



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ACTITUDES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD
DE GUARDIA HACIA LA MUERTE DE PACIENTES EN SITUACIONES DE
EMERGENCIA.

Por:

ROBERTO, Carolina Verónica.

Docente Asesor:

Prof. Dra. SIMONETTI, Graciela.

Lic. BEISEL, Yanina.

Rosario, 4 de Diciembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

"Haz sólo lo que amas y serás feliz.

*El que hace lo que ama, está benditamente
condenado al éxito, que llegará cuando deba llegar,
porque lo que debe ser, será y, llegará naturalmente"*

Facundo Cabral.

RESÚMEN:

Desde los primeros indicios de la vida del hombre en la Tierra existen pruebas de su conciencia por la muerte, evidenciándose construcciones mentales influidas por un abanico multidimensional de aspectos: psicológicos, filosóficos, religiosos, pero principalmente emocionales y socioculturales.

La convivencia diaria del personal de Enfermería con la experiencia de la muerte y su entorno angustiante en los servicios de Emergencias los expone a todo tipo de situaciones desconcertantes, que, si bien no revisten amenaza, pueden influir positiva o negativamente en las actitudes ante estos hechos, así como las estrategias de afrontamiento para superarlos. Los enfermeros son personas funcionales que piensan y actúan influidos por sus valores, creencias, actitudes y la aprensión ante ciertas circunstancias. Resulta de suma importancia investigar los modos de afrontar situaciones estresantes y límite, en este contexto que además de involucrar su salud física y emocional, puede verse afectado su desempeño respecto a las intervenciones y calidad del cuidado que presta.

El objetivo de esta investigación es analizar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento según factores como edad, género y antigüedad laboral; y las actitudes hacia la muerte de pacientes críticos de la Guardia de Emergencias de una Institución Rosarina durante el primer cuatrimestre del año 2021.

Este estudio descriptivo correlacional de corte transversal, tomará la totalidad de enfermeros del área, aplicándose un cuestionario auto administrado. Los datos se ordenarán, tabularán y cargarán a un programa de datos estadísticos, para ser analizados mediante estadística descriptiva uni y multivariada, previo asesoramiento con un estadístico.

PALABRAS CLAVE:

Actitudes ante la muerte, estrategias de afrontamiento, personal de salud, género, edad, antigüedad laboral, muerte, pacientes críticos, emergencia.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Resumen y Palabras clave	3
Índice General	4
Introducción	5
Marco Teórico.....	16
Material y Métodos.....	31
Diseño.	31
Sitio o contexto de la investigación.	31
Población y Muestra.	32
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos.	32
Personal a cargo de la recolección.	38
Plan de análisis.	39
Plan de trabajo y Cronograma.	44
Anexos.....	45
I. Guía de estudio de convalidación de sitio	46
II. Instrumento de recolección de datos	47
Bibliografía.....	56

INTRODUCCION:

Accidente es cualquier hecho o fenómeno traumático o morboso espontáneo que sobreviene en el individuo sano, o en el curso de una enfermedad. Cabe tener en cuenta que los mismos se hayan condicionados por un sinnúmero de fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable.

La Comisión de Promoción de Salud de Cuba refiere que «los accidentes son causados por determinadas circunstancias ambientales y conductas personales, y exhiben un patrón epidemiológico claramente definido, aunque variado, de acuerdo con el país que se trate, del sexo y la edad del individuo». ¹ (p.36).

Muerte accidental se entiende por el cese de la actividad integrada del organismo que se manifiesta con una serie de signos clínicos que pueden ser determinadas por un profesional médico. La misma puede verse producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona, independientemente de su voluntad (accidente). ² (p.2)

Actualmente se hace referencia a defunciones por causas externas a aquellas cuyo origen es accidental, violenta, devenida por acontecimientos ambientales, envenenamiento y otros efectos adversos. Los mismos se recogen en el Capítulo XX de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) publicada por la OMS. ³

Según el Instituto Nacional de Estadísticas de España (INE), en el año 2017 se produjeron 424.523 defunciones, 13.912 más que el año anterior (un 3,4% más). El 96,3% de las defunciones se debieron a causas de muerte natural (enfermedad con 408.686 casos), un 3,5% más que en el año 2016; y se registraron 15.837 fallecimientos por causas externas (1,1% más que el año anterior). Por sexo, fallecieron 214.236 hombres (un 2,5% más que en 2016) y 210.287 mujeres (un 4,3% más). Entre las principales causas de muerte por enfermedad, se encuentran las del sistema circulatorio, seguida por los tumores y las enfermedades respiratorias. Por sexo, los tumores fueron la causa de muerte más sobresaliente entre los hombres y la segunda en mujeres; por su parte las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina y la segunda en varones. Los fallecimientos por estas causas aumentaron un 2,8% en las mujeres y un 1,6% en los hombres. El *suicidio* se mantuvo como la principal causa de muerte externa, le preceden el *ahogamiento*, *sumersión* y *sofocación* y las *caídas accidentales*. En cuanto a los *accidentes de tránsito* fallecieron 1.943 personas

(un 2,8% más que el 2016). Entre éstas, 406 fueron peatones (de ellos el 51,7% tenían entre 70 y más años). Por sexo, 9.923 causas de muerte externas fueron en hombres (un 1,2% más que en 2016) y 5.914 mujeres (0.9% más). La principal causa de muerte externa en hombres fue el *suicidio*, las *caídas accidentales* y los *accidentes de tráfico*. Y en las mujeres las *caídas accidentales*, el *ahogamiento*, *sumersión* y *sofocación* y los *suicidios*. Las causas principales de muertes en los grupos etarios de entre 1 y 14 años (30,2%) y entre 40 y 79 años (44,3%) fueron los *tumores*. El segundo motivo en el grupo de entre 1 y 14 años fueron las causas externas (22,4% del total). Por su parte, las principales causas de muerte entre las personas de 15 a 39 años fueron las *causas externas* (41,1%) y los *tumores* (23,8%).⁴

A nivel local, según los registros de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS)⁵ en el transcurso del año 2018, se registraron en Argentina 336.823 muertes, el 67% de las mismas se centran en los conglomerados urbanos como Provincia de Bs. As. (40,3%), CABA (8,8%), Santa Fe (8,8%), Córdoba (8,7%), Mendoza, Tucumán y Entre Ríos. Según sexo el 51,6% prevalecieron las defunciones de varones por sobre las mujeres 48,2%. En relación a las edades se registraron 6.048 defunciones de menores de 1 año de edad, tendencia a la baja que viene registrándose desde el año 2007, siendo un 5% menor que el año anterior. Al analizar la distribución geográfica de la mortalidad infantil se observan las desigualdades entre jurisdicciones relevando que 14 provincias revisten tasas de mortalidad infantil con valores superiores a la del país. Superado el primer año de vida y sobre todo a partir de los 5 años, el riesgo de muerte crece a medida que aumenta la edad. Prevalciendo la tendencia de mayor mortalidad en hombres, ésta se acentúa entre los 10 y 35 años como así también a partir de los 50. Los valores elevados se observan en el grupo de 20 a 24 años efecto atribuido al impacto de las causas externas (accidentes, suicidios y homicidios). En el grupo más añoso (a partir de los 85 años) se registran las estadísticas más altas mientras que se acota la brecha entre los sexos. En cuanto a las principales causas de defunciones, se correlacionan a las estadísticas españolas, representando casi el 50% de los fallecimientos del año 2018. El 5,5% representan las muertes por causas externas de las cuales el 47% corresponden a los accidentes (principalmente los accidentes de tránsito). Los suicidios y homicidios representan 17,5% y 9,4% de las causas externas, y los principales mecanismos el ahorcamiento o sofocación y las heridas de arma de fuego. Los accidentes y suicidios son las principales causas de muerte entre los 15 y 24 años

cuyas tasas ascienden entre 4 y 8 veces mayores en varones que en mujeres. Cabe destacar las elevadas tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, principalmente la septicemia, VIH, Tuberculosis, Infecciones intestinales, entre otras. Otra de las causas es la Diabetes mellitus de las cuales el 90% de las defunciones corresponden a edades superiores a los 55 años de edad.

Se denomina Hospital de Emergencias a la Institución que brinda atención y tratamiento multidisciplinar inicial a pacientes con amplias patologías y lesiones algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata. Según la OMS, Emergencia es una situación urgente donde la vida del paciente o alguna función orgánica reviste peligro inmediato. Urgencia es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable que originan la necesidad inminente de atención del sujeto y/o su familia.⁶

Según Morín⁷, existe percepción de la muerte desde tiempos inmemoriales, evidenciándose a partir de la interacción de una conciencia objetiva de la muerte (finitud de la existencia) y una conciencia subjetiva (rituales funerarios, enterramiento, tratamientos del cadáver) hechos que implican o hacen pensar la convicción de una vida más allá de la muerte.

