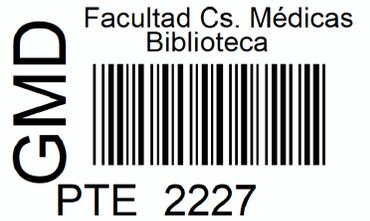


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial según sexo, edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio, en unidad de terapia intensiva de adultos de un hospital público.

Por: Enf. María Agustina, Ranalli.

Director: Lic. Silvana Palma.

Docente asesor: Lic. Simón Acosta.

Rosario, 13 de Febrero de 2020.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

*Agradezco a mi profesor Lic. Simón Acosta
por su colaboración y orientación para elaborar el proyecto,
por su calidez y profesionalismo.*

A mi directora Lic. Silvana Palma.

*A mi familia y amigas/os por el acompañamiento,
el apoyo incondicional, y por comprender las ausencias
en los años de estudio en pos de terminar esta carrera.*

Resumen

Las actitudes ante la muerte en los enfermeros asistenciales suelen perjudicar a veces la relación terapéutica, ya sea por miedo o inseguridad que esto genera.

El objetivo general será identificar la relación que existe entre las actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial según sexo, edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio en unidad de terapia intensiva de adultos de un hospital público durante el mes de marzo del 2020.

El estudio será observacional, descriptivo transversal, prospectivo; La población estará constituida por todos los enfermeros asistenciales de la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital público de la ciudad de Rosario. La recolección de datos se realizará mediante una encuesta utilizando como instrumento de medición el cuestionario actitudes ante la muerte (CAM-1). El análisis cuantitativo de las variables se realizara a través de distribución de frecuencias y medidas de tendencia central mediante estadísticas descriptivas bivariadas.

Palabras claves: Actitudes ante la muerte; Enfermería; Cuidados Críticos.

INDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	2
Resumen y Palabras Claves	3
Índice General	4
Introducción	
Estado Actual de conocimiento o Estado del Arte	5
Planeamiento del problema en estudio	10
Hipótesis y objetivos	10
Marco Teórico	11
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	27
Sitio o contexto de la investigación	27
Población y Muestra	28
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	29
Personal a cargo de la recolección de datos	33
Plan de análisis	33
Plan de trabajo y cronograma	37
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploración de sitios	39
II. Instrumentos de recolección de datos	40
III. Resultados del estudio exploratorio	46
IV. Resultados de la prueba piloto	47
Bibliografía	48

Introducción.

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales inherente al ser humano, que comparten aspectos sociales, culturales, biológicos, como también psicológicos-emocionales, y quizás, estos dos acontecimientos son los que mayor impacto emocional generan en las personas. (Martinez, Fernandez, & Lozano, 2017)

Desde el punto de vista médico, la muerte es la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia que proveen los atributos esenciales del ser humano y que integran el funcionamiento del organismo como un todo. (Espinosa S. M., 2016)

La muerte es un hecho que ocurre diariamente en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar, tanto para el profesional como para los familiares del ser querido que acaba de morir. Una de las funciones del profesional de enfermería, es la de ayudar a los pacientes que padecen una enfermedad terminal a enfrentar y transcurrir este doloroso proceso de transición de la vida a la muerte, como también, a los seres queridos que lo acompañan. Por esto se espera que el personal de enfermería mantenga una actitud de acompañante, favorable, cálida y de apoyo durante el proceso final de la vida, así como también que cuente con habilidades, destrezas, capacidad en la toma de decisiones, pensamiento crítico, actitud ética, responsabilidad con él y los otros, empatía y demás cualidades que promuevan la adaptación de la persona enferma a su nueva realidad, aceptando la muerte y mejorando la calidad de vida. (Martinez, Fernandez, & Lozano, 2017)

Desde siempre, existe un rechazo ante el tema de la muerte, se limita a lugares específicos, como por ejemplo, velatorios, cementerios y hospitales. Si bien a estos últimos se los ve como el lugar donde habita frecuentemente, es en realidad en los hospitales en donde se realiza toda la acción con el fin de prolongar la llegada de la muerte. El uso de tecnologías avanzadas y los procedimientos invasivos como las terapias a base de medicamentos, las prótesis biomédicas, convierten al individuo en algo meramente fisiológico o en órganos sanos o enfermos que hay que sanar; cuando esto no pasa, se lo piensa como un fallo del equipo de salud.

En el ámbito hospitalario, especialmente en las unidades de terapia intensiva, que cuentan con todo lo necesario para atender pronta y adecuadamente toda clase de situaciones de salud, la muerte es conceptualizada como el resultado de un fracaso técnico, que como un hecho del ciclo vital de todos los seres vivos. Esta modificación

de la concepción de “la muerte” en dichas unidades es influenciada por el uso y avance incontrolado de elementos y procedimientos tecnológicos y científicos que, en muchas ocasiones, solo prolongan el sufrimiento y la agonía de la persona enferma. (García, Ochoa, & Briceño, 2018)

El personal no exime a la introyección o a la vivencia de emociones generadas por la muerte y por el trabajo con enfermos moribundos. Se trata de situaciones dolorosas, que diariamente, el profesional de enfermería enfrenta; esto le ocasiona intranquilidad, inseguridad, ansiedad, etc., lo que puede provocar un inadecuado cuidado, evidenciado por actos de escape y rechazo, al afrontar sus propios miedos ante el proceso de morir. Es por esto que surge la inquietud de determinar si el profesional de enfermería está preparado o tiene las actitudes necesarias para hacerle frente a este proceso de transición de la vida a la muerte de la persona que cuida. (Barrientos & Valero, 2016)

La sociedad convive con el miedo a la muerte, pero los profesionales de la salud están en contacto y enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas continuamente. Esto puede influir negativa o positivamente en las actitudes del personal de enfermería. Por ello, es necesario desarrollar actitudes lo más positivas posibles para poder ofrecer mejor calidad de cuidados. Es importante que los profesionales de enfermería, adquieran una concepción de la muerte como parte inherente de la vida, para así evitar que sus sentimientos y emociones intervengan de forma negativa o puedan perjudicar los cuidados del paciente que se encuentra al final de la vida, donde dichos cuidados deberán enfocarse en proveer un buena muerte. (García, Ochoa, & Briceño, 2018)

En España, se realizó un estudio descriptivo y transversal, con el objetivo de evaluar la actitud y el nivel de afrontamiento ante la muerte en los profesionales de las Unidades de Paliativos y Oncología de cuatro hospitales, mediante una encuesta dirigida a enfermeros y auxiliares, llegó a la conclusión de que un tercio de los profesionales (37%) presenta un mal afrontamiento de la muerte. El 60% de los profesionales considera que su formación es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal. La mayoría (83'1%), manifiesta no tener sistemas de apoyo por parte de la Institución. Las mujeres creen más en la vida después de la muerte que los hombres, pero éstos aceptan mejor la muerte. (Espinosa, 2016)

Siguiendo esta perspectiva, un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal , con el objetivo de describir la actitud y el nivel de afrontamiento ante la

muerte en los profesionales de enfermería de las Unidades de Oncología (Hospitalización), Hematología (Hospitalización) y Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), manifiesta que las actitudes hacia los pacientes paliativos son más negativas cuanto mayor es el miedo a la muerte que tienen los propios profesionales de enfermería. Arrojando que con una tasa de respuesta del 79,16%, un 27% de los enfermeros presentan un buen afrontamiento ante la muerte. Por servicios, un 47% de los profesionales de Paliativos presentan un buen afrontamiento, un 12% en Oncología y un 14% en Hematología. (Martinez, Fernandez, & Lozano, 2017)

