religiosidad”, aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso.

El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito, y para los que están cercanos al final de la vida, se asocia comúnmente con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación de los valores. (OMS, 1990)

La dimensión espiritual es idiosincrásica del ser humano. Toda persona tiene la posibilidad de encontrar la integración con una realidad más amplia que sí mismo a través de un camino propio, único e irrepetible. Incluirla en la atención clínica genera un gran desafío para los profesionales. (OMS, 1990)

Según la O.M.S. cuando decimos “sexo” nos referimos a las características biológicas y psicológicas que definen a hombre y mujeres. Las estadísticas disgregadas por sexo son las que hacen referencia a datos diferenciados para hombres y mujeres en un determinado campo. En

cambio, si queremos analizar unos datos teniendo en cuenta el género, quiere decir que tendremos que investigar los determinantes sociales, psicológicos, económicos, políticos, étnicos, culturales, medioambientales, y biológicos de la enfermedad que sean diferentes y desiguales para hombres y mujeres.

El concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres. Todos ellos pueden llevar a desigualdades, y a su vez, estas desigualdades pueden causar inequidad entre hombres y mujeres en el estado de salud y el derecho a la salud. Un error bastante frecuente es utilizar la palabra género para referirse a sexo.

Por eso, en este proyecto de investigación se tomara la palabra sexo para referirnos a la variable que vamos a medir y relacionar con otras.

Trabajar en todos estos temas requiere un aprendizaje que se debe producir a lo largo de toda la vida. Por ello debemos incidir en la idea de la muerte propia como ese hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente, estemos preparados o no, y que repercutirá en cada persona de forma singular y única. No hay dos muertes iguales, al igual que no existen dos vidas idénticas. Prepararnos para morir, hace que relativicemos las pérdidas y los fracasos.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar, tomar conciencia de las razones ocultas que le empujan a huir ante tales situaciones que se presentan como son la atención brindada al sujeto de atención en fase terminal y su familia. A través del conocimiento se puede permitir rectificar ciertas actitudes y estar más cómodo en dichas circunstancias. De cualquier manera, el enfermo terminal y su familia, la mayoría de las veces, generan un gran impacto y un ambiente de demanda con carga emocional en la que hay que saber afrontar, por eso cada profesional debe prepararse para ello.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio o Diseño

El siguiente estudio se llevará a cabo con un abordaje metodológico cuantitativo.

El tipo de diseño es no experimental u observacional. Dado que se recolectan datos en forma pasiva sin introducir cambios o tratamientos. Las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad sin manipulación.

Es descriptivo porque tiene por objetivo determinar cómo es la situación de las variables que se están estudiando en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia con la que se presentan y en quienes.

Según la ocurrencia de los hechos es prospectivo, porque se realizará durante el primer semestre de 2020. Se registrará la información según van ocurriendo los fenómenos.

Es transversal porque se hará un corte en un periodo determinado de 6 meses. Dado que se recolectan datos en un momento único.

4.2 Sitios o contexto de la investigación

El estudio exploratorio o de convalidación se realizó para definir uno de los sitios donde se va a realizar la investigación según el criterio de elegibilidad:

Para llevar a cabo la investigación mencionada, se consideró pertinente elegir una de las dos instituciones seleccionadas para el estudio, dado que posee las características edilicias apropiadas, y es un efector que posee las unidades de análisis (población enfermeros) en mayor proporción, por lo cual esto se traduce en un flujo de trabajo mayor, y la mayor exposición a enfrentarse a las variables en estudio.

En función del proyecto de investigación, durante el primer semestre del año 2020, se decidió la elección de “Sitio B” porque:

Es una institución polivalente de salud privada ubicada en el centro de la ciudad de Rosario, con características similares a la institución “A”, la cual cuenta con 4 salas de internación general de complejidad intermedia, y alrededor de 80 camas útiles. La población total, consta de 41 enfermeros profesionales que realizan tareas asistenciales en los diferentes turnos.

Para llegar a esto, se llevó a cabo la Guía de convalidación de sitio confeccionada. Para lo cual, se solicitó entrevista con los Jefes de Departamento de Enfermería de los respectivos efectores “A” y “B”, comentando sobre el proyecto de investigación.

Se autorizó sin inconvenientes un lugar adecuado para llevar a cabo los cuestionarios en el office de médicos o en el comedor de los trabajadores.