La muerte es un hecho universal, ineludible, el fin de la existencia como expresa Galindo⁸. Ésta inspira temor y respeto, está envuelta en un lenguaje arcano y misterioso, difícil de comprender invitando tanto a marchar con ella en busca de la paz eterna y una vida sin más muerte, así como al tránsito por un camino oscuro y desesperanzado del que no existe retorno.

La muerte no debe considerarse aisladamente como un proceso biológico sino como un proceso multidimensional que contempla los aspectos culturales, religiosos, psicosociales y socioeconómicos así como desde sus diferentes perspectivas (antropológica, religiosa, psicológica, filosófica).^{8.9.10.11}

Actualmente en la cultura occidental la muerte se vive socialmente como un tabú, en donde la institucionalización del proceso de morir se transforma en cómplice del ocultamiento y su negación.¹¹⁻¹² Esta manera de percibir la muerte se ha trasladado también a la comunidad biomédica, intentando con esmero prolongar la vida con diversas tecnologías.¹⁰

El profesional de las instituciones hospitalarias de Emergencias brinda asistencia inmediata, eficiente e integrada, enfrentándose en su quehacer diario a múltiples

situaciones estresantes principalmente relacionadas al dolor, a los pacientes terminales y a la muerte. Por su naturaleza muchas veces el personal de salud no está preparado o adecuadamente instruido para aceptar y afrontar la muerte.¹³ Es por ello que muchas veces la muerte es tomada como un fracaso profesional,^{14.15} teñida de sentimientos de impotencia y frustración, desencadenando distintas emociones (principalmente miedo, ansiedad) y variadas actitudes (negación, evitación, huida). Los procesos de afrontamiento desgastan emocionalmente a los profesionales, cómo éstos la asimilen o enfrenten dependerá de los recursos personales, las creencias, las experiencias adquiridas, el entrenamiento instruido en su formación para manejar estos procesos, etc..⁸

Allport¹⁶ define Actitud «como un estado mental y nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con los que se relaciona» (p.190).

Diferentes estudios analizaron las relaciones en torno a esta variable. Uno de éstos es el de Trujillo-De Los Santos Z, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA, et al.¹⁷ en 2013, en un estudio de corte transversal donde se utilizó una encuesta aplicada en cinco Hospitales del Distrito Federal, México, estudiaron algunos aspectos relacionados con la temática de esta investigación. La población entrevistada (n=40) fueron profesionales del área salud (médicos especialistas y residentes, enfermeras y trabajadores sociales), donde el 70% fueron mujeres con un promedio de aproximadamente 37 años, el estado civil predominante fue la unión libre o casados y solteros, donde el 55% expresaban profesar la religión católica. La finalidad del mismo fue determinar la relación entre las características sociodemográficas y saberes sobre los cuidados paliativos en relación a las actitudes ante la muerte y situaciones emocionales en su trabajo. La recolección de datos se realizó mediante el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-versión 2). No se observó diferencias significativas entre el trabajo emocional y actitudes ante la muerte conforme a la profesión del encuestado, las enfermeras presentaban valores bajos en cuanto a la actitud de evitación y no valoraban a la muerte como el tránsito a una vida mejor. Médicos y trabajadores sociales presentaron mayor temor a la muerte y al hecho de enfrentarse a la familia de un paciente terminal. En lo que respecta al estado civil los casados tendían a ver a la muerte como un alivio ante una enfermedad prolongada, y con respecto a la religión los

que profesaban el catolicismo declararon menos temor ante la muerte ya que ésta representa un soporte emocional ante las vicisitudes de la vida. Así mismo se percibieron actitudes inadecuadas; y supresión de emociones (simulando las teóricamente deseadas) asociadas al agotamiento emocional particularmente en personal no capacitado que frecuentemente trató con pacientes terminales y su familia. Cuando se presentan resultados de una investigación los verbos van en pasado.

Ascencio, L.; Allende, S.; y Verástegui, E.¹⁸ en 2014 en una investigación cuyo objetivo fue explorar y analizar las actitudes y creencias ante la muerte en dicho personal de salud, aplicaron como instrumentos el Cuestionario de Actitudes hacia la Muerte (CAM), el Cuestionario de Creencias con relación al paciente terminal y la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Se utilizó un diseño no experimental, transversal y correlacional a través de muestreo no probabilístico y de opiniones sobre una población de (n=31) personas, profesionales del equipo multidisciplinario que se desempeñó en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología de México; entre ellos Psicólogos, Médicos, Enfermeros, Nutricionistas y Trabajadores sociales. Se arribó a la conclusión que la mayoría del personal era del sexo femenino con un promedio de entre 20 y 40 años, estado civil solteras, que era saludable considerar el tema de la muerte, la cual es un hecho real que puede acontecer en cualquier fase de la vida. Este fomentó un crecimiento personal y les permitió valorar aún más la vida, considerando la idea de la propia muerte a pesar de la sensación de ansiedad que la rodea. La muerte, para el personal es considerada como algo natural y no como un fracaso profesional, lo cual no evita que surja la idea de la propia muerte o la de un familiar cercano. Un interrogante habitual sobre ¿qué sucede durante y después de la muerte?, indujo a la reflexión acerca del ámbito de la espiritualidad y el manejo de las emociones.

García-Avenida DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II.¹⁹ en 2018 realizaron un estudio descriptivo, no probabilístico acerca de la actitud del personal de enfermería ante la muerte en una unidad de cuidados intensivos. Participaron la totalidad de los profesionales de enfermería (n=30) de una institución de segundo nivel del estado de Durango, México, donde se aplicó el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM). Mediante estadística descriptiva, se recogió frecuencias y porcentajes según las respuestas de acuerdo o desacuerdo. La finalidad fue conocer la prevalencia de respuestas y determinar la actitud ante el proceso de muerte de la persona internada en la unidad de cuidados intensivos. Se concluyó que el profesional acepta la muerte como

un hecho inevitable y no sólo como un hecho exclusivo del final de la vida, encontrándose preparado para cuidar la misma; y que se considera la muerte como un alivio para los familiares del paciente terminal. Es de destacar que la mayoría de los encuestados fueron mujeres que profesaban la religión católica y consideraban a la muerte como el pasaje a un lugar mejor. Que además siempre existe un motivo para estar vivo, que la muerte de un paciente no es considerada un fracaso, a pesar de que el sentido de su labor es salvarles la vida; y que el contacto frecuente con este hecho les haga verla como un hecho natural.

Cáceres Rivera D., Cristancho Zambrano L., López Romero L.²⁰ en 2019 realizaron un estudio descriptivo sobre el total del personal de enfermería que trabajó en una Unidad de cuidados Intensivos de alta complejidad (n=17) de Bucaramanga, Colombia. El objetivo del mismo fue describir las actitudes hacia la muerte de un grupo de enfermeros de UCI aplicando el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R). Se concluyó que la actitud con mayor promedio fue la aceptación de acercamiento, que se relaciona con las creencias religiosas, una mayor confianza y la creencia de una vida feliz después de la muerte. La preceden la aceptación neutral y el miedo a la muerte. Se apreció la existencia de una correlación moderada y directa entre las actitudes y los años de trabajo en el servicio; y un mayor promedio en la dimensión de evitación de la muerte en mujeres en contraste con un promedio mayor en la actitud de aceptación de acercamiento en los hombres.

Flores, G., Castro, R., & Quipildor, R.²¹ en 2019 realizaron un estudio cuyo objetivo fue interpretar la perspectiva subjetiva de las vivencias, sentimientos y actitudes del personal de enfermería ante la muerte y los cuidados paliativos de pacientes de UTI, generando elementos que permitan una explicación sociocultural sobre la muerte y relacionándolo con los factores que la condicionan. El diseño elegido fue del tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, aplicado sobre una población de 17 enfermeras profesionales que se desempeñaron en Terapia Intensiva que fueron seleccionadas por juicio y por saturación de información. Se consignó datos demográficos y se realizaron entrevistas individuales mediante guía semiestructurada. Se concluyó que las actitudes vivenciadas por las enfermeras de UTI respecto de la muerte de los pacientes dependen de factores específicos como la edad del paciente, el vínculo creado y la patología presentada. Son escasas las herramientas para afrontar el estrés que ocasiona su ámbito laboral; que la actitud ante el cuidado paliativo se centra en la satisfacción de

necesidades, contención del paciente y familia, y preservar la dignidad. Se destaca el aporte acerca de ¿quién cuida del enfermero y su subjetividad?

Lazarus, R. S. & Folkman, S.²² definen Afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona» (p.141).