Otro estudio consultado, de diseño cuasiexperimental controlado pretest-postest, con el objetivo de evaluar el impacto del programa Palliative Care Companion en el conocimiento, las actitudes y las preocupaciones de los estudiantes de enfermería sobre la prestación de cuidados paliativos en una universidad del medio oeste de los EE. UU., aplicándose a cincuenta y dos estudiantes de pregrado de enfermería (32 estudiantes acompañantes, 20 controles). Todos los participantes completaron el cuestionario de cuidados paliativos para enfermeras, las actitudes hacia los cuidados paliativos y la preocupación sobre el cuidado de los pacientes moribundos al comienzo y al final del semestre. Los sujetos acompañantes también mantuvieron un diario que describía sus experiencias de cuidados paliativos. Los resultados fueron que las puntuaciones de preocupación disminuyeron significativamente de pretest a post test en el grupo acompañante. Después de ajustar el puntaje de preocupación previo a la prueba, hubo una tendencia hacia un puntaje de preocupación más bajo en el grupo acompañante en comparación con los controles. Los diarios de los estudiantes complementarios describieron actividades que incluyen visitas a pacientes, visualización de videos al final de la vida, asistencia a conferencias educativas y públicas, lectura independiente y llamadas telefónicas de duelo a los miembros de la familia. Se llegó a la conclusión de que una mayor preparación de los profesionales, disminuye el grado de ansiedad ante la muerte y mejora la atención a sus pacientes. (Kwekkeboom, Vahl, & Eland, 2016)

Por otra parte, se puede decir que el afrontamiento consiste en hacer frente una situación negativa o a un peligro; es un proceso con el fin de hacerle frente a un hecho estresante, planteándolo en términos neutros y dándole solución; en definitiva son las

estrategias que un individuo pone en juego ante un problema para mantener su integridad psicológica y física. (Martinez, Fernandez, & Lozano, 2017)

A partir de estas perspectivas, puede afirmarse que el equipo de enfermería es el que está más cerca en las situaciones críticas con inminencia de muerte, es a quienes las familias y pacientes buscan cuando precisan apoyo, cuidado físico y psicológico. De esta manera, el profesional debe hacerle frente al sufrimiento, tristeza y preocupación que pueden existir en los diferentes momentos que involucran el cuidar. El profesional de enfermería sin haber tenido oportunidad de reflexionar y discutir mejor sobre el tema se aleja de la situación como mecanismo de defensa y no afronta la muerte. Por tanto, es necesario ahondar e indagar sobre la visión del profesional de enfermería con respecto al tema, de modo que él mismo pueda notar más allá de las circunstancias visibles, y conocer los procesos de la muerte y del morir, para que sus cuidados sean de la mayor calidad posible, buscando la atención humanizada e integridad, haciendo efectivo y mayor la unión entre el paciente y la familia.

Así, durante el proceso de adquirir conocimientos pertinentes para afrontar la muerte, los profesionales se van comprometiendo con la vida y orientan su formación a la curación y el cuidado del sujeto de atención y de su familia. Como consecuencia, durante la asistencia hacia pacientes críticos, tienden a sentirse inseguros. Es por ello que el profesional de enfermería debe presentar resiliencia durante el proceso para no actuar con frialdad, alienarse durante el proceso del cuidado y no dejarse influenciar por sus emociones. (Freitas, Eisele, Souza, & Olivera, 2016)

Para el manejo de la muerte es esencial conocer los sentimientos que los enfermeros experimentan en su trabajo cotidiano. El autoconocimiento es un asunto importante a ser trabajado, con el propósito de mejorar la forma de afrontar situaciones que impliquen un manifiesto de sentimientos profundos, principalmente las que tienen que ver con la muerte, consideradas por muchos un tabú.

La diaria convivencia con el morir hace que los profesionales sustituyan la angustia por indiferencia y sentimientos de frialdad, como un mecanismo de defensa para reducir su dolor con este proceso. (Cayo, 2018)

Por otra parte, el estudio “La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos”, con el objetivo de analizar la producción científica nacional sobre la experiencia del equipo de enfermería ante la muerte de los pacientes críticos,

atribuye que la falta de preparación durante la formación académica trae los sentimientos negativos ante la muerte. De este modo, la excepción del tema de la muerte durante el proceso de formación de los profesionales de enfermería, hacen que estos salgan sin preparación para enfrentarse a la situación. La mayor parte de dicha formación, está orientada al proceso de preservación de la vida y cura de enfermedades, identificándose una laguna en el contenido de estos profesionales, y procuran alejarse evitando un vínculo con el paciente por no estar preparados.

No saber afrontar los sentimientos resultantes de la muerte puede comprometer, además de la asistencia prestada, la manifestación de los sentimientos interiorizados en la mente del profesional, dañando su vida afectiva y personal.

Para prestar mejor atención posible al paciente paliativo, se necesita una formación específica en aspectos relacionados con la muerte, el duelo, los cuidados paliativos, tanto en su formación pregrado como en su desempeño profesional.

Se entiende la importancia de la preparación de los profesionales de enfermería sobre el proceso de morir para la asistencia, con temáticas que ayuden a llevar a cabo una asistencia de calidad para el paciente y su familia en esos momentos difíciles, como en la permanente y continua educación, buscando una atención humanizada y el bienestar, mejorando así el cuidado del ser humano en todas las fases de la vida. (Freitas, Eisele, Souza, & Olivera, 2016)

El conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y en la atención a pacientes paliativos y familiares. En el medio hospitalario se desconoce si existen instancias de apoyo para los profesionales de enfermería que se enfrentan a la muerte en su cotidiano quehacer, entonces muchas veces surgen sentimientos de miedo, angustia o evitación del tema, esta actitud va a generar que se pueda deteriorar su estado de ánimo, ocasionar menor rendimiento laboral o problemas de salud, estos últimos con el paso del tiempo los pueden convertir en pacientes potenciales. (Araoz & Mamani, 2014)

Es necesario investigar más en este campo, y una mayor formación que mejoraría tanto la actitud como el afrontamiento en el personal de enfermería, lo cual conllevaría una mejor atención a los pacientes y familiares.

Por último, el propósito de este proyecto es conocer las actitudes del personal de enfermería ante la muerte inevitable de los pacientes, para saber el impacto que genera sobre la salud del profesional y poder así, desde la unidad de terapia intensiva, generar diferentes estrategias para incorporar herramientas que permitan afrontar la muerte como un evento no tan abrupto, sino como la culminación del proceso vital.

Problema de investigación.

¿Qué relación existe entre las actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial según sexo, edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio, en una unidad de terapia intensiva de adultos de un hospital público durante el mes de marzo del 2020?

Hipótesis

- El personal de enfermería de sexo femenino tendrá actitudes ante la muerte negativas en comparación con el sexo masculino.
- A mayor antigüedad, mayor edad y mayor nivel de formación del personal de enfermería, las actitudes ante la muerte serán positivas.

Objetivo general:

Identificar la relación que existe entre las actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial según sexo, edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio, en una unidad de terapia intensiva de adultos de un hospital público, durante el mes de marzo del 2020.

Objetivos específicos:

- Determinar la actitud del profesional de enfermería ante el proceso de muerte del paciente en la unidad de terapia intensiva.
- Identificar la estructura cognitiva sobre la actitud ante la muerte del personal de enfermería.
- Identificar la estructura afectiva sobre la actitud ante la muerte del personal de enfermería.
- Identificar la estructura conductual sobre la actitud ante la muerte del personal de enfermería.

Marco Teórico.

Los grupos humanos se ven inevitablemente atrapados en diversos momentos de su vida a enfrentar el problema de la muerte, ya sea de un familiar, un amigo o la de uno mismo. En las diversas culturas, una muerte puede ser considerada buena o mala dependiendo de los parámetros culturales que los individuos establecen para con el difunto. Sin embargo, toda muerte se establece no sólo en el ritual que la acompaña, sino también en el pensamiento simbólico que se recrea, ya sea para incorporar al difunto dentro de los antepasados, o que este quede destinado al olvido. Aquí se presenta una cronología sobre cómo la antropología ha estudiado el tema de la muerte, los diferentes autores, enfoque y periodos.

El estudio de la muerte siempre ha estado unido a la antropología desde sus inicios. La relación entre hombres, dioses y espíritus fue entendida inicialmente desde el plano de lo sobrenatural, en la relación que existe entre el mundo en que vivimos y el que se encuentra más allá de las estrellas. De esta forma, entender qué es lo que el hombre hace en vida, es a la vez entender también el proceso de su muerte. De esta manera, desde la antropología, el estudio de la muerte puede instalarse en tres grandes periodos. El primero de ellos comprende las percepciones y teorías evolucionistas de finales del siglo XX e inicios del siglo XXI hasta antes de la expansión teórica del estructuralismo lévi-straussiano a mitades del siglo pasado. El segundo periodo, un poco más corto que el anterior se ubica desde el estructuralismo hasta el gran auge de la antropología simbólica encabezada por Clifford Geertz. Y finalmente, un tercer y último periodo, que se enmarca en los años 90's y hasta la actualidad caracterizada por la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de las ciencias sociales y humanas sobre la muerte como objeto de estudio y la modernidad como espacio de reflexión.