En ambas instituciones se permitió el acceso a realizar la investigación en siguiente semestre, y en el caso que efectué en dicho lugar, se acordó en que se publiquen los resultados hacia el mismo.

No se pudieron obtener en ambos efectores datos fehacientes de los enfermeros asistenciales (como antigüedad, edades), por no obtenerlas la enfermera jefe en su momento, o en el otro caso, por no poder brindar esa información.

Se pudo constatar que la población de enfermeros en efector “A” y “B” no presentan capacitaciones con respecto a la temática en estudio.

No se pudieron obtener estadísticas ni porcentajes exactos de los pacientes internados en proceso final de la vida y muertes, aunque sí, en el sitio elegido, la enfermera jefe asegura que el promedio de estas características de pacientes es elevado. Con este dato se traduce que las unidades de análisis se exponen ante estos eventos con frecuencia.

Ver Anexo I. Guía de convalidación de sitios.

4.3 Población y Muestra

En función de los resultados obtenidos en el estudio de convalidación de sitios la población total estimada es de 40 enfermeros asistenciales.

Dado que la población en estudio no es de un número considerablemente grande no se realizará muestreo.

Las unidades de análisis están conformadas por todos los enfermeros que realicen tareas asistenciales en salas de internación general.

Criterios de inclusión:

- Los enfermeros que desarrollen su labor asistencial de manera habitual en el servicio de internación general.

Criterios de exclusión:

- Formularios incompletos o con cumplimentación inferior al 80%.
- Aquellos profesionales que han vivenciado la muerte de un familiar cercano, por lo menos 6 meses atrás.

En relación a la validez externa, los alcances de mi estudio estarán generalizados únicamente a la población donde se realizará la investigación

De acuerdo a las Amenazas que sufre el proyecto de investigación se realizarán Controles de Validez Interna que se aplican en el Diseño. Por un lado, se tendrán en cuenta aspectos que puedan afectar al instrumento, uno de ellos es que puede resultar demasiado largo para la lectura y respuesta, por lo que puede generar abandono en su confección. Por otra parte, al momento de la recolección de datos, el personal de enfermería puede no disponer de tiempo para realizar el instrumento, por lo que se solicitará permiso a las autoridades de la institución para poder llevarlos a cabo sin inconvenientes. Se buscará un lugar tranquilo y cómodo para que los enfermeros puedan completar el cuestionario sin influencias del entorno, que puede ser el office del departamento de enfermería y ofrecer un periodo de tiempo prudencial que necesiten.

En referencia a la prueba piloto de los instrumentos llevada a cabo en 8 enfermeros asistenciales en sitio “A”, se tuvo en cuenta la utilización del mismo instrumento de medición para todos por igual. A pesar de que se les solicitó que formularan preguntas cuando se tuvieran dudas en cuanto al cuestionario en desarrollo, no se generaron interrogantes por parte de quienes lo resolvieron. Dado que al no haber inquietudes, se puede plantear que el cuestionario elaborado será un instrumento confiable y que se podrá aplicar sin dificultad alguna, resultando los enunciados claros, cortos y precisos. Debido a éstos, no se realizaron ajustes.

Se aseguró que los profesionales no tuvieron capacitaciones sobre la temática en estudio en el periodo elegido para la prueba piloto y en la investigación.

Por otro lado, a través de la presencia de un encuestador se asegurará que los sujetos completen el cuestionario y no abandonen su confección. Para ello, se instruirá a un colaborador en una reunión previa, y que luego el mismo, con el debido entrenamiento personalizado, tome la misma actitud y neutralidad frente al personal enfermero que realice el cuestionario durante el turno noche. Durante el horario diurno será aplicado por el presentador de este proyecto.

4.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Proceso de Operacionalización de las variables identificadas:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Actitudes ante la muerte del profesional enfermero.	Una actitud es un fenómeno psicológico complejo, que se va formando y desarrollando a lo	D1: Distanciamiento - aceptación	La aceptación de mi muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de mis pacientes. Cuando no hay nada más que ver en el mundo, deberíamos aceptar la muerte.