Gálvez González M, Del Águila Hidalgo B, Fernández Vargas L, et al.²³ en 2013 llevaron a cabo un estudio cualitativo de carácter fenomenológico realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Málaga. El objetivo del mismo fue explorar las respuestas de afrontamiento que experimentaban las enfermeras ante la muerte de pacientes críticos en la Unidad de Cuidados intensivos. El mismo se aplicó a (n=16) enfermeros de entre 27 y 60 años de edad seleccionados intencionalmente hasta llegar a la saturación de datos. La mayoría de los participantes adoptaron estrategias de afrontamiento primario (distanciamiento y aceptación) y el resto afrontamiento secundario (búsqueda de apoyo social, autoconfianza, redefinición cognitiva, negación, generación de emociones positivas y búsqueda de apoyo espiritual). Se arribó además a que el tipo de recursos utilizados corresponden a las estrategias centradas en la emoción y que el proceso de morir y la muerte no son hechos frente a los que deban adoptarse estrategias afrontativas. La prolongación innecesaria de la vida ha sido una de los relatos frecuentes que genera mayor estrés, para el cual se ha adoptado la estrategia de aceptación con resignación como recurso emocional más utilizado. Entre las tácticas más eficaces para afrontar el sufrimiento están el distanciamiento, la búsqueda de apoyo social; y el humor como medio distractorio y liberador de tensiones. El estado civil y número de hijos (tener pareja estable o familia numerosa) proporcionarían cierta facilidad para afrontar conflictos emocionales o problemas personales. Dentro de los recursos menos eficaces, la negación (afrontamiento evitativo) fue descrita casi exclusivamente en hombres. Por tal motivo se concluye que las actitudes y pericias frente a la muerte se verían influenciadas además de las demandas del entorno, por circunstancias de carácter profesional, sociocultural y personal.

En 2016, Marchán Espinosa S.²⁴ en su estudio descriptivo transversal en las unidades de Cuidados Paliativos y de Oncología de cuatro hospitales de España, con el objetivo de evaluar el nivel de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte en dichas unidades, aplicó mediante encuesta dirigida a enfermeros y auxiliares, la

Escala de Bugen y el Perfil revisado de Actitudes ante la Muerte a un total de (n=71) profesionales. Se concluyó que el 46% eran diplomados en enfermería, con una media de 17 años de antigüedad laboral. El 37% de los encuestados arrojaron valores de deficiencia en cuanto al afrontamiento ante la muerte, y concuerdan en que presentan escasa preparación y percepción de formación profesional ante la muerte y cómo afrontarla; y ningún sistema de apoyo Institucional. Se observó mayores valores en el afrontamiento relacionado con la comunicación y la calidad de vida. El 70% estuvo en desacuerdo o en posición neutral acerca de una vida ulterior mejor; y aceptaron la muerte como parte inevitable de la vida, aunque no sea deseada. El 46% tuvieron pensamientos y sentimientos negativos ante la muerte; y el 40% concordó con que la misma es un escape ante una vida cargada de sufrimientos. En cuanto al género las mujeres creyeron más en una vida mejor después de la muerte que los hombres, pero éstos la aceptaron de mejor manera. Los creyentes religiosos aceptaron la existencia de una vida después de la muerte, pero los no creyentes tendieron a sobrellevar los pensamientos y sentimientos negativos de mejor manera. El profesional sanitario de este tipo de unidades que transita el tramo final de la vida de sus pacientes, ha revelado valores más elevados de ansiedad, pudiendo devaluar la calidad de atención por lo que requerirían mejorar el nivel de afrontamiento ante la muerte con la consecuente necesidad de una formación sólida en estos aspectos.

Vázquez García D, De la Rica Escuin M, Germán Bes C, Caballero Navarro A.²⁵ en 2019 realizaron una revisión sistemática de trabajos cualitativos de los cuales calificaron 14 artículos aplicados a personal de enfermería y médicos de departamentos de Emergencia hospitalaria. La finalidad del mismo fue analizar la percepción y estrategias de afrontamiento de los profesionales en la atención al final de la vida. Se arribó a la conclusión que en los departamentos de emergencia se prioriza la atención a los casos agudos/críticos por sobre los crónico/paliativos; y ante estos casos la muerte es mejor aceptada por enfermeros, ya que los médicos continúan con el accionar de resucitación pese al ineludible desenlace. Que existe entre estos profesionales una evidente falta de comunicación y colaboración en relación a los cuidados generando una fragmentación de la atención. Hay un consenso entre los profesionales acerca de que los departamentos de emergencia son ámbitos bulliciosos, caóticos, con alto nivel de estrés y con escaso tiempo para dedicarle calidad de cuidados a los pacientes y familiares, durante el proceso del final de la vida, generando frustración. Otras de las

barreras descritas son la elevada carga de trabajo, las condiciones edilicias por falta de espacios de privacidad para la atención de pacientes terminales, la necesidad de capacitación y entrenamiento en cuanto al manejo de pacientes terminales. Algunos estudios muestran que los profesionales no requieren de formación específica, ya que se valen de herramientas emocionales adquiridas durante experiencias previas y de sus propias creencias religiosas. Las emociones negativas (sufrimiento, inseguridad, falta de estrategias de atención) promueven la evitación ante la muerte por incapacidad de lidiar con las emociones acotando el desarrollo de estrategias afrontativas. Se resalta la necesidad de generar habilidades interpersonales, terapéuticas y de control emocional como armas para sobrellevar estos hechos.

Povedano Jiménez M, Granados Gamez G, García Caro M.²⁶ en abril de 2020 en un estudio observacional transversal a través de la Escala de Afrontamiento a la Muerte se encuestaron a 534 enfermeros en actividad de distintas especialidades. El objetivo consistió en examinar el afrontamiento autopercebido de los enfermeros españoles que trabajan con pacientes terminales en relación con la práctica clínica, el entorno laboral y el estrés que genera su labor. Como conclusión el 78,7% eran mujeres, con un promedio de 39 años de edad; el 38% presentó una antigüedad laboral promedio de 21 años; el 66% tenía estudios de grado y trabajaba en Instituciones públicas el 77%, y de éstas el 61,2% refirió tener una percepción ante la muerte óptima. En contraposición, las enfermeras jóvenes mostraron mayores niveles de afrontamiento inadecuado, incluida la despersonalización, vulnerabilidad, agotamiento y niveles de realización personal bajos. Otro factor influyente de un afrontamiento inadecuado es el ambiente laboral desfavorable, el estrés ocupacional y la carga de trabajo en áreas de cuidados al final de la vida, la crisis económica del sector salud, la escasez de recursos y la falta de personal que obligaría a enfocarse en los casos de mayor urgencia, no pudiendo brindar un cuidado integral generando agotamiento personal y frustración. Entre los factores favorables se explicitan las relaciones interpersonales de trabajo, la experiencia laboral (mayor a 10 años) y el nivel académico. Si bien la edad (mayores de 31 años) y el género masculino arrojan valores altos en cuanto al afrontamiento óptimo, no aparecen como factores determinantes de autopercepción de competencia profesional ante la muerte.

De todos los estudios indagados sólo uno de ellos analiza la relación existente entre las variables estudiadas. Es así que Fernández Jesús, Martínez Lidia y otros autores,²⁷ en 2017 en un estudio cuyo objetivo fue describir la actitud y el nivel de

afrontamiento ante la muerte en profesionales de enfermería de Unidades de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos del Complejo Asistencial Universitario de León, España. En este estudio descriptivo, observacional, transversal cuyos instrumentos consistieron en cuestionarios autoadministrados con variables demográficas, Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y la Escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte (1980-1981), los resultados obtenidos sobre el total del personal (n=56) reflejaron un mejor afrontamiento de los profesionales enfermeros por sobre los TCAE (Técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería). Los profesionales del servicio de Cuidados Paliativos presentaron un buen afrontamiento por sobre el personal del servicio de Oncología y Hematología. Respecto de las actitudes hacia la muerte, la población entendió a la muerte como un proceso natural de la vida y no como la solución a los problemas de la misma. Una mayor formación del personal optimizaría el afrontamiento y actitudes frente a la muerte, mejorando la atención de pacientes y familiares.

Es por lo anteriormente expuesto, que el propósito de esta investigación es analizar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento teniendo en cuenta ciertas variables sociodemográficas como edad, género y antigüedad laboral del personal de salud y las actitudes hacia la muerte de pacientes críticos hospitalizados a los efectos de elevar los resultados a las autoridades con recomendaciones que servirán para instrumentar nuevas estrategias de gestión de cuidados frente a pacientes críticos y el manejo de la familia; capacitar al personal acerca de los modos de manejar la ansiedad, el estrés y las emociones que desencadena el contacto habitual con pacientes moribundos; arbitrar el modo de implementar talleres sobre asesoría ético-legal y talleres de comunicación y apoyo psicológico institucional.

Por tal motivo se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento según edad, género y antigüedad laboral del personal de salud y las actitudes de los mismos hacia la muerte de pacientes críticos de guardia de una Institución de Emergencias Hospitalaria de la ciudad de Rosario durante el primer cuatrimestre del año 2021?

HIPOTESIS:

- Las estrategias de afrontamiento y actitudes ante la muerte adoptadas por el género masculino difieren de las adoptadas por el personal femenino.