En el primer período, para los evolucionistas del siglo XIX como E. B. Tylor, la muerte es un suceso más sobrenatural que real y sostiene que la muerte es un fenómeno que explica dos cuestiones muy importantes. Por una parte, nos permite comprender cómo el ser humano ha ido construyendo la religión a través de la veneración de los muertos (pasando del politeísmo al monoteísmo); y por otra, ha generado la idea de que todo individuo posee un alma (animismo), para lo cual se hace referencia a comprender que cuando algo muere no necesariamente desaparece puesto que aunque un hombre pueda morir y ser enterrado, su fantasma continúa presentándose a los vivos en

visiones y sueños debido a que su espíritu permanece como elemento protector o castigador del grupo familiar y social.

Décadas más tarde, Freud entendería que la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu, sino que, el proceso de comprensión de la muerte es un punto central para entender por qué sólo pensamos en la muerte cuando se hace visible en primera persona y sostiene que, mientras que cuando la muerte se nos es ajena, el sentido de inmortalidad nos permite entender que el mundo gira a nuestro alrededor, y que la muerte es un acto cotidiano pero impersonal ya que nuestro inconsciente (...) no conoce absolutamente nada negativo (...) y por consiguiente tampoco conoce la propia muerte, a la que sólo podemos darle un contenido negativo. Entonces, nada pulsional en nosotros solicita a la creencia en la muerte.

De estas dos primeras posturas antropológicas sobre la muerte se desprende una tercera perspectiva que sitúa a la muerte como parte de un proceso funcional (normativo, parental y legal) donde los actores sociales comparten roles para institucionalizar a la muerte como un ritual social. Esta perspectiva funcionalista de la muerte, subraya que aquella es un elemento constitutivo de la vida humana, que permite generar no sólo prácticas de acompañamiento ritual, sino también, permite entender que la muerte es también una necesidad básica que todos los seres humanos debemos satisfacer con respecto al grupo al que pertenecemos. Esta institucionalización de la muerte está guiada por un conjunto de normas sociales que permiten no sólo determinar el tipo de ritual, sino a su vez, clasificar el estatus e importancia del sujeto a quien el ritual mortuario acompaña, así como de las respectivas funciones y otorgamientos de los familiares.

Años más tarde, a principios de los años 40's, la idea de que la muerte está acompañada por un status clasificador y por ciertas normas sociales que sitúan la importancia del individuo dentro del grupo se consolida con los aportes de Evans-Pritchard que manifiesta que la muerte tiene un significado muy importante dentro de la vida social, organizativa y política de todo grupo, pues es el acto de sucesión de poder (del jefe o gobernante muerto) quien determina el futuro del grupo y territorio, la eliminación de individuos y la posibilidad de generar o dividir alianzas. Y en este punto la religión se torna como eje central para comprender la importancia de los dioses dentro de la política y el parentesco, puesto que la religión puede quizás explicarse mejor como la proyección de la subordinación a los gobernantes en la propiciación de

sus dobles después de la muerte. En tal sentido, el temor a la muerte está acompañado por el temor a los dioses, quienes castigarán el buen o mal comportamiento de los hombres.

Durante el segundo período, en los años 50's, Lévi Strauss subraya que la muerte no es un hecho meramente natural, que esté ligado sólo al espíritu, a la función social de roles ni al temor de los dioses, él subraya que las posturas anteriores poseen una visión deshumanizadora de las personas, quienes consideran que la muerte es un proceso de reafirmamiento obligatorio y carente de significado personal de diversas prácticas sociales. Él insiste en que la muerte está ligada a la vida cultural y social de todos los individuos, de sus creencias sobre el cultivo, la familia, la religión, los mitos, etc., es por este motivo que todo proceso mortuario es también un constante de repensarse a sí mismo dentro del grupo al que uno pertenece. De esta forma, Lévi Strauss permite generar la idea de que las sociedades primitivas o cualquier sociedad en general no son estáticas sobre sus propios conceptos sobre la muerte misma, sino más bien que, la muerte es en cierta medida una forma de mantener viva la cultura a lo largo de los años. Sin embargo, no es hasta las propuestas de Jack Goody Death en 1962, en que la conexión entre cómo los individuos enlazan sus creencias religiosas con las prácticas cotidianas, tienen como nexo principal las ceremonias funerarias. Para este autor, la conjugación entre los vivos y los muertos es esencial para comprender cómo ciertos aspectos de la cultura se mantienen y se traspasan a las siguientes generaciones. Además insiste en que el proceso de la muerte es también un espacio para comprender las tensiones dentro del cada grupo, puesto que la causa de la muerte tiene una importancia crítica en las ceremonias. Estas dos perspectivas permiten comprender según este autor que las ceremonias funerarias son un elemento que compete no sólo a la familia sino a todo el grupo, además permite comprender que todos los individuos son en parte familia, puesto que al morir, la persona se convierte en un medio por el cual las disputas y los conflictos terminan por apaciguarse y perdonarse. De esta forma, la muerte es concebida como el reconocimiento social de permanecer unidos, de reconocerse a sí mismos a través de los ancestros comunes, y de generar un mecanismo especial que cohesione más a los individuos. La muerte trae unión y memoria, no separación ni olvido.

En los años 70's, las propuestas de Geertz por la búsqueda de los significados ocultos dentro de la cultura, encuentra que la muerte conlleva a pensar las diferentes

consideraciones simbólicas que la representan, de manera que lo que un pueblo valora y lo que teme y odia están pintados en su cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo el estilo de vida de ese pueblo. De esta forma, la muerte no sólo es un ritual que hay que seguir como algo tradicional que hay que llevar a cabo, sino más bien, que la muerte conlleva a simbolizar las acciones de los individuos, muertos o no, de cómo se convierte en un elemento de reconocimiento frente a los grandes dilemas de la vida social, y de cómo los más mínimos detalles y sentimientos traen consigo la valoración de los individuos frente a su grupo, de esta manera, la muerte tiene más significado dentro de las relaciones sociales de los individuos (vivos) que para el propio muerto.

Durante los años 80's, se propone una postura totalmente diferente para entender qué es y qué conlleva la muerte. Marvin Harris sostiene que la muerte está muy ligada a la regulación demográfica que algunas sociedades establecen para regular y controlar los recursos y alimentos. De esta forma, el infanticidio femenino es para él un mecanismo de control que las mujeres llevan a cabo para afrontar la guerra, el hambre y el poderío masculino dentro del grupo.

El tercer período, durante los años 90's, Nancy Scheper Hughes sostiene que, al morir el hombre, muere también con él su espacio, su lugar, y a la inversa. De aquí que para Scheper Hughes al estudiar la muerte se debe considerar la historia y las condiciones sociales y productivas y, los sujetos (poder) y su sistema simbólico (muerte).

Por último, las propuestas actuales de Marc Augé sobre la importancia de volver a los ritos como elementos constitutivos de la interpretación cultural insisten en que la muerte (como ritual) es un estadio que configura la posición del otro, es decir, cuando un individuo muere, queda el recuerdo no del individuo en sí, sino de lo que el "nosotros" establece para formular su recuerdo: "la actividad ritual tiene por fin como objeto también el "tratamiento" (la interpretación y el dominio) del acontecimiento (la enfermedad, la muerte, el accidente, el hecho fortuito); es decir, se trata de circunscribir el surgimiento de un otro completamente diferente, de situarlo y de reducirlo progresivamente a lo ya conocido y, en la medida de lo posible, a lo mismo (...). Es importante considerar las reflexiones de Augé puesto que aparece dos nuevas categorías conceptuales: la memoria y el olvido. En este caso, la muerte implica configurar la historia personal de quien ha partido, de situarlo dentro de la memoria

colectiva, o de que permanezca como sujeto anónimo, perdiéndose, como él mismo autor expresa, en el mar del olvido. (Duche Pérez, 2011)

La muerte ha sido un tema que ha preocupado mucho al hombre a lo largo de la historia, por eso desde la antigüedad no ha dejado de reflexionar sobre su origen, su significación, sus causas, sus modalidades y sus consecuencias tratando de encontrar respuesta a los misterios que la muerte produce. Desde entonces, los psicólogos, además de los sociólogos, biólogos, antropólogos, filósofos y teólogos fueron quienes se han ocupado de describir y analizar los aspectos de la conducta y las actitudes del hombre ante la muerte, de tal manera que la Psicología contemporánea ha conseguido, en cierta medida, aproximarse y desvelar el tema: la muerte y el proceso de morir.