	<p>largo de la vida, que muestra carácter de tendencia o disposición y que influye en las respuestas conductuales del sujeto (Ministerio de Educación -Mined-, 1974).</p>	<p>D2: Tránsito.</p>	<p>No me gusta atender a un paciente agonizante.</p> <p>Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.</p> <p>No vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida.</p> <p>Reconocer mi muerte como un hecho inevitable ayuda a mi crecimiento personal.</p> <p>El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.</p> <p>Yo pienso que después de la vida puede haber un lugar mejor.</p> <p>Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.</p> <p>Pienso que puede haber vida después de la muerte.</p> <p>Veo a la muerte como un paso a la eternidad.</p> <p>Espero con placer que haya vida después de la muerte.</p>
--	---	--------------------------	---

		<p>D3: Defensiva.</p> <p>D4: Temor.</p>	<p>Me siento más libre al aceptar mi muerte.</p> <p>Después de la muerte encontrare la felicidad.</p> <p>Pensar en la muerte es perder el tiempo.</p> <p>Experimento la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.</p> <p>No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que se va a morir.</p> <p>He pensado en mi muerte como un hecho posible.</p> <p>El más alto sentido de mi trabajo es salvar o alargar la vida de mi paciente, aunque padezca de una enfermedad terminal.</p> <p>La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.</p> <p>Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.</p> <p>Yo temo morir joven.</p>
--	--	---	--

		<p>D5: Impacto emocional.</p> <p>D6: Salida.</p>	<p>Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.</p> <p>Encuentro difícil encarar la muerte.</p> <p>Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediablemente a la muerte.</p> <p>No es bueno pensar deliberadamente en la inevitabilidad de mi muerte.</p> <p>Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.</p> <p>Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.</p> <p>La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.</p> <p>Preferiría morir a vivir sin calidad.</p> <p>Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.</p>
--	--	--	--

			Las personas solo deberían pensar en la muerte cuando son viejos.
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha.		1- 20 a 30 2- 31 a 40 3- 41 a 50 4- 51 o más
Antigüedad Profesional	Número de años de antigüedad laboral como profesional de Enfermería		1- 2 años 2- 5 años 3- 10 años 4- 15 años o más
Sexo			1- Mujeres 2- Hombres
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, con normas morales para la conducta individual y social.		1- Católica 2- Cristiana 3- Protestante 4- Mormona 5- Testigo de Jehová 6- Otra

En este proyecto de investigación, se aplicará un instrumento de medición para las variables en estudio, para lo cual, se utilizará el “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte – 2 (CAM-2)”, previamente confeccionado y validado por expertos en Cuba. Modificación en 1999, por J. Grau, A. Barreda y O. Infante de la Versión 1, de 1997, reelaborada por G. Hernández, O. Infante, L. M. Castillo, J. Grau y M. Chacón. (Martin & Salovey, 1996) (Hernandez Cabrera, Gonzalez Garcia, fernandez Machin, & Infante Pereira, Actitud ante la muerte en los Medicos de Familia , 2002)

Dicho instrumento anónimo, tenido en cuenta para la variable cualitativa compleja de actitudes ante la muerte por el profesional de enfermería, contará además con un membrete acerca de las variables antigüedad profesional, edad, género y creencias religiosas, a ser completada por los participantes.

Ver en Anexo II. Instrumento de recolección de datos.

De acuerdo al tipo de investigación considerando que es no experimental, transversal y descriptiva, se tuvieron recaudos pertinentes a los principios de Bioética, y por otro lado, se llevará a cabo el principio de Beneficencia, dado que no daña a los sujetos que conforman la población en estudio y se asegura su confidencialidad.

También, en el diseño se tuvo presente la autonomía y respeto a la dignidad humana de los participantes contando con el consentimiento informado voluntario previo, el cual se confeccionó teniendo en cuenta la ausencia de coacción, y que la persona comprenda los riesgos y beneficios. La persona estará libre de coerción y podrá tomar sus propias decisiones con autodeterminación, reconocer su dignidad y libertad.

Ver en Anexo III. Consentimiento informado.

Siguiendo estos principios, se vio la necesidad en la planificación del principio de Justicia, el cual incluye el derecho del sujeto a un trato justo y preservación de su intimidad. Se distribuirá por igual los riesgos y beneficios de la participación en el estudio de investigación. El reclutamiento y selección de los participantes se hará de manera equitativa. Se respetará la confidencialidad de los datos, y no se pondrá a nadie en situación de riesgo.

4.5 Personal a cargo de la recolección de datos

El autor de este proyecto de investigación estará a cargo de la recolección de datos, y solicitará la asistencia de un colaborador, por lo cual se adiestrará previamente a una persona, sin remuneración acordada, y capacitada según las variables que se quieren medir. Para ello, se tiene en cuenta a una coordinadora del turno noche de los servicios de internación elegidos, dado que la misma no realiza tareas asistenciales, y podrá disponer del tiempo para hacerlo, y de esta manera además, considerablemente no se pierden las unidades de análisis.