- El personal de mayor edad y antigüedad laboral adopta una mayor cantidad de recursos afrontativos, actitudes positivas y lo sobrelleva de un modo más saludable que el personal joven y con menor antigüedad profesional.
- El tipo de estrategias de afrontamiento que adopte el personal de enfermería (centradas en el problema o la emoción) determinará las actitudes ante la muerte que utilice.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento según edad, género y antigüedad laboral del personal de salud y las actitudes de los mismos hacia la muerte de pacientes críticos de guardia de una Institución de Emergencias Hospitalaria de la Ciudad de Rosario durante el primer cuatrimestre del año 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar al personal de salud según edad, género y antigüedad laboral.
- Describir las diferentes estrategias de afrontamiento ante situaciones de emergencia.
- Describir las diferentes actitudes ante la muerte.
- Identificar qué tipo de estrategias de afrontamiento son usualmente utilizadas por el personal de salud teniendo en cuenta su edad, género y antigüedad laboral.
- Identificar que actitudes utiliza el personal de salud según edad, género y antigüedad laboral.
- Comparar las estrategias adoptadas por el personal de salud teniendo en cuenta su edad, género y antigüedad laboral.

MARCO CONCEPTUAL O TEÓRICO:

La muerte es uno de los acontecimientos que más interrogantes genera a lo largo de la historia del individuo sobre la Tierra. Varios pensadores tanto como Antropólogos, Sociólogos, Filósofos generaron un sinnúmero de explicaciones intentando definir la muerte y su enigmático entorno. No obstante, muchas personas aún ven a la muerte como algo impropio, alejado de su existencia, de esta agresiva y convulsionada vida diaria por la cual se transita; casi intrascendente. Se trivializa el tema a tal punto de omitir el debate, su conocimiento, el fomento de formas o estilos más sanos para afrontar dicho suceso. Se trata de manera eufemística a los que fallecen, afirmando que "pasó a mejor vida", "fue su último viaje", "ahora descansa en paz", etc.²⁸

Desde la visión Antropológica, se encuentran los primeros indicios de conciencia de la muerte, a través de los hallazgos arqueológicos. El enterramiento es una mera conducta humana: las sepulturas, los ritos funerarios, ofrendas, etc. aportan valiosa información acerca de la edad, causa de fallecimiento, posición social a la que pertenecía el difunto, época, lugar, creencias y actitudes ante la muerte de nuestros antepasados. La conciencia de finitud de la existencia guía la construcción de un constructo cuya finalidad es la de afrontar la muerte, incorporarla a la existencia, al mundo de los vivos ejerciendo un hecho sustancial en la constitución de la religión, la mitología y filosofía de las sociedades humanas. Este hecho natural, universal y conocido genera al mismo tiempo una sensación de angustia, miedo, desconocimiento quizás por su impredecibilidad o percepción de ser un suceso ajeno.¹¹

Según el pensamiento Biologicista el individuo, como parte de la naturaleza, integra el ciclo de los seres vivos que culmina con la muerte, este hecho no es modificable. Desde la visión Psicológica la muerte no es un hecho puntual, sino un proceso que contempla los aspectos biológico, psicológico y social. Desde estas perspectivas la muerte puede ser tanto realidad, acto final, incógnita, percepción, situación. En el psicoanálisis la persona es un ser, el Yo, que puede dejar de serlo, dejar de existir, ya que la muerte es impredecible e implica además de lo físico, la disolución del Yo, la pérdida de significado espiritual o psicológico que se identifica con la propia existencia.²⁹

Por muy dura que sea la idea de la muerte es un hecho inevitable, una etapa en la vida de todos los seres humanos. El hecho de imaginar ser alcanzado por este destino preocupa y atormenta generando un variado abanico de emociones que ésta lleva

aparejada, pero principalmente por ser un hecho angustiante. Este supuesto antagonismo entre la muerte y la vida origina diversas prácticas y/o comportamientos sociales y culturales específicos como son los ritos funerarios que no son más que la manifestación de los modos de vida de una sociedad. Estos sucesos son de relevancia para los individuos y la sociedad ya que como todo hecho social está cargado de una manifiesta significación que define la naturaleza de la misma e implica importantes funciones sociológicas, psicológicas y simbólicas para sus integrantes.⁹

Las vivencias de la muerte en las diferentes culturas están impuestas por los conceptos que se construyeron e incorporaron a lo largo de la historia del grupo o individuo, así como por el ámbito donde creció y se desarrolló. La concepción de la misma, como fin de la vida o tránsito hacia una vida ulterior, condiciona las actitudes y comportamientos de los sujetos y las sociedades, ocasionando un impacto motivado por la cultura a la que se pertenezca.¹⁵

Otro factor influyente destacable en la concepción que se tenga de la muerte, es la Religión. En la civilización Oriental la vida y la muerte no se consideran eventos contrarios, la muerte no es un hecho negativo. Los primeros indicios rituales de que la muerte no era el final de la existencia sino el tránsito por el mundo de los vivos hacia un reino espiritual, es decir la existencia de una vida más allá de la muerte, fueron los Neandertales. Con el transcurso del tiempo estos rituales antiguos cobran un acentuado dramatismo implicando la «regeneración y reafirmación de los valores ancestrales que conforman su comunidad, por lo tanto, no representa un evento trágico sino un paso definitivo hacia una nueva forma de ser y de estar más placentera» (p.113). Por el contrario, en las sociedades Occidentales, la muerte supone la separación del alma del cuerpo, generando respuestas emocionales como rechazo, preocupación, temor, ansiedad, rodeada de incertidumbre y un lenguaje extraño. Aquí los rituales funerarios son tradición y brindan herramientas para que mediante la integración social pueda mitigarse el dolor. Éstos representan símbolos culturales para rendirle culto más que a la muerte, a la vida; componente esencial de la cultura occidental.⁹

A partir del siglo XVII hasta fines del XVIII el interés en los problemas médicos, el perfeccionamiento de los servicios y el interés por el mejoramiento de la salud llevan a la medicina a ser una estrategia económica, iniciándose así la etapa de la Medicalización. Desde el Siglo XIX hasta nuestros días la muerte, así como el enfermar pasan a ser hechos sociales donde ésta deja de ser natural, existe un rechazo hacia la muerte, una

negación encubierta como enfermedad. La prosperidad del sistema biomédico dedicado a mejorar la calidad de vida lleva a la institucionalización de la muerte naturalizándose todo tipo de acciones para prolongar el advenimiento de la misma. Se convierte el individuo sencillamente en un ser fisiológico que hay que sanar y sobre el cual se administra una alta calidad de cuidados, moderna tecnología y procesos invasivos.³⁰

De eso no se habla; actualmente se niega la muerte y todo en torno a la misma se convierte en algo silencioso, oculto. El hombre tiene miedo a la muerte, este temor origina variadas respuestas emocionales que están influidas por múltiples factores entre ellos psicosociales, demográficos, etc., tornándolo un hecho complejo. «La intensidad y la propositividad de las actitudes hacia la muerte según se trate de propia o ajena, depende de la historia personal y cultural, de los estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios».³¹ (p.120) La muerte genera una variada gama de actitudes y emociones debido a su esencia aversiva entre ellas lástima, rechazo, depresión, negación, preocupación, tristeza, desesperación pero principalmente miedo y ansiedad.³²

Templer define «ansiedad ante la muerte como la 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».¹⁸ Estas actitudes respecto de la muerte pueden ser saludables, como un afrontamiento racional de la realidad; o de manera angustiante dónde sólo imaginarla se torna problemática conduciendo así a actitudes de evitación y negación.³¹

Templer³³ señala además que la persona experimenta ante la muerte:

- *Miedo a la muerte:* es una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado que genera una percepción de presunto peligro o real en tiempo presente, pasado o futuro; en este caso en relación a la muerte. Se presenta principalmente ante la separación familiar, el proceso de morir, a la muerte de un familiar, etc.
- *Evitación de la muerte:* se refiere al intento de evitación de las experiencias interiores que genera la muerte, siendo inicialmente percibida como alivio a corto plazo, pero en el tiempo puede ser perjudicial. Se manifiesta a través de evitar la comunicación y los pensamientos.
- *Consentimiento de la muerte:* orientada a aguantar el hecho de la muerte en este caso, conviviendo con el hecho de que, a pesar de ser desagradable, no genera un

malestar desmedido y se consigue focalizar la atención en otras áreas. Los tres tipos de consentimientos ante la muerte son: el consentimiento neutral, el escape y el bienestar.

Desde los comienzos del siglo pasado, allá por 1930, Philippe Ariès³⁴ plantea el período denominado como "la muerte invertida" como oposición a todas las costumbres mortuorias preexistentes.