En relación a la 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, 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, se produce un realce significativo a la figura del credo religioso. (Gonzales Torres, 2016)

Una de las circunstancias que probablemente más ha influido en el concepto que la sociedad 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 hospital, de manera que la muerte se ha alejado

del espacio doméstico para ir desplazándose progresivamente a los centros asistenciales donde el sujeto 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. (Valdez, 2014)

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. 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 se alude, 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. (Valdez, 2014)

Cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, es decir, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que para la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y particularmente de enfermería, se basaría en conocer las propias emociones y actitudes hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás; por ello se hace necesario, entonces, entender el concepto de “actitudes”. El autor refiere que *“las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo que son la antesala directa de la conducta manifiesta; que al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de las ciencias sociales”* (Moreno, 2014)

Según la Real Academia Española (RAE) “actitud” deriva del latín “actitudo” comprendiendo como la disposición de ánimo manifestada de cierta manera. (Real Academia Española, 2019)

Los profesionales de enfermería están enfrentados continuamente a la realidad de la muerte de otras personas. Pero comúnmente intentan evitar el tema ignorándolo. Es de mucha importancia una reflexión sobre cómo influyen las actitudes que adoptan los enfermeros en el duelo de los pacientes con enfermedad terminal. (Míguez & Muñoz, 2009)

Valdés Díaz manifiesta que normalmente cuando un paciente se halla en la fase final de su enfermedad mortal, tanto los familiares y allegados como el personal médico 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. (Gonzales Torres, 2016)

Para la Dra. Kubler Ross el mejor cuidado que se puede dar a un enfermo es ser una persona atenta, sensible, amable y cariñosa para poder entender que el estado terminal no es un hecho que aparta al individuo, si no que comprende globalmente toda la condición que como humano lo conforma. Afirmando que se debe hacer sentir durante nuestro cuidado al moribundo como un miembro valioso y útil de la sociedad, creando así el lema "vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas." (Aguilera, Paniale, & Romero, 2012)

Otra teórica que contribuye con la visión de enfermería ante el cuidado del paciente moribundo es Virginia Henderson, tomada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), quien afirma que la función propia de la enfermera se basa en atender al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. (Barrientos & Valero, 2016)

Otro aspecto de vital importancia es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que está asistiendo como así también en sus familiares. En otras palabras, existe un feed-back entre el enfermo terminal y las actitudes del personal sanitario en general, pero especialmente las del profesional de enfermería ya que es el que más tiempo pasa a su lado. De ahí la necesidad de que las actitudes, como profesionales de enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más acertadas y positivas posibles y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales. (Míguez & Muñoz, 2009)

Existen múltiples y variadas definiciones sobre actitud; es una predisposición a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, o valores; los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. (Rivadeneira, 2010)

Para González, una definición de actitud debe contar siempre con los siguientes elementos: La actitud es una predisposición; Es un principio de organización de los comportamientos en relación con un objeto o situación; Se forma y puede modificarse. Es flexible, aunque es una disposición relativamente persistente; Actúa sobre el estímulo con un papel motor constituyéndose con relación al objeto, y por último, es una realidad psicosocial. (González, 1981)

Por otro lado, la “actitud” posee tres estructuras, las cuales son la estructura cognitiva, afectiva, conductual.

En cuanto a la estructura cognitiva es el cómo y que se conoce de algo o alguien a partir de creencias, valores, esquemas, experiencias, ideas, ideologías y opiniones. La persona aprende a reaccionar ante muchos estímulos del ambiente luego son caracterizados y a su vez son definidos por otras categorizaciones o atributos, que se ven influenciadas por el idioma, las creencias y la cultura. (Araoz & Mamani, 2014)

Así mismo, González habla de las estructuras de la actitud, la estructura cognoscitiva o perceptiva es la idea, la categoría utilizada, al pensar valorada cognoscitivamente, y a él pertenecen primordialmente los conjuntos de opiniones, las categorías, los atributos, los conceptos. La estructura perceptiva, potencialmente infinita en el medio ambiente, necesitaría mucha atención que, para simplificarla, se categorizan los estímulos. Como es sabido, la nieve es blanca, para los idiomas en cuyo hábitat la nieve no significa supervivencia. Donde esto ocurre, evidentemente existen más denominativos. Lo que se gana en simplicidad al categorizar se pierde en información. Con el ejemplo propuesto podemos observar que, en la categorización, el lenguaje tiene una notable importancia. (González, 1981)

Por otra parte, la estructura afectiva es el sentimiento ante algo o alguien. Se le considera como la respuesta afectiva o emotiva que se forma asociado a una categoría

cognoscitiva, en base a acontecimientos y circunstancias placenteras o desagradables. (Araoz & Mamani, 2014)

González manifiesta que la estructura afectiva es la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable. Cuando se dice, "no me gustan las reuniones multitudinarias", se estaría expresando un rechazo. Es el componente más característico de las actitudes. Una actitud estará muy relacionada con los sentimientos y las vivencias afectivas de nuestra vida. El sentimiento afectivo le da carácter de permanencia. En esto las actitudes se diferencian, por ejemplo, de las opiniones y de las creencias, las cuales, aunque muchas veces se interpreten en una actitud provocando un efecto positivo o negativo en relación a un objeto y creando una predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva. Esta estructura de tipo sentimental se ve desde su intensidad y su posición en la predisposición que tiene el sujeto de que le guste o no en su valoración del objeto de las actitudes.

La intensidad depende de la situación y del sujeto: "Importa o no, mucho o poco", y hasta qué punto es cuestión de la valoración afectivo-emocional.

La valoración cognoscitiva-emocional positiva o negativa se refiere al "grado de expectativa agradable o desagradable, o al grado de acercamiento entre el gustar o no gustar.

Las actitudes sociales, en su forma más remota, pueden ser teñidas de afectividad. (González, 1981)

Siguiendo la perspectiva, la última estructura es la conductual que es la tendencia que se tiene a comportarse ante algo o alguien, son ideas sobre cuál es el comportamiento para un miembro de un grupo. Está influenciado por las normas sociales, es así que una emoción positiva no lleva forzosamente a normas de acercamiento y una emoción negativa no conduce necesariamente a una norma hostil. (Araoz & Mamani, 2014)

Por otra, las actitudes poseen esta estructura activa que con la valoración cognoscitiva nos predispone emocionalmente al acto, sea éste efectivamente realizado o admitido en el ámbito intrapersonal, dependiendo siempre de la facilitación u obstaculización social.

Es la estructura instigadora de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. En otras palabras, sería la inclinación a actuar de un modo determinado ante un objeto, un sujeto o un acontecimiento. Es el resultado de la sucesión de los aspectos cognoscitivo y emocional.

Las actitudes implican lo que se piensa, se siente y cómo gustaría comportarse respecto de un objeto de actitud. Pero el comportamiento no es siempre lo que gustaría., sino también lo que se cree que se debe hacer, es decir, por las normativas sociales, costumbres o consecuencias que se esperan del comportamiento.

Por consiguiente, cree que cada actitud presenta a su vez diferentes características como lo son la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

La valencia o dirección refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia de la estructura afectiva. La estructura cognoscitiva intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección. La conductual adoptará la dirección ya prevista hacia el acto.

La intensidad se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo, se puede estar más o menos de acuerdo con algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.