4.6 Plan de análisis

A través de la aplicación del instrumento mencionado en la población determinada, se plantea la modificación en la lectura y reconstrucción de las variables por dimensiones, de acuerdo a los fundamentos teóricos, y para mejor comprensión del lector.

Siguiendo el análisis de este instrumento, se tiene en cuenta uno de los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes, éste es el escalamiento de Likert, el cual consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios para medir las reacciones de los participantes eligiendo uno de los (preferentemente) cinco puntos o categorías de la escala. Las puntuaciones de las escalas de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada frase. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones.

Las opciones más comunes se presentan como “Totalmente de acuerdo”, “De acuerdo”, “Indiferente”, “en desacuerdo”, “Totalmente en desacuerdo”. En este caso, a cada una de ellas se le asigna un valor numérico precodificado, y solo puede marcarse una respuesta en una escala del 1 a 5, interpretando al número mayor como “Totalmente de acuerdo”, y el menor número como “totalmente en desacuerdo”.

Para poder analizar los resultados obtenidos en los cuestionarios suministrados se reconstruirán los indicadores y se agruparán en diferentes dimensiones que permitirán la lectura de la variable en estudio. De esta manera se reflejará la traducción de los indicadores en ítems, los cuales serán cuantificados según las respuestas de cada participante.

Sucesivamente se irán analizando las dimensiones, las cuales según su codificación, se procederá de la siguiente manera:

La dimensión 1 es “Distanciamiento- Aceptación” y consta de 7 Ítems, así, en el caso de obtener respuestas “Totalmente en Desacuerdo” por cada uno de los participantes, se aplicará un valor mínimo de 7 puntos, un máximo de 35 y un valor medio de 21 puntos para quienes se expresen como indiferente ante cierto cuestionario. En esta dimensión ocurren manifestaciones de distanciamiento profesional o sensibilidad (aceptación) con el hecho de inevitabilidad de la muerte

La dimensión 2 corresponde a “Tránsito”, en la cual se valora a la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor, también consta de 7 ítems, los cuales se sumarán ídem a la dimensión anterior.

La dimensión 3 refleja la “Defensiva” y consta de 5 ítems, que serán evaluados según el mismo criterio anterior, pero esta vez el resultado mínimo aplicado será de 5, con una puntuación media de 15 y un máximo de 25. Se tendrán en cuenta en el análisis de estos indicadores, las manifestaciones de defensiva y mecanismos de evitación.

En la dimensión 4 “Temor”, se describen 6 ítems, con un mínimo de 6 puntos respectivamente y un máximo de 30. Su media será de 18 puntos. Se analizará en esta dimensión el temor a la muerte, a contraer una enfermedad y a enfrentarse con la familia de un moribundo.

En la dimensión 5 “Impacto Emocional” los ítems son 3 dando lugar a 3 puntos como mínimo y 15 como máximo. Teniendo como neutralidad un valor de 9. En esta dimensión se tendrá en cuenta las manifestaciones de impacto emocional en relación a la atención profesional que deben prestar.

Por último, en la sexta dimensión “Salida”, se contabilizan 4 ítems, contando 4 puntos como mínimo y 20 puntos como máximo en las respuestas de cada ítems de la dimensión, la cual se analizará a la muerte como salida y como alivio, lo que reflejará una actitud en este grupo de profesionales participantes del estudio.

Siguiendo este análisis según el aporte teórico, se reconstruirá la variable “Actitud ante el paciente terminal y la muerte” como positiva o negativa por parte de los enfermeros. En este proceso se traduce como una actitud positiva si en las dimensiones 1, 2 y 6 predomina como respuesta estar indiferente o totalmente de acuerdo frente a distintas situaciones y el predominio del desacuerdo con las afirmaciones en los ítems de las dimensiones 3, 4 y 5.

Es decir, que sí ante la suma de puntos en las dimensiones 1, 2, 6 (Distanciamiento- aceptación, Transito, Salida) resulta como mínimo de 54 y un máximo de 90, y por otro lado la suma de las dimensiones 3, 4, 5 (defensiva, temor, impacto emocional) no supera un máximo de 42 y se mantiene cerca de un mínimo de 14, estamos ante un reflejo de actitud positiva. De lo contrario a estas sumas de puntuaciones en los ítems mencionados, se verá reflejada una actitud negativa.