En la cultura Occidental actual y su Tanatofobia ha alcanzado también a los profesionales sanitarios convirtiéndolos en cómplices de esta negación y ocultamiento del proceso de morir.¹³ Esta nueva forma de vivir la muerte, alejada de la cotidianeidad de la vida y del contexto familiar, confinándola al interior de los hospitales en el más solitario anonimato la convierte en tabú para la sociedad, incluso rechazándose el hecho de referirse a ella.¹¹ La resistencia ante lo inevitable como hecho universal, muchas veces lleva al personal de salud a incurrir en el encarnizamiento terapéutico mediante la aplicación de variadas y novedosas tecnologías para prolongar más aún el desenlace final.¹³ Estas acciones quizás son el reflejo de la angustia y el miedo oculto del profesional sanitario que busca huir del enemigo más temido que es la muerte, acontecimiento visto como opuesto de la vida con la cual se siente comprometido y ante la cual se jura defender durante todo su proceso de formación.^{35,36}

El personal de salud se encuentra cotidianamente en contacto continuo con los procesos vitales del paciente y su familia; en especial a lo que respecta a las situaciones relacionadas al enfermo terminal, el duelo y la muerte.¹⁴ Los modos cómo éstos la asimilan o enfrentan dependerá de los recursos personales, sus propios valores, las creencias, las experiencias adquiridas, el entrenamiento instruido en su formación para manejar estos procesos, etc.⁸ Esto resulta de suma importancia ya que cada persona experimenta el proceso de morir de manera única, y particularmente el personal de enfermería debe enfrentarse a su propia muerte a partir de los recursos aprendidos a través de su experiencia para conocer sus actitudes y emociones propias. Permitiendo así una prestación de servicio integral pudiendo brindar el apoyo necesario que requieren los pacientes y familia en este tipo de situaciones.¹⁴

Allport¹² define Actitud «como un estado mental y nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con los que se relaciona». Es por lo tanto una «predisposición aprendida para responder de modo consistente a un objeto social», la cual se da por la experiencia y como resultado de la

interacción con un objeto, volviéndolo proclive a actuar de una manera dada, bien sea de manera positiva o negativa.

Se distinguen tres componentes de las actitudes: cognitivo, afectivo y conductual, mediante los cuales se pueden estudiar las conductas. Estos son:

- *Componente Cognoscitivo:* para que exista una actitud es necesario que exista también una representación cognoscitiva de un objeto dado. «Se admite que la actitud conlleva una idea, opinión, información o creencia acerca de la probabilidad de que un objeto determinado o situación posea determinados atributos» (p.191). Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee conocimiento no pueden generar actitudes. Algunos autores plantean que las actitudes aluden a la evaluación favorable o no del sujeto para con el objeto o situación; en cambio las creencias y opiniones representan la información que se tiene del mismo. Resulta dificultoso establecer una distinción conceptual de estos términos debido a que otros autores afirman que las actitudes no sólo involucran una evaluación sino también una creencia acerca del mismo que implica un componente afectivo-evaluativo respecto del objeto, y ésta última se manifiesta si el mismo genera controversia. Los indicadores son las creencias, los valores y el conocimiento.
- *Componente Afectivo:* hace referencia a los procesos que avalan o contradicen los principios de nuestras creencias, las cuales se expresan mediante sentimientos evaluativos o de preferencias, estados de ánimo y las emociones (físicas y/o emocionales) que genera la relación con el objeto de actitud, para la cual es necesario un componente cognitivo. Sus indicadores son el temor, la apatía, la sensibilidad y la ansiedad.
- *Componente Conductual:* hace referencia a la tendencia o predisposición a responder de una manera dada ante un objeto o situación determinada. Más allá de la ambigüedad entre actitud-conducta, debe tenerse en cuenta también del contexto en donde se desarrolla la observación conductual y la actitud que condicionó dicha respuesta. Los indicadores para medirlo son la aceptación, el rechazo, la responsabilidad y la vocación.¹⁶

Inicialmente para los primeros teóricos los tres componentes de las actitudes están correlacionados entre sí, argumentando que las actitudes atañen las ideas y creencias (componentes cognitivos), que se relacionan con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos están vinculados a las acciones acaecidas respecto

al objeto de la actitud (componente conductual). En la actualidad, diversos estudios arriban a la conclusión de que estos componentes bien podrían o no estar relacionados y esto dependerá de múltiples factores.³⁷

Gala¹³ identifica las principales actitudes ante la muerte del personal sanitario, las mismas se centran en:

- *No querer nombrar a la misma muerte:* como así tampoco a las patologías que la generen. Mediante un ritual de ocultamiento investido de falsa piedad y para evitarle la angustia se le esconde la realidad terminal al paciente, mientras que es el personal de salud el que realmente se libera de la angustia eludiendo el hecho de tener que establecer una comunicación para la que no está preparado y de ser "el mensajero de la muerte". Muchas veces el personal de salud desarrolla más miedos a la muerte que el propio paciente; y tanto los familiares como muchas veces, el propio paciente, es cómplice de este rito de mentiras.
- *No mirar a la cara al enfermo:* se evita así el contacto, incluso el contacto visual. Muchas veces el enfermo lo nota y se siente como apestado, separado del resto (y muchas veces con un biombo), desahuciado. Otro punto es la incongruencia de la información verbal que se le ofrece, con la comunicación no verbal (actuando o contrariando lo expresado).
- *Aumento de la atención tecnológica y el encarnizamiento terapéutico:* como un modo de expiarse ante sus conductas y actitudes el personal sanitario trata de sustituir con tecnologías y aparatos la falta de afecto y humanismo. Se convierte así la muerte institucional en un hecho avergonzante, solitario, mecánico y deshumanizado empeorándose las condiciones de la muerte y prolongándose la agonía. Estas acciones en cuanto a las actitudes y comportamientos, están mediatizados por el déficit en la formación profesional de técnicas de afrontamiento y comunicación asociados a los pacientes en estadio terminal.

Teniendo en cuenta que: «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. 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». (p.41) Resulta imprescindible entonces entender este concepto y conocer las actitudes del profesional de enfermería ante la muerte ya que es significativa la influencia que éstas tienen en la relación interpersonal y en el

proceso de atención del paciente y su familia. La calidad de atención brindada a este tipo de pacientes se relaciona íntimamente con la instrucción específica de enfermería en estos aspectos relacionados con el duelo, la muerte, el paciente terminal y de cuidados paliativos permitiéndole así tener las herramientas necesarias para satisfacer las demandas que le son requeridas.³⁸

La muerte ha estado asociada a la enfermería desde hace tiempo atrás haciendo del acompañamiento del final de la vida uno de los puntos más relevantes del cuidado. Virginia Henderson al respecto define «la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de las actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila)» (p.56). Describe a la enfermería en relación con el paciente y su entorno. El profesional de enfermería es alguien que se preocupa por los individuos, desarrolla empatía e interacciona con estos incluso cuando su recuperación no sea posible, estableciendo con estos una relación enfermero-paciente de sustitución, ayuda o acompañamiento.³⁹

Fundadora de la enfermería moderna, Florence Nightingale estaba dedicada a la formación de enfermería y su idea primordial era que «toda mujer debe recibir formación para poder cuidar a un enfermo y que las enfermeras que proporcionan atención sanitaria preventiva (enfermería en salud pública) necesita una formación aún más amplia». (p.78) Entendiéndose por esto que la capacitación de las enfermeras las llevaría a realizar buenas prácticas, actuando de la mejor manera posible como ser responsable e inteligente. Dicha instrucción debe incluir principios científicos y experiencia práctica que permita perfeccionar sus habilidades. Afirma además que estas requieren del uso del sentido común, la perseverancia e ingenio y su capacidad de observación para así dirigir el cuidado de los pacientes, pudiendo medirse los resultados de sus intervenciones. La base de su teoría se centró en el entorno, señalado que un entorno saludable es necesario para suministrar los cuidados apropiados. La enfermera debe controlar el entorno física y administrativamente como un modo de proteger al paciente de peligros físicos y psicológicos, responsabilizándose así de la salud de las personas. Este entorno debe estar adecuadamente ventilado, con una temperatura agradable, sin ruidos molestos que impidan el proceso reparador del paciente, deben tenerse en cuenta además los aspectos relacionados con la higiene y la dieta. En la actualidad estos se extienden a las características edilicias, la temperatura individual de la unidad del

paciente y la utilización de aparatos tecnológicos que producen una sobrecarga auditiva.³⁹

Según Jean Watson el cuidado, el acto más primitivo del ser humano y la esencia de enfermería, es la razón moral y ética de su quehacer. Su teoría del Cuidado humanizado se basa en la armonía mente-cuerpo-alma a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y su cuidador, con enfoque existencial-fenomenológico con una base espiritual. Se hace necesario entonces el conocimiento del otro, de su entorno, de sus necesidades, limitaciones y fortalezas. Se establece así una relación de cuidado transpersonal, donde la enfermera va más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizadas en su práctica.^{40.41} Utiliza 10 factores de cuidados que detallan el proceso de cómo el paciente alcanza, mantiene la salud o muere en paz³⁹ y 7 supuestos que son premisas asumidas como verdad pero que no han sido comprobadas.⁴¹

Factores de cuidado	Procesos de caritas
1. «La formación de un sistema humanístico-altruista de valores»	«Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado»
2. «Inculcación de la fe-esperanza»	«Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar»
3. «El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás»	«El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego»
4. «Desarrollo de una relación de ayuda-confianza» se convierte en «desarrollo de una relación de cuidado humana de ayuda-confianza»	«Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza»
5. «La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos»	«Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con

	uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar»
6. «El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones» se convierte en «el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativo»	«Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado»
7. «La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal»	«Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentado mantenerse dentro del marco de referencia de otros»
8. «La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual»	«Crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien»
9. «La asistencia en la gratificación de necesidades humanas»	«Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado»
10. «La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas» se convierte en «la permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas-espirituales»	«Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado»

Los siete supuestos afirman:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa.