La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí las distintas estructuras de la actitud. Si las tres estructuras están acordes la consistencia de la actitud será máxima. (González, 1981)

Siguiendo esta perspectiva es importante mencionar a cerca de la formación de las actitudes; se la entiende como una síntesis entre la experiencia individual y el medio social en el que está inmerso el sujeto. Este esquema permite entender los diversos factores personales y sociales que confluyen en la formación de las actitudes y de los límites mismos de esta influencia. Teniendo los dos polos, individual y social, la misma entidad en la relación.

Conforme este esquema, a las necesidades y expectativas básicas del sujeto responde el medio social satisfaciéndolas en una dirección determinada y con ello determinando las actitudes que el sujeto se verá obligado a interiorizar paulatinamente para

acomodar su sistema de adaptación con las necesidades y expectativas que la sociedad tiene de él. De este modo las actitudes son síntesis selectivas y simplificadas de las informaciones del medio producidas por la unión de la adaptación de los valores sociales con las valoraciones personales. Unión en un principio desigual, debido a que las valoraciones personales en la infancia están en inferioridad frente a la imposición de valores sociales. Esta influencia forma las actitudes y adapta la valoración propia a factores normativos. En este sentido son muchos los lugares a través de los cuales esta influencia se produce, familia, escuela, club, etc. una vez solidificadas las actitudes en formaciones reactivas funcionan como sistemas autónomos, que se valoran como verdaderos. Desconectados de la valoración real y verídica del sujeto, sustituyen dicha valoración categorizándose propia o impropriamente, Triadis, H. dice que cuanto más nos ayudan, permitiendo simplificar nuestros problemas, más probable es que nos hagan percibir el mundo de manera incorrecta, produciendo un estilo de vida sobre el cual el individuo opta por variantes singulares, que darían el estilo genuino de vida.

El medio social, al tiempo que ofrece la realización y satisfacción de necesidades primarias y de ciertas potencialidades del sujeto, oprime y reduce otras características y potencialidades también existentes y necesarias para el sujeto, pero que permanecen latentes. Con el paso del tiempo y, frente a nuevos requerimientos, lo que sirvió en un primer momento para desarrollarse y crecer, funciona como sistema frenador y aprisionador del crecimiento personal, es decir, de la actitud creativa de vida.

Si las actitudes no cambian con cierta periodicidad adecuándose al cambio, las percepciones están mediatizadas y filtradas por las mismas. Se produce incompatibilidad entre los cambios actitudinales y las valoraciones que permitirían el cambio. En esta situación, al individuo le es más fácil suprimir las valoraciones personales que cambiar las actitudes. Al límite se despersonalizarían los sujetos. Por ello, junto a la actitud hay que proponerse el cambio de las mismas. Entendiéndose cambio como nueva adecuación de las valoraciones personales que en la realidad estaban latentes.

Si las actitudes son aprendidas su posibilidad de cambio es real. La actitud de cambio es también una actitud posibilitadora de nuevas valoraciones, definiéndose entonces como actitud de vida creativa. La Creatividad como actitud de vida no podría darse sin la actitud favorable del cambio, posibilitadora del crecimiento personal. (González, 1981)

Por otra parte se hace imprescindible aludir a cerca de los cuidados de enfermería en la atención del paciente terminal; se orienta a tres áreas importantes de actuación, cuyos objetivos concretos han de ser definidos con precisión: Tratamientos y cuidados específicos, aspectos psicosociales y organización de cuidados continuados y previsiones de asistencia. (Cayo, 2018)

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 UTI 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 enfermo. (Valdez, 2014)

Es importante que así como preocupa brindar calidad de vida a su paciente, 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, 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, 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 asista a un paciente que se enfrenta a su propia muerte. (Bonilla, 2011)

Los enfermeros son los profesionales del equipo de salud, que más contacto tienen con el enfermo. Dedican su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes. Los enfermeros son los que llegan a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional. La relación enfermero-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 indispensable.

La actitud de los enfermeros ante la muerte puede ser transitoria. En general, la muerte genera una variedad de actitudes y emociones. 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. (Flores Benites, 2013)

Hay diferentes teorías que nos pueden llevar a comprender la actitud de los profesionales de enfermería, para este trabajo Jean Watson ayuda a comprender la situación. La Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía de cuerpo, mente y

alma; con una relación en ayuda y confianza de los enfermeros y su paciente. Su teoría tiene un enfoque filosófico, con base espiritual, protegido como un ideal moral, y ético de la enfermería. La filosofía de Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano es el compromiso moral de conservar la dignidad humana; esto va más allá de una evaluación médica; enfocándose en la experiencia, percepción y la conexión: (mostrando interés profundo por la persona). El cuidado humanizado es un juramento moral de los profesionales en la salud hacia la persona, ya sea sano o enfermo mejorando su calidad de vida, y de esta manera incrementar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado.

Siguiendo con la Teoría de Watson J, sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación. El cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de los enfermeros, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.

El cuidado hacia los pacientes es un fenómeno social y universal que logra ser efectivo si se practica en forma interpersonal (enfermero-paciente). Por esta razón el trabajo de Watson J, contribuye a la sensibilización de los profesionales de enfermería, hacia una actitud con aspectos más humanos, mejorando la calidad de atención y vida. (Guerrero, Meneses, & Cruz, 2015)

En lo relativo a “la muerte” según Teoría de Templer define la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenazas hacia la propia existencia, ya sean éstas reales o imaginarias; las cuales pueden desencadenarse a raíz de estímulos ambientales, situacionales o internos, como pensamientos relacionados con la muerte propia o ajena. (Riveros, Reyes, & Rojas, 2018)

La ansiedad y el miedo son las respuestas asociadas a la muerte en nuestra cultura, Ahora bien, estas van a aparecer con mayor o menor peso en virtud de que se trate de la muerte propia o de otros, que sea este familiar, amigo o allegado, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella. En la descripción de las actitudes ante la muerte, esta teoría señala que estas pueden ser divididas en

actitudes de miedo a la separación familiar, al proceso de morir y muerte de familiares, evitación de pensamiento y comunicación, por lo último aceptación neutral de escape y de bienestar. Al mismo tiempo señala que las actitudes ante la muerte están también muy íntimamente relacionadas con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades) de las actitudes ante la muerte que una persona presenta son fruto de una serie de experiencias íntimas y personales que cada uno tiene a lo largo de nuestra vida. (Miaja & Moral, 2010)

La teoría de Templer, señala además que ante la muerte la persona experimenta:

Miedo a la muerte: Como una emoción caracterizada por una intensa sensación, habitualmente desagradable, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado, en este caso la muerte. El miedo hacia la muerte se presenta principalmente ante una separación familiar, proceso de morir o muerte de algún familiar.

Evitación de la muerte: Consiste en tratar de evitar las propias experiencias internas relacionadas con la muerte, la evitación aporta alivio a corto plazo, pero ocasiona perjuicio en la persona a largo plazo. Se manifiesta a través de evitación en el pensamiento, evitación en la comunicación.

Consentimiento de la muerte: Encaminada a tolerar una situación en este caso la muerte. Se puede convivir con esa situación desagradable sin que eso cause un malestar exagerado, pero a pesar de vivir bajo una circunstancia que no nos gusta, se logra centrar el interés y el foco de atención hacia otras áreas. Encontramos tres tipos de consentimiento ante la muerte; neutral, escape y bienestar. (Riveros, Reyes, & Rojas, 2018)

Material y Métodos.

Tipo de Estudio.

El Estudio será observacional, ya que las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación por parte del investigador. De tipo descriptivo, porque será orientado a detallar las características de la variable que se estudiarán en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia con que se presentan y en quienes, describirán lo que pasa en un lugar y un tiempo determinado pudiendo sugerir la presencia de asociación entre las variables estudiadas. Transversal, ya que se realizará una sola medición de la variable, en un tiempo y espacio determinado. Según el momento de ocurrencia de los hechos que se desea medir, será prospectivo ya que la recolección de los datos primarios se registrarán según vayan ocurriendo los hechos durante el mes de marzo del 2020

Sitio y contexto de la investigación.

Se realizó una guía de convalidación de sitio en dos instituciones diferentes, una dependencia pública y otra de dependencia privada de la ciudad de Rosario (Anexo I) y tras los resultados del estudio exploratorio (Anexo III), se seleccionó solo uno por reunir todos los criterios de elegibilidad.