Para mejor comprensión se realizó un cuadro donde se detalla en color amarillo al predominio de actitud positiva de acuerdo a las posibles respuestas obtenidas por cada dimensión, y en gris el predominio de actitudes negativas, en el caso que las afirmaciones del cuestionario viren para el lado opuesto frente a una respuesta óptima.

Variable: Actitud ante la Muerte. DIMENSIONES:	ITE MS	N° de ítems	Modalidad de respuestas.	Puntajes		
				mínimo (total. en desacuerdo)	intermedio (indiferente)	máximo (Total. De acuerdo)
D1: Distanciamiento-aceptación	1 – 7	7	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	7	21	35
D2: Tránsito.	8 – 14	7	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	7	21	35
D3: Defensiva.	15– 19	5	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	5	15	25
D4: Temor.	20– 25	6	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	6	18	30
D5: Impacto emocional.	26– 28	3	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	3	9	15

D6: Salida.	29– 32	4	5. total. de acuerdo 4. de acuerdo 3. indiferente 2. en desacuerdo 1. total. desacuerdo	4	12	20
-------------	-----------	---	---	---	----	----

VARIABLES	Tipos y Nivel de medición:	Población encuestada.	Puntuaciones obtenidas	Porcentajes
a- Edad	Cuantitativa simple. De razón.	1. 20 a 30 2. 31 a 40 3. 41 a 50 4. 51 o más		
b- Antigüedad profesional	Cuantitativa Simple. De razón.	1. 2 años 2. 5 años 3. 10 años 4. 15 años o más		
c- Sexo	Cualitativa Simple. Nominal.	1. Mujeres 2. Hombres		
d- Creencias religiosas	Cualitativa Simple. Nominal.	1. Católica 2. Cristiana 3. Protestante 4. Mormona 5. Testigo de Jehová 6. Otras		

Si guiendo el proceso de análisis, lo primero es describir los datos tabulados, con los valores y puntuaciones obtenidas para cada variable. Estas variables serán decodificadas y presentadas en tablas y gráficos que reflejarán la distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central.

Para las variables cuantitativas simples, de razón como edad y antigüedad, se realizarán estadísticas descriptivas de media, mediana y moda.

Para las variables cualitativas simples nominales se confeccionarán tablas de frecuencias, porcentaje y moda.

Además, los resultados serán expuestos en una base de datos de un programa estadístico “Epi Info”, utilizando la última versión disponible al momento. Para llevar a cabo esto, se consultará con un profesional de estadística y se determinará las relaciones entre variables con su concerniente interpretación.

4.7 Plan de trabajo y cronograma

En la siguiente tabla se detalla la secuencia de las actividades que se realizarán durante la etapa de ejecución de la investigación, y la duración de cada una por meses de trabajo.

ACTIVIDAD	TIEMPO en MESES					
	1er	2do	3er	4to	5to	6to
Capacitación a colaborador						
Aplicar Instrumentos en las unidades de análisis						
Análisis e interpretación de los datos						
Revisión de la bibliografía						
Tipeo y presentación de los datos (reconstrucción de las variables)						
Elaboración de informe final						

5 ANEXOS

5.1 Anexo I - Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios

GUIA PARA EL ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN DE SITIO
1- ¿La institución permite que se realice la investigación?
2- ¿La institución permite que se publiquen los resultados de la investigación?
3- ¿La institución tiene departamento de estadística? ¿Se podrán obtener las estadísticas de morbi- mortalidad de todos los pacientes? ¿y estadísticas de los pacientes en fase terminal o paliativa?
4- ¿Hay algún comité de cuidados paliativos en el efector?
5- ¿Cuál es la dotación total de enfermeros? ¿y por turno?
6- ¿Cuáles son las antigüedades de los enfermeros de la sala?
7- ¿Se realizan capacitaciones respecto al cuidado de pacientes terminales al personal de la institución regularmente?
8- ¿Existe algún tipo de acompañamiento psicológico a los enfermeros asistenciales que atraviesan la atención y proceso de muerte de estos pacientes?
9- ¿Qué cantidad de camas útiles hay en el servicio?
10- ¿Qué grado de complejidad o nivel de dependencia poseen habitualmente los pacientes internados en la Institución?

11- ¿Cuál es el porcentaje de pacientes en estado terminal internados en la sala?
12- ¿Se podrá disponer del office del Jefe de Enfermería para llevar a cabo el llenado de los cuestionarios por los participantes? ¿Se podrá disponer de otro lugar tranquilo para completar dicho cuestionario?