- La práctica del cuidado es central en la enfermería.

Lazarus, R. S. & Folkman, S.²² definen Afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona» (p.141). El afrontamiento es utilizado por el individuo como un modo de manejar las situaciones de estrés que lo sobrepasan. El mismo está influido por su historia personal y cultural representando un recurso psicológico o psicosocial para hacer frente a la situación que lo ha desencadenado, pudiendo así disminuir la tensión y recobrar el equilibrio emocional del individuo.

Antes de abordar el tema del afrontamiento es de suma importancia comprender otros conceptos ligados a éste como son el estrés, ansiedad, estímulo y respuesta, adaptación, homeostasis, emociones, entre otros. Como estrés, inicialmente Cofler y Appley en 1964, señala que este concepto se utiliza conjuntamente con conceptos como conflicto, perturbación emocional, trauma, ansiedad, alienación, frustración y anomia. En el siglo XIV se lo usó para significar adversidad o aflicción, dificultades o apuros; a fines del siglo XVII en torno a las ciencias físicas en donde «"carga" se definió como una fuerza externa; y "estrés" era la relación de la fuerza interna (creada por la carga) al área sobre la cual actuó la fuerza; y la "tensión" fue la deformación o distorsión del objeto» (p.2). Estos conceptos dieron sustento a la mala salud. Walter Cannon en 1932 en sus estudios sobre la fisiología de las emociones afirma que el estrés es una perturbación homeostática causada por ciertas condiciones como el bajo nivel de glucosa sanguínea, la falta de oxígeno, las condiciones de temperatura ambiental, etc..., refiriéndose a que el sujeto se encuentra "bajo estrés" y que este puede medirse. En 1936 Hans Selye utiliza el término para referirse al conjunto de defensas (reacciones y procesos) que el organismo emplea contra estímulos nocivos medioambientales a los que denomina "estresantes" (incluidas las amenazas psicológicas) a las que denomina síndrome de adaptación general. Contrario al estado pasivo o inactivo del estrés en las ciencias físicas (denominado tensión), en biología es un proceso activo de "contraataque". Estos esfuerzos adaptativos intentan conservar o restaurar el equilibrio postulado por Claude Bernard. El estrés como proceso biológico de defensa se asemeja al proceso psicológico, en donde el individuo lucha para manejar dicha situación estresante (hoy conocido como afrontamiento). Este dinamismo conduce la atención hacia la interacción constante del organismo con el medio ambiente y su retroalimentación. El término "tensión" (estrés)

fue utilizado para caracterizar socialmente a los individuos cuyo estado alterado del cuerpo (disrupción o desorganización, pánico, disturbio...) eleva la incidencia de enfermedades mentales, delitos, suicidios. En psicopatología, Freud utiliza el término ansiedad que representa un llamado de peligro activando así los mecanismos de defensa. Las guerras de la primera mitad del siglo XX ocasionaron el interés en la investigación acerca del estrés y sus efectos psicológicos y fisiológicos consecuentes. Siendo el estrés un aspecto ineludible del género humano, el afrontamiento haría la diferencia entre el estrés y el proceso adaptativo. Posteriormente el interés se centró en los procesos psicológicos que daban cuenta de las diferencias individuales en las reacciones. Tiempo después, Seyle plantea el concepto de vulnerabilidad a la enfermedad incorporando los factores psicológicos y sociales al proceso salud-enfermedad, dejando de ser neta exclusividad de los agentes ambientales.²²

La definición mayormente aceptada por los Psicólogos acerca del estrés ha sido, que es un estímulo y estos influyen en las personas ya sean internos o externos. Cohen en 1977 reconoce tres tipos de estímulos:

- Los cambios importantes (cataclismos, guerras, desarraigo, catástrofes humanas, encarcelamiento...) éstos están fuera del control, son altamente estresantes y pueden durar por tiempos prolongados o no.
- Los cambios importantes que impactan a una o varias personas, son experiencias dañinas y/o amenazantes. Pueden estar influenciados por el sujeto (divorcios, dar a luz, exámenes importantes, etc.); o fuera del control individual (terremotos, huracanes, accidentes, muerte de un ser querido, enfermedades incapacitantes, divorcios, despidos...)
- Las molestias diarias que son los detalles que son capaces de irritar y angustiar a las personas (muchas responsabilidades, sentirse sólo, la enfermedad o muerte de una mascota, una discusión, etc...)

Al respecto «un estímulo es un factor de estrés cuando una respuesta conductual o fisiológica estresante, y una respuesta es estresante cuando es producida por una demanda, daño, amenaza o carga».²² (p.13)

El desarrollo teórico y metodológico del Afrontamiento ha sido abordado desde diferentes perspectivas:

La primera influenciada por el psicoanálisis y el concepto de la defensa del yo, ésta plantea la existencia de disposiciones personales para enfrentar situaciones

estresantes. Pearling y Schooler⁴² en 1978, definen el afrontamiento como «las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las tensiones de la vida» (p.2) Aborda una visión estructural del afrontamiento, reconoce estilos o rasgos más que un proceso dinámico. Estos rasgos representan cualidades de la persona que las disponen para reaccionar de determinado modo en ciertas situaciones, suelen ser de alcance limitado.

La segunda perspectiva, según Lazarus y Folkman²², en 1984 señalan al afrontamiento como un proceso que depende del contexto más que de una disposición estable, por lo que las variaciones situacionales cumplen un papel fundamental en el afrontamiento. Dependerá entonces de la significación adaptativa y de la capacidad del individuo para hacer algo o no para poder cambiar la situación (esfuerzos conscientes). Lazarus y Folkman plantean dos tipos de afrontamiento:

1. *Focalizado en el problema*: la persona busca cambiar la relación existente alejándose o disminuyendo el impacto de la situación amenazante (estrategias dirigidas a modificar el entorno: presiones ambientales, recursos, obstáculos; y las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos: búsqueda de canales de gratificación diferentes, nuevas conductas, aprendizaje de nuevos recursos y procedimientos, aspiraciones diferentes...).
2. *Focalizado en la emoción*: busca disminuir o eliminar las reacciones emocionales desencadenadas por la situación estresante intentando evitar daños psicológicos como depresión, ansiedad, etc., asumiendo que dicha condición estresante es inmodificable (estrategias de evitación, distanciamiento, minimización, comparaciones positivas, encontrar factores positivos a los sucesos negativos...)^{43.44}

En la realidad el sujeto puede manejar un sinnúmero de estrategias de afrontamiento posibles, éstas están determinadas por las circunstancias en las cuales se origine y por la naturaleza del hecho estresante.⁴⁴ Es por tal motivo que existen variadas escalas de clasificación, cuestionarios, inventarios psicométricos para medir el afrontamiento, incluidas sus modificaciones por cuestiones de consistencia e interpretación y para la traducción en otros idiomas. Entre las más relevantes:

- Ways of Coping Checklist (WCCL).
- Ways of Coping Instrument (WCI).
- Ways of Coping Questionnaire (WCQ o WOC).
- Escala de Modos de Afrontamiento (EMA).

- Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento (COPE).
- Escala de Estrategias de Coping (EEC).
- Escala de Estrategias de Coping Revisada (EEC-R).
- Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y la versión en Español de Otero.
- Escala de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (MCI).
- Escala de estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández-Abascal.
- Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS).

El fenómeno del Afrontamiento y Adaptación desde la perspectiva de enfermería se aborda a partir del Modelo de Callista Roy. A través de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (*Coping Adaptation Processing Scale - CAPS*) de Callista Roy, adaptada por González en 2007, se pueden identificar las habilidades para controlar el estrés y procurar la adaptación utilizadas por la persona. El Modelo conceptual de adaptación de Roy considera que el individuo es un sistema adaptativo holístico en interacción constante con un medioambiente cambiante. Es holístico porque cualquier variación del entorno (estímulo) desencadena una respuesta (se adapta). Busca así plantear porqué y cómo se produce el afrontamiento y la adaptación.³⁹

Roy describe al individuo como un sistema vital abierto que procesa la información de su entorno en tres etapas consecutivas interrelacionadas:

- *Entradas:* los estados de alerta y atención encausan la información automáticamente y de manera controlada en donde estas vivencias sensoriales son convertidas en percepciones o representaciones mentales que se corresponden con las experiencias y la concepción del mundo. Guían lo percibido hacia el estímulo consiente.
- *Procesos centrales:* los estímulos son procesados por el cerebro, codificados y transformados en lenguaje, memoria o conceptos permitiendo afrontar el entorno
- *Salidas:* planeación y respuesta motora (comportamientos), estos comportamientos se manifiestan en los cuatro modos de adaptación.