Dicho hospital es un efector polivalente de alta complejidad, dependiente del Ministerio de Salud Provincial. El mismo está ubicado en el macro centro de la ciudad de Rosario, orientado a la población de la zona norte y noroeste de la Región Rosario.

Este efector, hospital escuela, pertenece al tercer nivel de atención, coordina la atención sanitaria con otros centros del Gran Rosario (Villa Gobernado Galvez, Baigorria, Perez, Ibarlucea, San Lorenzo, ect) para facilitar la referencia y contra referencia de pacientes. Las características de la población a la que brinda cobertura son personas sin obra social en su mayoría, su vez muchos son extranjeros como por ejemplo de Brasil, Perú y Colombia que residen en nuestro país.

Cuenta con especialidades como maternidad, pediatría, ginecología, traumatología, cirugía, unidad de terapia intensiva, sala de diálisis, hospital de día, oncología pediátrica, guardia, Coronaria, tres salas de servicios generales.

La institución abordada cuenta con un Departamento de Enfermería, su estructura jerárquica está compuesta de la siguiente manera: Jefa de Departamento, Supervisora de área, Enfermera Jefe, Sub jefe, Coordinadora, Enfermeras/os del servicio.

Población y muestra.

La población estará constituida por todo el personal de enfermería que realice tareas asistenciales de manera habitual en la unidad de terapia intensiva de adultos.

La unidad de análisis será cada uno de los enfermeros asistenciales de la Unidad de Terapia Intensiva de adultos.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros que realicen tareas asistenciales de forma temporal en el servicio seleccionado.
- Enfermeros con una antigüedad menor a 6 meses en el servicio.
- Enfermeros que estén atravesando una crisis situacional con respecto a la variable dependiente.
- Enfermeros que tengan un doble empleo en unidad de cuidados paliativos.

Tamaño de la población.

La población total que se tomará es de aproximadamente 53 enfermeros asistenciales, dato aportado por los resultados del estudio exploratorio. (Anexo III)

No se realizará muestreo, ya que la población es reducida y factible de ser medida en su totalidad.

Con relación a la validez externa, en este estudio de las actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial en unidad de terapia intensiva de adultos, los resultados de la investigación podrán generalizarse solo a la población de estudio, ya que se encuentra con limitaciones ya que sólo se realiza en una institución y el número de enfermeros aproximados es reducido.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para todas las variables en estudio, se utilizará la técnica de encuesta mediante un cuestionario como instrumento para la recolección de los datos. Dicho cuestionario consistirá en un conjunto de preguntas cerradas que contienen opciones de respuestas, el encuestado deberá elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta y marcar con una cruz (X).

La primera parte consistirá en una ficha de datos socio demográficos del personal de enfermería, conteniendo los datos: sexo, edad, antigüedad en el servicio y nivel de formación. La segunda parte incluirá la variable actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial, donde se aplicará un instrumento en una escala de opiniones y actitudes tipo Likert que consiste en un conjunto de ítems que se presentarán en forma de afirmaciones o juicios, conformado por 33 afirmaciones las cuales tendrán una opción como respuesta. (Anexo II). Dicho instrumento será el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) el cual fue sometido a criterios de expertos siendo convencionalmente reformulado y validado como CAM-1. En este caso, será modificado por la autora del proyecto, en el que se incluirán 3 opciones como respuesta, en lugar de dos como presenta el original, lo que dará lugar a una respuesta neutra de los participantes, siendo sus dimensiones estructura cognitiva con 12 indicadores; estructura afectiva con 11 indicadores y, por último, estructura conductual con sus 10 indicadores que medirán las expresiones de pensamientos, concepciones y creencias; reacciones subjetivas positivas o negativas y expresiones de acción o intención.

En relación a las ventajas del instrumento, un aspecto importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente que en este caso serían las actitudes ante la muerte del personal de enfermería, requiere un menor costo, menor tiempo para la recolección de los datos, preserva el anonimato del sujeto, menor riesgo de distorsiones producidas y mayor tiempo de reflexión de las respuestas por parte del encuestado. Las desventajas que podrán ocurrir en este tipo de instrumento es el riesgo de un elevado porcentaje de cuestionarios incompletos, la dificultad de verificación de la veracidad de los datos o que algún tipo de afirmación no sea lo suficientemente clara. Por estos motivos se realizó la prueba piloto del instrumento (Anexo IV) a 8 enfermeros de la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público polivalente, con iguales criterios de

inclusión antes nombrados y donde también la muerte es un hecho cotidiano. Con esto se prueba la validez y confiabilidad del instrumento.

Operacionalización de Variables:

Sexo: Cualitativa simple; Independiente; Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Edad: Cuantitativa simple; Independiente; Escala de medición de razón.

Indicadores:

- Será la edad en años según refiera.

Antigüedad en el servicio: Cuantitativa simple; Independiente; Escala de medición de razón.

Indicadores:

- Sera la antigüedad en años según refiera.

Nivel de formación: Cualitativa Simple; Independiente; Escala de medición nominal.

Indicadores:

- Auxiliar en enfermería
- Enfermero profesional
- Licenciado en enfermería
- Magister en enfermería

Variable: Actitudes ante la muerte: Cualitativa compleja; Dependiente; Escala de medición ordinal.

Es el comportamiento de una persona, el comportamiento que emplea el profesional de enfermería frente a la muerte.

Dimensión 1: Estructura Cognitiva: Se refiere a las expresiones de pensamiento concepciones y creencias, representa el conocimiento que la persona tiene acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable.

Indicadores:

- 1) Pensar en la muerte es perder el tiempo.
- 2) Después de la muerte habrá un lugar mejor.
- 3) Viviré después de mi muerte.
- 4) Las personas solo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.
- 5) Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.
- 6) Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.
- 7) Vale la pena vivir.
- 8) Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi crecimiento personal.
- 9) El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.
- 10) He pensado en mi muerte como un hecho imposible
- 11) No he pensado en la muerte como una posibilidad real
- 12) Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo

Dimensión 2: Estructura Afectiva: Se refiere a las expresiones de sentimientos hacia el objeto de referencia. Aquellas emociones o sentimientos por ellos son reacciones subjetivas positivas o negativas.

Indicadores:

- 13) Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.
- 14) Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.
- 15) La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida.
- 16) Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.
- 17) Veo con placer la vida después de mi muerte.
- 18) Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.

- 19) No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado un paciente que se va a morir.
- 20) Me siento perturbada(o) cuando pienso en la corta que es la vida.
- 21) Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.
- 22) Me conmueve enfrentar a la familia de los pacientes moribundos.
- 23) No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente

Dimensión 3: Estructura Conductual: Se refiere a cualquier respuesta que un sujeto presenta ante un estímulo. Son expresiones de acción o intención.

Indicadores:

- 24) Temo la posibilidad de contraer una enfermedad, que conlleve inevitablemente a la muerte.
- 25) Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.
- 26) Me siento más cómodo(a), si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.
- 27) La muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante mi vida.
- 28) La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.
- 29) El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los pacientes.
- 30) Ya no hay nada que ver en este mundo
- 31) Temo morir
- 32) Prefiero no pensar en la muerte.
- 33) Encuentro difícil encarar la muerte

En cuanto a los principios éticos, dicho estudio de investigación pondrá en práctica los tres principios fundamentales:

- Principio de respeto a la dignidad humana: En la investigación se respetará la persona como un ser autónomo, único y libre, que tiene derechos y la capacidad de tomar la propia decisión de participar en el estudio. El personal de enfermería contará en el consentimiento informado (Anexo II) con la suficiente y completa información, se describirá con detalle la naturaleza del estudio, el derecho del sujeto a rehusarse a participar y los riesgos y beneficios que podrían ocurrir. Se

preservará la intimidad de los sujetos en estudio asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

- Principio de beneficencia: Refiriéndose sobre todo a la máxima no dañar, los sujetos que conforman la población de estudio no serán expuestos a daños físicos ni psicológicos, teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables.

Al término de la investigación se beneficiarán a los profesionales de enfermería a través de una devolución de resultados que se presentarán a la jefatura de enfermería del Hospital Público.

- Principio de justicia: Todos los profesionales de enfermería asistencial tendrán la misma posibilidad de participar en el estudio. Incluye el derecho del sujeto a un trato justo con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad y a preservar la intimidad.