5.2 Anexo II - Instrumento anónimo de recolección de datos

Código:

Fecha:

Género: Masc. () Fem. ()

Edad:

Antigüedad profesional:

Creencia religiosa:

Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM– 2).

De acuerdo a las siguientes afirmaciones, marque con una “X” donde considere usted más apropiado a su personalidad. Le recordamos que la respuesta va en una escala del 1 al 5, siendo la opción a su izquierda un total desacuerdo con la afirmación y el polo opuesto “Totalmente de acuerdo” al extremo derecho del mismo reglón. Podrá disponer de no más de 15 minutos. Gracias.

1.	La aceptación de mi muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida de mis pacientes.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
2.	Cuando no hay nada más que ver en el mundo, deberíamos aceptar la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

3.	No me gusta atender a un paciente agonizante.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4.	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
5.	No vale la pena seguir viviendo con mala calidad de vida.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
6.	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable ayuda a mi crecimiento personal.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
7.	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8.	Yo pienso que después de la vida puede haber un lugar mejor.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
9.	Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.				

	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10	Pienso que puede haber vida después de la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
11	Veo a la muerte como un paso a la eternidad.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
12	Espero con placer que haya vida después de la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
13	Me siento más libre al aceptar mi muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14	Después de la muerte encontraré la felicidad.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15	Pensar en la muerte es perder el tiempo.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

16	Experimento la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
17	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que se va a morir.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
18	He pensado en mi muerte como un hecho posible.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
19	El más alto sentido de mi trabajo es salvar o alargar la vida de mi paciente, aunque padezca de una enfermedad terminal.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
20	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
21	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

22	Yo temo morir joven.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
23	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente en fase terminal.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
24	Encuentro difícil encarar la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
25	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediablemente a la muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
26	No es bueno pensar deliberadamente en la inevitabilidad de mi muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
27	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

28	Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente terminal de mi área proviene de sus familiares.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
29	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
30	Preferiría morir a vivir sin calidad.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
31	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
32	Las personas solo deberían pensar en la muerte cuando son viejos.				
	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo

5.3 Anexo III - Consentimiento informado

Universidad Nacional de Rosario – Facultad de Ciencias Médicas – Escuela de Enfermería

Consentimiento informado a persona participante del estudio.

Yo.....D.N.I. N°....., doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio sobre “¿Qué relación existe entre las actitudes ante el paciente en etapa terminal y la muerte con la antigüedad profesional del personal de enfermería, edad, sexo, y religiosidad, de cada uno de ellos, en una Institución privada de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020?”, el cual es desarrollado por la estudiante de la Licenciatura en Enfermería Lorena Durán y su colaboradora.

Entiendo que fui seleccionado para participar en este estudio porque soy enfermera/o asistencial en un servicio de internación de adultos de cuidados generales de complejidad intermedia. Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito en el instrumento que completaré ni se publicará en ningún lado, dado que se mantendrá respeto en el manejo de la información y por mi vida privada. Tendré derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido, sin que se vea afectada mi profesión, mi integridad física, psíquica y social.

Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes podrán servir para brindar un nuevo conocimiento, y con los resultados poder generar estrategias de capacitación para enfermeros que trabajan en estos servicios. Además, comprendo que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto. De esta manera, dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Fecha:

Firma del participante o huella:

Firma del investigador responsable:

5.4 Anexo IV - Resultados del estudio exploratorio

La convalidación de sitio se realizó en dos efectores de salud los cuales poseen las mismas características de institución de salud privada, en uno de ellos, el no elegido para realizar la investigación, es decir, donde se realizó la prueba piloto, se encuentran 2 salas de internación, con alrededor de 70 camas útiles y una dotación total de 36 enfermeros asistenciales. Además allí se abordan las mismas características de pacientes adultos mayores. En este efector, no se contaba con ciertas características que solicitaba para llevar a cabo el proyecto de investigación. Un porcentaje de enfermeros estaban con licencia, y en el efector no se encontraba trabajando todo el personal permanente, por lo cual, según los criterios de exclusión, perdía población y no era conveniente. Por otro lado, al ser un efector más chico que el efector “B”, no se contó con los números estadísticos de las características de pacientes en etapa terminal y muerte, como para obtener un dato que refleje la prevalencia de exposición a éstos procesos en la población estudiada.