Establece que un estímulo del entorno (bien sea interno o externo) desencadena una respuesta. Estos estímulos pueden ser:

- *Estímulos focales:* estímulo interno o externo que se presenta ante el individuo
- *Estímulos contextuales:* son el resto de los estímulos presentes en el entorno que, si bien no son los desencadenantes, cooperan consecuentemente al estímulo focal
- *Estímulos residuales:* son aquellos estímulos inciertos

Estos estímulos al contactar con el individuo desatan un proceso de afrontamiento mediado por dos mecanismos afrontativos:

- *Mecanismos innatos de afrontamiento*: son mecanismos automáticos, son comunes a la especie y responden a la genética del mismo.
- *Mecanismos de afrontamiento adquirido*: son los que se establecen a partir de métodos como el aprendizaje o las experiencias vividas mediante la cual se responde de una forma determinada ante un estímulo habitual.

Los mecanismos de adaptación descriptos se desarrollan dentro de dos subsistemas a partir de los cuales el sujeto interpreta los estímulos y genera una forma de afrontar la situación (estilo) y comportamientos o respuestas (estrategias) afrontativas; estos son:

- *Subsistema regulador*: afrontamiento mediado por el sistema neuroquímico y endócrino del organismo (respuestas innatas y reflejas).
- *Subsistema cognitivo*: afrontamiento mediado por los cuatro canales cognitivos y el emotivo (percepción, el procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones). Es aquí donde gracias a la conciencia y el procesamiento de la información el individuo interactúa con lo que lo rodea y le concede un significado a los estímulos del entorno.

Las respuestas generadas mediante estos subsistemas se traducen en cuatro modos de adaptación pudiendo estos ser inefectivos o adaptativos:

- *Modo fisiológico y físico*: se centra en la manera en que los seres humanos mediante procesos fisiológicos y químicos se relaciona con el entorno para cubrir sus necesidades básicas (oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, protección, los sentidos, equilibrio hidroelectrolítico, estado ácido-base, función neurológica y endócrina).
- *Autoconcepto de grupo*: se centra en el conocimiento de la individualidad del sujeto, la autoestima y cómo actuar ante la sociedad (aspectos psicológicos: yo físico o autoconcepto, sensaciones y aspecto corporal; el yo de la persona: constancia, valores o expectativas, moral ética y la espiritualidad).
- *Función del rol*: describe los roles que desempeña el individuo en la sociedad (como actuar frente al otro).

- *Interdependencia*: trata sobre las interacciones de los sujetos ante la sociedad. La principal labor es dar y recibir amor, respeto y valores cuyos componentes más sobresalientes son sus allegados (hijos, familia, pareja, Dios, amigos).

Se denominan *Estilos de Afrontamiento* a la propensión del sujeto al uso preferencial de un tipo determinado de estrategia y desde la perspectiva de la personalidad, una forma estable de comportarse y relacionarse con el entorno. *Estrategias de Afrontamiento* se denominan a las acciones concretas y/o respuestas que el individuo lleva a cabo habitualmente dentro de su estilo, para adaptarse.^{39.45}

En cuanto a la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (*Coping Adaptation Processing Scale – CAPS*), la misma permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza el individuo para controlar una situación, procurando su adaptación. El Instrumento es de medición ordinal conformado por 47 ítems que se agrupan en cinco estilos y estrategias (factores según Roy) (Tabla 1). Cada factor identifica estilos, estrategias y niveles del proceso cognitivo. Tres factores miden comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utiliza las personas: Factor 1 Recursivo y centrado con 10 ítems, Factor 2 Físico y enfocado con 14 ítems y Factor 3 Proceso de Alerta con 9 ítems; los dos restantes miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación: Factor 4 Procesamiento sistemático con 6 ítems y Factor 5 Conociendo y relacionando con 8 ítems. Las estrategias dirigidas al problema (activas) están determinadas por los factores uno, cuatro y cinco; las dirigidas a la emoción (pasivas) están determinadas por los factores dos y tres. El nivel de afrontamiento se caracteriza con valores totales a partir de una escala ordinal, clasificándola en capacidades de afrontamiento y adaptación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO:

Es un estudio no experimental prospectivo, de carácter descriptivo correlacional y de corte transversal. En esta investigación no se manipularán las variables en estudio, sino que serán estudiadas tal y como se presentan en la realidad. Es de carácter descriptivo correlacional porque el objeto de la misma es identificar los diferentes aspectos o el establecimiento de determinadas asociaciones entre las variables en estudio dentro del ámbito hospitalario de Emergencias específicamente en el servicio de Guardia. Temporalmente hablando, es un estudio de corte transversal ya que se tomarán los datos necesarios en un momento dado, con el propósito de describir las variables utilizadas y analizar la incidencia e interrelación de las mismas.

SITIO Y CONTEXTO:

Para la selección del sitio de estudio se aplicó un Instrumento de Convalidación de sitio el cual representa el primer control de validez interna (Anexo I). Para el mismo se solicitó autorización al Comité de Docencia e Investigación de la Institución. Posteriormente al estudio exploratorio (Anexo III) se seleccionó la institución que se detalla a continuación por cumplir con los requisitos necesarios para medir las variables en estudio.

El ámbito donde se llevará a cabo el presente estudio corresponde al Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), un efector de tercer nivel de complejidad de dependencia Municipal de la ciudad de Rosario, que alberga a más de mil trabajadores. Funciona como un hospital general de agudos y centro de referencia de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías clínico-quirúrgico. Es el hospital de emergencias de adultos más importante de la región, ubicado en un punto estratégico de la ciudad (Pellegrini 3205) por su relación directa con rutas, autopistas y accesos directos a la ciudad, posicionándolo como el hospital de referencia del Sur de Santa Fe, del nodo Rosario. Este moderno efector cuenta con alta tecnología e infraestructura. Su edificio cuenta con una estructura de 22.000 mts. Cuenta con 156 camas, área de cuidados críticos comprendida por una terapia intensiva, unidad coronaria y de quemados; dispone de 4 áreas de internación de cuidados intermedios altos y bajos; guardia de emergencias;

área quirúrgica y un variado sistema de diagnóstico. Esta institución además forma parte del Programa Federal de Procuración de Órganos (INCUCAI y CUDAI) y ha sido uno de los hospitales con mayor crecimiento en la procuración de órganos en el país. El sitio donde se recolectarán los datos corresponde al área de Guardia Médica, la cual está repartida entre varios sectores bien definidos a saber, sala de Triage, sala de reanimación Shock room, cuidados críticos, área de internación de hombres y mujeres, dos pequeños quirófanos para cirugías menores, dos habitaciones vidriadas de internación para aislamiento y ocho consultorios.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

Unidad de Análisis:

Se tomará como unidad de análisis a todo personal de enfermería que califique dentro de los criterios de inclusión/exclusión, de ambos sexos sin distinción de edad, que se desempeñe laboralmente dentro de la Guardia del HECA de la ciudad de Rosario.

Criterios de Inclusión:

- Profesionales de la salud de ambos sexos, de todas las edades
- Profesionales de enfermería que trabajen actualmente en la Guardia.
- Antigüedad laboral de al menos 1 año de experiencia en el servicio.
- Profesionales que tengan un trato directo con el paciente.

Criterios de Exclusión:

- Personal que se encuentre con algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- Personal que participó de la prueba piloto.

Debido a que la población es numerosa pero no excesiva, no se realizará un muestreo, tomándose así la totalidad de la población del área en estudio. El tamaño de la misma es de 51 profesionales de enfermería.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para llevar a cabo los objetivos del presente estudio, la técnica para recolección de datos que se administrará a los participantes es la encuesta en su modalidad de cuestionario autoadministrado. (Anexo II) Inicialmente; el cuestionario confeccionado por la autora de la investigación, posee pautas del consentimiento informado en cuanto a la obtención de datos y la utilización de la información (confidencialidad y anonimato), motivación y agradecimientos por su participación. Considerándose así los principios éticos de toda investigación. (Anexo II)

Se incluirá además el propósito general del estudio, consignándose los datos a través de preguntas cerradas, dicotómicas y abiertas mediante instrucciones claras y sencillas de cómo completarlo. La finalidad será la obtención de datos sociodemográficas y laborales de los participantes permitiendo así medir las variables independientes.