Personal a cargo de la recolección de datos.

No se necesitará contar con colaboradores, ya que la misma investigadora realizará la recolección de datos, por ésto, el cuestionario se llevará a cabo de manera autoadministrada en presencia de la investigadora.

Dicha recolección se realizará aplicando el instrumento en todos los turnos de trabajo, con el fin de medir las actitudes ante la muerte del personal de enfermería asistencial. Dicho instrumento se aplicará media hora antes del horario de ingreso de turno del 12 a 18 hs y del turno 00 a 6 hs y a la salida del turno 6 a 12 h y 18 a 00 hs en la sala de reuniones del sector para poder lograr un mejor llenado del instrumento.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos obtenidos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación). El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico Epi Info 7, se establecerá un índice para medir cada variable.

La codificación de los indicadores de la variable actitudes ante la muerte, se realizará mediante la escala de Likert, teniendo en cuenta las preguntas positivas y negativas del

Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” CAM-1, donde se le asignará un valor detallado a continuación:

En las preguntas positivas (2, 4, 5, 7, 10, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 25, 27, 29 y 31) se otorgó 2 puntos por cada respuesta “de acuerdo”; 1 puntos por cada “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y 0 puntos por cada “en desacuerdo”

En las preguntas negativas (1, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32 y 33) se otorgó 2 puntos por cada respuesta “en desacuerdo”; 1 punto por cada “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y 0 puntos por cada respuesta “de acuerdo”.

Se crearan índices por dimensión, esto permitirá saber que dimensiones se encuentran afectadas, quedando de la siguiente manera:

I- ESTRUCTURA COGNOSCITIVA

17 - 24 puntos: Actitud positiva ante la muerte.

8 - 16 puntos: Actitud indiferente ante la muerte.

0 - 7 puntos: Actitud negativa ante la muerte.

II- ESTRUCTURA AFECTIVA

16 - 22 puntos: Actitud positiva ante la muerte.

8 - 15 puntos: Actitud indiferente ante la muerte.

0 - 7 puntos: Actitud negativa ante la muerte.

III- ESTRUCTURA CONDUCTUAL

13 - 20 puntos: Actitud positiva ante la muerte.

7 - 12 puntos: Actitud indiferente ante la muerte.

0 - 6 puntos: Actitud negativa ante la muerte.

Posteriormente, se reconstruirá la variable actitudes ante la muerte creando el siguiente índice:

45 - 66 puntos: Actitud positiva ante la muerte.

22 - 44 puntos: Actitud indiferente ante la muerte.

0 - 21 puntos: Actitud negativa ante la muerte.

Para el análisis de las variables seleccionadas, para describir su relación, se utilizará estadística descriptiva bivariada.

Para el análisis de la variable actitudes ante la muerte se realizará una distribución de frecuencias completándose agregando los porcentajes de casos en cada categoría, los porcentajes válidos (excluyendo los valores perdidos) y los porcentajes acumulados (porcentaje de lo que se va acumulando en cada categoría, desde la más baja a la más alta) y luego será representado en un forma de histograma.

Para el análisis de las variables sexo (se le establecerá un símbolo a cada indicador) y tipo de estudio, que poseen una escala de medición nominal, también se realizará una distribución de frecuencias agregando los porcentajes acumulados por cada una y los datos serán volcados en un gráfico de torta cada una por separado.

Con respecto a las variables edad y antigüedad laboral, las cuales tienen una escala de medición de razón, se recolectará el dato según refiera el sujeto de investigación, se aplicará medidas de tendencia central mediante las pruebas de mediana, moda, y media aritmética, luego se cualificarán los datos en rango etario y rango de antigüedad laboral de la siguiente forma:

Rango Etario:

- De 21 a 30 años.
- De 31 a 40 años.
- De 41 a 50 años.
- De 51 a 60 años.

Rango de Antigüedad Laboral:

- De 1 a 5 años.
- De 6 a 10 años.
- De 11 a 15 años.
- De 16 a 20 años.
- De 21 a 25 años.
- De 26 a 30 años.

Luego serán representados en un gráfico de barra.

Se contará con la colaboración de un estadístico/a.

Plan de trabajo

		TIEMPO				
		MARZO	ABRIL		MAYO	JUNIO
			1era. Quincena	2da. Quincena		
A C T I V I D A D E S	1. Recolección de datos en sitio.					
	2. Procesamiento y tabulación de datos.					
	3. Análisis de datos.					
	4. Informe final.					
	5. Entrega del informe final.					

ANEXOS

Anexo I

Guía de convalidación de sitio.

Estarán incluidas preguntas, teniendo en cuenta historia, maduración, inestabilidad del ambiente experimental e inestabilidad del instrumento.

- ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
- ¿La jefatura del servicio, se encuentra de acuerdo en que se ingrese al mismo para recolectar datos?
- ¿Cuántos enfermeros integran el equipo de unidad de Terapia Intensiva?
- ¿Cuál es el nivel de formación de los enfermeros?
- ¿Cuáles la antigüedad de cada uno de ellos en unidad de terapia intensiva?
- ¿Hay enfermeros de ambos sexos?
- ¿Cuántos de cada sexo?
- ¿Poseen doble empleo?
- ¿La institución brinda apoyo con respecto a afrontar la muerte para el personal de Enfermería?
- ¿Existe algún espacio donde las inquietudes puedan ser abordadas, dentro de la institución?
- ¿El servicio cuenta con reuniones mensuales de enfermería?
- En caso de que la pregunta anterior sea si:
- ¿Las mismas son solo de carácter administrativo: horario, vacaciones, fiestas? O se dispone de un tiempo para la reflexión sobre otras problemáticas o malestares.
- ¿El servicio cuenta con algún lugar adecuado para poder desarrollar la encuesta?
- ¿La institución permite que nombre la investigación o prefiere el anonimato?
- ¿Con cuantas camas útiles cuenta el hospital?
- ¿Qué regiones de la ciudad de Rosario y alrededores, brinda atención este hospital?
- ¿Con que especialidades cuenta la institución?
- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes?
- ¿Cuáles son las áreas geográficas a la que brinda cobertura la institución?

Anexo II

Introducción del instrumento

A continuación, se presentaran una serie de afirmaciones en las cuales deberá completar con una tilde la respuesta que más se asemeje a su opinión o pensamiento. Señale los siguientes datos con una tilde:

- Sexo:
 - Femenino:
 - Masculino:
- Edad:
 - Serán los años de edad según refiera, así se aprovechara de esta manera mejor los datos al momento del plan de análisis.
- Antigüedad en el servicio:
 - Serán los años de antigüedad en el servicio según refiera.
- Nivel de formación:
 - Auxiliar en enfermería
 - Enfermero profesional
 - Licenciado en enfermería
 - Magister en enfermería

Instrumento modificado por la autora.

I. ESTRUCTURA COGNOSCITIVA

Ítem	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
1. Pensar en la muerte es perder el tiempo.			
2. Después de la muerte habrá un lugar mejor			
3. Viviré después de mi muerte.			
4. Las personas solo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.			
5. Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.			
6. Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.			
7. Vale la pena vivir.			
8. Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi			

crecimiento personal.			
9. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.			
10. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.			
11. No he pensado en la muerte como un posibilidad real.			
12. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.			

II. ESTRUCTURA AFECTIVA

ITEN	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
13. Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.			
14. Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.			
15. La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida.			
16. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.			
17. Veo con placer la vida después de mi muerte.			
18. Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.			
19. No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado a n paciente que se va a morir.			
20. me siento perturbado/a cuando pienso en lo corta que es la vida.			
21. Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.			
22. Me conmueve enfrentar a la familia de los pacientes moribundos.			
23. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente.			

III. ESTRUCTURA CONDUCTUAL

ÍTEM	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
24. Temo la posibilidad de contraer una enfermedad, que conlleve inevitablemente a la muerte.			
25. Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.			
26. Me siento más cómodo/a, si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.			
27. La muerte me ayuda a tener más responsabilidades ante mi vida.			
28. La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.			
29. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los pacientes.			
30. Ya no hay nada que ver en este mundo.			
31. Temo morir.			
32. Prefiero no pensar en la muerte.			
33. Encuentro difícil encarar la muerte.			