5.5 Anexo V - Resultados de la prueba piloto del instrumento

Luego de solicitar autorización institucional, en el efector “A”, sitio NO elegido para realizar la investigación, se llevó a cabo una prueba piloto, con previo consentimiento informado a 8 participantes elegidos al azar en 2 turnos y días diferentes. Para llevar a cabo esto, se solicitó completar en el mismo instrumento de actitudes ante la muerte, años de antigüedad como profesional de la salud, edad, sexo y religión, para luego codificar las variables en estudio. Todos los participantes contestaron el total de las proposiciones, no demoraron más de 15 minutos cada uno, con un promedio 9 minutos. El instrumento fue claro, y preciso. En todo momento no me retiré del lugar y ellos podían preguntar lo que quisieran. La desventaja fue incentivar a completar el cuestionario, y ser muy larga la explicación de todo el recorrido atravesado para llegar hasta ese punto, y “convencer” al enfermero asistencial para que participara. Explicándoles muy detalladamente todo, voluntariamente se disponían con un cordial acuerdo, sabiendo que no recibirían una remuneración o incentivo por ello.

Se autorizó sin inconvenientes un lugar adecuado para llevar a cabo los cuestionarios en el office de médicos y en el comedor de los trabajadores.



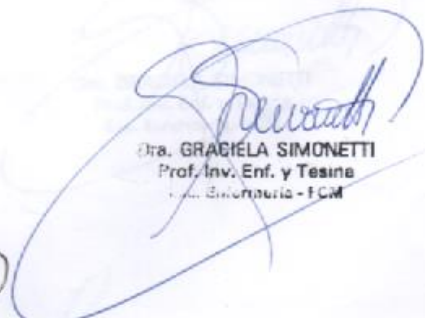
FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

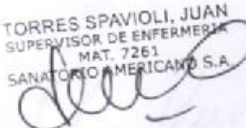
—Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica
que..... Durán Lorena Soledad DNI 32903169

.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.....
El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.....

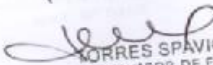
A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los..... 04 de noviembre de 2019.....

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar


Dra. GRACIELA SIMONETTI
Prof. Inv. Enf. y Tesina
Enfermería - FCM


TORRES SPAVIOLI, JUAN
SUPERVISOR DE ENFERMERIA
MAT. 7261
SANATORIO AMERICANO S.A.

- Se realizó prueba piloto


TORRES SPAVIOLI, JUAN
SUPERVISOR DE ENFERMERIA
MAT. 7261
SANATORIO AMERICANO S.A.



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

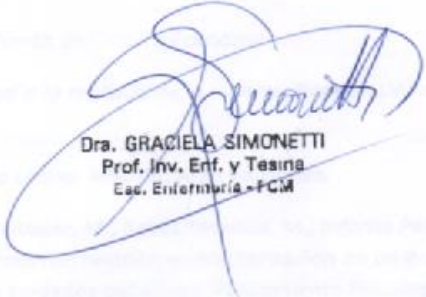
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Dra. Graciela Simonetti, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica
que..... Duain Lorena Soledad DNI: 32903168

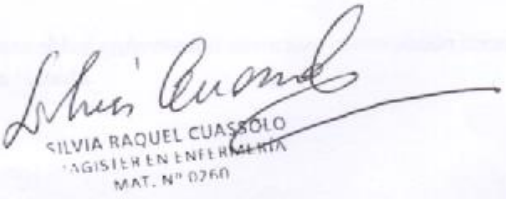
.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus
trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los..... 04 de noviembre de 2019


Dra. GRACIELA SIMONETTI
Prof. Inv. Enf. y Tesina
Esc. Enfermería -FCM

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar


SILVIA RAQUEL CUASOLO
REGISTRO EN ENFERMERIA
MAT. N° 0760

6 BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2010). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Bayes, R. (2000). Los dos objetivos prioritarios de la Medicina del Siglo XXI. *JANO* , 110-11.
- Bayes, R., Limonero, J., Buendia, B., Burón, E., & Enriquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6(4), 140-143.
- Black, H., & Rubinstein, R. (2005). Direct Care Workers Response to Dying and Death in the Nursing Home . *A Case Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 60(1):3-10.
- Blanco, N., & Alvarado, M. (2017). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *Ciencias Sociales*, 11 (3).
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*, (37): 43-49.
- Brito Brito, P., & Reverón Brito, D. (2006). La enfermería ante la muerte. *Metas de enfermería*, (9): 29-32.
- Castanedo, I., Suarez, C., & Vivar, C. (2010). Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enfermería Docente*, 91: 16-18.
- Collel, R., Limonero, G., & Otero, M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. . *Investigacion en Salud* , 5(2): 1-10.
- Du Gas, B. (1986). *Tratado de Enfermería Práctica. 4ta Edición*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería . *Enfermería Clinica* , 210(3): 129-135.