Instrumento original.

Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” CAM-1

I. ESTRUCTURA COGNOSCITIVA

Ítem	En desacuerdo	De acuerdo
1. Pensar en la muerte es perder el tiempo.		
2. Después de la muerte habrá un lugar mejor		
3. Viviré después de mi muerte.		
4. Las personas solo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.		
5. Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.		
6. Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.		
7. Vale la pena vivir.		
8. Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi crecimiento personal.		
9. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		
10. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.		
11. No he pensado en la muerte como una posibilidad real.		
12. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.		

II. ESTRUCTURA AFECTIVA

ITEN	En desacuerdo	De acuerdo
13. Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.		
14. Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.		
15. La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida.		
16. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.		
17. Veo con placer la vida después de mi muerte.		
18. Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.		
19. No puedo evitar pensar en mi familia		

cuando tengo a mi cuidado a n paciente que se va a morir.		
20. me siento perturbado/a cuando pienso en lo corta que es la vida.		
21. Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.		
22. Me conmueve enfrentar a la familia de los pacientes moribundos.		
23. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente.		

III. ESTRUCTURA CONDUCTUAL

ÍTEM	En desacuerdo	De acuerdo
24. Temo la posibilidad de contraer una enfermedad, que conlleve inevitablemente a la muerte.		
25. Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.		
26. Me siento más cómodo/a, si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.		
27. La muerte me ayuda a tener más responsabilidades ante mi vida.		
28. La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.		
29. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los pacientes.		
30. Ya no hay nada que ver en este mundo.		
31. Temo morir.		
32. Prefiero no pensar en la muerte.		
33. Encuentro difícil encarar la muerte.		



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

Acta de Consentimiento Informado.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación pertenece a la Actividad Académica del quinto año de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Tiene como objetivo general Identificar la relación que existe entre las actitudes ante la muerte en el personal de enfermería asistencial según sexo, edad, nivel de formación y antigüedad en el servicio, en unidad de terapia intensiva de adultos de un hospital público, durante el mes de marzo del 2020.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante

(En letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Anexo III

Resultados del estudio exploratorio.

Los resultados del estudio exploratorio realizado entre dos instituciones, una pública y otra privada, llevó a seleccionar la primera como objeto de análisis, ya que en ella se pudo observar que, por sus características, reunía todos los criterios de elegibilidad para el desarrollo del mismo.

Puesto que se pudo verificar que dentro de la institución pública se encontraban las variables en estudio que se pretendían medir, como la población y el sitio para poder desarrollar la investigación.

Las características del personal de la unidad, en cuanto a su nivel de formación en su mayoría son enfermeros profesionales, los demás licenciados en enfermería y un auxiliar de enfermería. Estos mismos reúnen los criterios de inclusión necesarios para llevar a cabo el desarrollo del proyecto de investigación.

En relación a nivel de dotación total la sala general cuenta con 53 enfermeros asistenciales y una dotación diaria de 28, es decir 7 enfermeros por turno de 6 horas.

Por otro lado, el servicio cuenta con un lugar apropiado para poder desarrollar la encuesta sin ningún tipo de inconveniente.

En cuanto a la Unidad de Terapia Intensiva propiamente dicha, cuenta con una totalidad de 14 camas, de las cuales se cuenta con dos habitaciones para aislamiento respiratorio.

Las patologías más frecuentes que se observan en la sala son politraumatismos, enfermedades respiratorias descompensadas, accidente cerebro vascular, heridas de arma blanca y de fuego, shock séptico, entre otras.

Anexo IV

Resultados de la prueba piloto del instrumento.

La prueba piloto se realizó a 8 enfermeros de Unidad de terapia Intermedia (UCIM) del hospital público de la ciudad de Rosario el día 4 de noviembre del 2019, lo cual se puede verificar que no hubo ningún tipo de sesgo a la hora de su realización, las afirmaciones fueron claras como así también las posibilidades de respuesta.

El tiempo utilizado para el llenado del cuestionario fue entre 15 a 20 minutos. No fue necesario realizar ningún tipo de modificaciones al respecto.

Bibliografía

(s.f.).

- Aguilera, Paniale, & Romero. (Febrero de 2012). *ACTITUD DE ENFERMERIA FRENTE AL PACIENTE TERMINAL*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serjio.pdf
- Araoz, V. C., & Mamani, P. Y. (2014). *FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON LA ACTITUD DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2317/ENarvecp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barrientos, J., & Valero, J. (Junio de 2016). *La superación experiencial de la crisis en la Enfermería: una visión hermenéutica*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100017
- Bonilla, J. (Enero-Diciembre de 2011). *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*. Recuperado el Noviembre de 2019, de <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>
- Cayo, T. M. (2018). *Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales*. Recuperado el 13 de Sept de 2019, de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18136/Flores_CTM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colell Brunet, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Recuperado el Noviembre de 2019, de <https://www.tesisenred.net/handle/10803/4753#page=1>
- Duche Pérez, A. B. (Septiembre de 15 de 2011). *La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos*. Recuperado el 14 de Septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/3872/387239042007.pdf>
- Espinosa. (1 de junio de 2016). *Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología*. Recuperado el 14 de septiembre de 2019, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789>
- Espinosa, S. M. (28 de Enero de 2016). *Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789/702>
- Flores Benites, Y. C. (2013). *Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue*. Recuperado el Noviembre de 2019, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=737432&indexSearch=ID>

- Freitas, T., Eisele, A., Souza, A., & Olivera, J. (Enero de 2016). *La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora*. Recuperado el 7 de Junio de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/revision2.pdf>
- García, D. J., Ochoa, M. C., & Briceño, I. I. (3 de Septiembre de 2018). *ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DE LA PERSONA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO CUANTITATIVO*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/download/2421/1765/
- Gonzales Torres, H. (2016). *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. Hospital General de Jaén*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/935/T016_47191324_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, P. (1981). *Las actitudes y sus cambios*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de https://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm
- Guerrero, R., Meneses, M. E., & Cruz, M. D. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017/2967>
- Kwekkeboom, K., Vahl, C., & Eland, J. (Febrero de 2016). *Impacto de un programa de acompañamiento voluntario en los conocimientos y preocupaciones de los estudiantes de enfermería relacionados con los cuidados paliativos*. Recuperado el 7 de Junio de 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16430349>
- Martinez, J., Fernandez, L., & Lozano, T. (1 de Septiembre de 2017). *ACTITUDES Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA*. Recuperado el 6 de Junio de 2019, de https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Fernandez16/publication/317268122_ACTITUDES_Y_AFRONTAMIENTO_ANTE_LA_MUERTE_EN_EL_PERSONAL_DE_ENFERMERIA/links/592f40a245851553b679b94a/ACTITUDES-Y-AFRONTAMIENTO-ANTE-LA-MUERTE-EN-EL-PERSONAL-DE-ENFERMERIA.pdf
- Miaja, M., & Moral, J. (2010). *Validación de la escala de ansiedad ante la muerte y su relación con afrontamientos en personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2019, de <file:///C:/Users/Alva/Downloads/Dialnet-ValidacionDeLaEscalaDeAnsiedadAnteLaMuerteYSuRelac-5018838.pdf>
- Míguez, A., & Muñoz, D. (Junio de 2009). *Enfermería y el paciente en situación terminal*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018
- Moreno, G. B. (mayo de 2014). *Percepciones y actitudes*. Recuperado el 14 de septiembre de 2019, de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1296/1/TFG_BeltranMoreno,Gema.pdf
- Real Academia Española. (2019). *enclave* /RAE. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de <https://dle.rae.es/?id=0cWXkpX>

- Rivadeneira, Y. L. (2010). *Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda*. Recuperado el 13 de Septiembre de 2019, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/992/Osorio_ry.pdf;jsessionid=B0D848340F01DF01AA3CE4208E5EA496?sequence=1
- Riveros, M., Reyes, L., & Rojas, B. (2018). *Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional* . Recuperado el 14 de Septiembre de 2019, de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3521/Actitud_NinodeGuzmanRiveros_Mayra.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valdez, M. (2014). *Actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. . Recuperado el Noviembre de 2019, de [Tesis doctoral]. Universidad de Sevilla.