- Elías, N. (2011). *La Soledad de los Moribundos*. México.: Fondo de Cultura Económica. .
- Fonnegra de Jaramillo, I. (1988). *Un acercamiento vivencial a la realidad de la muerte*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gómez Sancho, R. (1999). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán Ediciones.
- Grau Abalo, J., Llanta Abreu, M., Massip Perez, C., Chacon Roger, M., Reyes Mendez, M., Infante Pedreira, O., y otros. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogeneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicologico* , 4 (10): 27-58.
- Grimberg, M. (1992). *Sida y Proceso salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía*. Buenos Aires : Lusida.
- Harding, S., Flannelly, K., Weaver, A., & Costa, K. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & culture* , 8: 253-261.
- Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. New York: Macmillan.
- Henderson, V. (1995). *La naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Hernandez Cabrera, G., Gonzalez Garcia, M., fernandez Machin, L., & Infante Pereira, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Medicos de Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18: 22-32.
- Hernandez Cabrera, G., Gonzalez Garcia, M., fernandez Machin, L., & Infante Pereira, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Medicos de Familia . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, v.18.
- Hernández, V., Gomez, E., Maltes, L., Quintana, M., Muñoz, F., Toledo, H., y otros. (2011). La actitud hacia la enseñanza y aprendizaje de la ciencia en alumnos de Enseñanza Básica y Media de la Provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos-Chile. *Estudios Pedagogicos*, 37 (1): 71-83.

- Kastembaum, R., & Costa, P. (1977). Psychological perspectives of death. *Annual Review Psychology* , 28: 225-249 .
- Kayser-Jones, J. (2002). The experience of dying: An ethnographic nursing home study. . *Gerontologist: Special Issue III: End-of-Life research.*, (42): 11-19.
- Kraus Weisman Arnolo, C. (2006). *El manual moderno*.
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte . *Revista de Psicología general aplicada* , 37- 46.
- Marchán Espinosa, S. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. *Nure Investigación*, 13 (82).
- Martin, C., & Salovey, P. (1996). Death attitudes and Self-Reported Health relevant behaviors. . *J. of Health Psychology, sage publications, I*, (4) 441-53.
- Maza Cabrera, M., Zavala Gutierrez, M., & Merino Escobar, J. (2008). "Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes". *Ciencia y Enfermería*, 15 (1):39-48.
- Maza, M., Zavala, M., & Merino, J. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte. *Ciencia y Enfermería*, 15(1): 39-48.
- Mialdea, M., Sanz, J., & Sanz, A. (2009). Situación difícil para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. *Psicooncología* , 6(1): 53-63.
- OMS. (1984). *Organización Mundial de la Salud* .
- OMS. (1990). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41759>
- OMS. (2001). *www.who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Pascual Fernandez, M. (2011). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva* , 22(3):96-103.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., Mc Dermott, F., Hood, K., J, M., y otros. (2013). How Death Anxiety Impacts Nurses Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature. *Open Nurse J.*, 7: 14-21.

- Rebolledo, F. (1999). *Aprender a morir. Fundamentos de Tanatología Médica. Bases para el manejo del paciente en estado terminal*. México : Imprefin, S.A.
- Rio-Valle Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte": estudio comparativo y transcultural*. Granada.: Editorial de la Universidad de Granada.
- Sanz, J. (1995). Reflexiones sobre la muerte y el proceso de morir. *Medicina Paliativa.*, 2 (3), 14-15.
- Sanz, J. (2000). Actitudes del enfermero/a ante el paciente terminal. *Enfermería Científica*, 220-221: 17-20.
- Strasser, G., & Perdigon, A. (2015). El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. . *Physis. Revista de Saude Coletiva, Río de Janeiro.*, 25 (2): 485-500.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of death anxiety scale . *Journal of General Psychology* , 82: 165-177.
- Vargas, D. (2011). Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, v. 16: p. 37-44.
- Young, K., Flugel, J., & otros, y. (1967). *Psicología de las Actitudes*. Buenos Aires: Editorial Paidós.