Para medir la variable *Estrategias de Afrontamiento* se utilizará un instrumento politómico: la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (*Coping Adaptation Processing Scale - CAPS*) de Callista Roy adaptada por González en 2007 (Anexo II). El mismo fue validado para el idioma español por Gutiérrez et Al⁴⁶ en 2007 y posteriormente por la misma autora en 2009 para su interpretación⁴⁵. La misma permite identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza el individuo para controlar una situación, procurando su adaptación. El Instrumento es de medición ordinal conformado por 47 ítems que se agrupan en cinco estilos y estrategias (factores según Roy) (Tabla 1), con un formato del tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre =3, siempre =4. Cada ítem corresponde a una frase respecto de cómo responde una persona al experimentar un evento difícil o una crisis. Cada factor identifica estilos, estrategias y niveles del proceso cognitivo. Los primeros tres factores miden comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utiliza las personas; los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación. Las estrategias dirigidas al problema (activas) están determinadas por los factores uno, cuatro y cinco; las dirigidas a la emoción (pasivas) están determinadas por los factores dos y tres. El nivel de afrontamiento se caracterizará por valores totales a partir de una escala ordinal, siendo una baja capacidad de afrontamiento y adaptación valores cercanos a 47 que es el valor mínimo al que se puede llegar y una alta capacidad de afrontamiento y adaptación cercanos al máximo valor que sería 188, con valores intermedios. También contempla valores mínimos y máximos para cada factor.

Las *Estrategias de Afrontamiento y Adaptación*, según Callista Roy⁴⁵ (pág. 203) son los esfuerzos cognitivos y comportamentales que realiza la persona para responder a las influencias y cambios del ambiente para crear una integración humana y ambiental, para mantener sus procesos vitales y su integridad (esenciales para la salud e integridad del individuo). La misma es una variable cualitativa compleja del tipo dependiente y de medición ordinal. Sus dimensiones e indicadores son:

Dimensión 1 - Estilo de afrontamiento activo o dirigidos al problema (Factores 1, 4 y 5)

Subdimensión 1: Factor 1 → *Recursivos (Estilo) y centrados (Estrategia) (10 ítems)*: refleja los comportamientos personales y los recursos centrándose en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información y considerando ciertas actitudes para solucionar los problemas

Indicadores:

- Actitudes respecto de la solución del problema (creatividad, búsqueda de resultados).
- Desarrollo de un plan de acción.
- Enfrentamiento de la situación.
- Busca lograr los objetivos.
- Planificación de probables soluciones.
- Encausar los sentimientos.
- Planifica y lleva a cabo actividades positivas.

Subdimensión 2: Factor 4 → *Procesamiento sistemático (6 ítems)*: describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente (afrontamiento concreto).

Indicadores:

- Estudiar las situaciones y acciones antes de actuar
- Procesamiento de los hechos y situaciones
- Intenta manejar las situaciones sin apresurarse
- Actitud analítica
- Identifica el problema
- Pensamiento sistemático
- Acciones concretas dirigidas a solucionar el problema

Subdimensión 3: Factor 5 → *Conocer (Estilo) y relacionar (Estrategia) (8 ítems)*: describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros.

Indicadores:

- Aprendizaje de experiencias pasadas.
- Utiliza la memoria y la imaginación.
- Toma soluciones que funcionaron en otras personas.
- Evalúa estrategias que utilizó en el pasado para solucionar situaciones.

- Relaciona situaciones pasadas con las futuras.
- Actitud positiva.
- Utiliza el humor como recurso.
- Elabora mentalmente probables soluciones.

Dimensión 2 - Estilo de afrontamiento pasivo o dirigidos a la emoción (Factores 2 y 3)

Subdimensión 4: Factor 2 → *Reacciones físicas (Estilo) y enfocadas (Estrategia) (14 ítems)*: resalta las reacciones físicas y fase de salida en el manejo de situaciones (posee un puntaje inverso porque califica negativamente el comportamiento o la actitud)

Indicadores:

- Reacciones físicas exageradas.
- Rendirse fácilmente ante ciertos hechos.
- Dificultad para identificar los problemas.
- Acciones pasivas dirigidas a la regulación de emociones.
- Preocupación constante.
- Falta de concentración.
- Actitud dispersa.
- Pensamientos repetitivos y sentimientos de culpa.
- Sentimiento de incapacidad para resolver situaciones.
- Actitudes negativas.
- Temor que paraliza.

Subdimensión 5: Factor 3 → *Proceso de alerta (9 ítems)*: representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los 3 niveles del proceso de la información (entradas, proceso, salidas) manteniendo la combinación de estilos y estrategias

Indicadores:

- Estado de alerta y actividad ante una crisis.
- Acciones concretas dirigidas a la adopción de nuevos recursos para afrontar situaciones.
- Manejo de múltiples tareas y situaciones.
- Objetividad de los hechos.

- Sensación de eficacia/ineficacia ante el estrés.
- Tolerancia ante situaciones estresantes.

Para medir la variable *Actitudes hacia la Muerte* se utilizará un instrumento politómico: el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), instrumento multidimensional basado en el Perfil de Actitudes hacia la Muerte de Templer (1970) y desarrollado por Gesser, Wong y Reker (1987-1988). El instrumento mide cinco dimensiones evaluativas (actitudes): miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y aceptación neutral. Estas dimensiones se encuentran representadas por 32 ítems (Anexo II) que representan afirmaciones las cuales se miden mediante una escala de Likert con opciones del 1 al 7 que van desde el totalmente en desacuerdo hasta el totalmente de acuerdo y se distribuyen del siguiente modo. (Tabla 2) Para cada dimensión puede calcularse una puntuación media de la escala dividiéndose el total de la puntuación por la cantidad de ítems que la conforman.

Las *Actitudes ante la muerte* se definen como la percepción y forma de actuar de una persona ante el proceso de morir. La misma es una variable cualitativa compleja del tipo dependiente de medición nominal. Sus dimensiones e indicadores son:

Dimensión 1 - Miedo a la muerte/al proceso de morir: respuesta consciente del individuo ante la muerte, las variables mediadoras se relacionan con sentimientos y pensamientos negativos. Los miedos se originan como consecuencia de la falta de significado de la vida y la muerte.

Indicadores:

- Pensamientos y sentimientos negativos hacia la muerte.
- Pensar en la muerte genera ansiedad.
- Miedo intenso a lo desconocido, al dolor, sufrimiento.
- Preocupación constante.
- Incertidumbre en cuanto al después de la muerte.

Dimensión 2 - Evitación ante la muerte: se relaciona con el rechazo hacia la muerte y toda idea asociada a la misma.

Indicadores:

- Dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte.
- Afectación de la conducta.
- Actitud evitativa.
- Alejamiento de todo lo relativo a la muerte.

Dimensión 3 - Aceptación neutral: es la ambivalencia presente en la persona sobre la muerte donde se denota el sentimiento normal de temor y también de aceptación como un proceso normal de la vida donde ante su llegada se intenta aprovechar la vida al máximo.

Indicadores:

- Visión de la muerte como un hecho natural e ineludible.
- Percepciones de ambivalencia ante la muerte.
- La muerte no es ni buena ni mala.
- Visión de la muerte como una realidad que no se teme ni da la bienvenida.

Dimensión 4 - Aceptación de acercamiento: aceptación debido a cuestiones religiosas, percepción de mayor confianza.

Indicadores:

- Aceptación relacionada a creencias religiosas (cómo una vida mejor).
- La muerte como inicio de una vida feliz después de la muerte.
- Confiar en que se ascenderá al cielo y se reunirá con seres queridos.
- La muerte como un lugar tranquilo y de paz.
- El cielo un lugar mejor que la Tierra.
- La muerte como creencia de la vida Eterna.

Dimensión 5 - Aceptación de escape: acontece en individuos con un déficit en la eficacia para afrontar situaciones dolorosas y existenciales, por lo que la muerte puede considerarse como una salida o solución ante las emociones negativas.

Indicadores:

- La muerte como escape a una existencia dolorosa.
- La muerte como solución ante las preocupaciones de la vida.
- Alternativa para terminar con el dolor y el sufrimiento.

La *Edad* es otra de las variables en estudio; la misma es cuantitativa continua del tipo independiente y de nivel de medición de razón. La misma será la manifestada en el cuestionario estableciéndose como el número de años cumplidos por el enfermero encuestado.

Género es una variable cualitativa simple continua del tipo independiente y de nivel de medición nominal.

La *Antigüedad laboral* se tomará como el tiempo que un trabajador tiene en su lugar de trabajo, desde su ingreso o vinculación laboral, expresada en años. La misma es una variable cuantitativa continua del tipo independiente cuyo nivel de medición es de razón.

La prueba piloto se realizó en la misma guardia de la Institución a cuatro profesionales seleccionados al azar, con quienes se probó los instrumentos de medición con el propósito de comprobar la validez y confiabilidad de los mismos. Se verificó la comprensión y claridad de los ítems, si las opciones de respuesta permitían medir adecuadamente las variables en estudio, verificar que las instrucciones para el llenado son concisas, etc. Estos profesionales serán excluidos de la investigación para no interferir en los criterios de validez interna (efecto pre- test).

PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

El personal a cargo de la investigación será el mismo que se encargue de la presentación del Instrumento a los encuestados; y de la recolección de datos, por lo tanto, no se requerirá de personal ayudante. El mismo se realizará en las instalaciones de la Institución hospitalaria, en el área de Guardia en un lugar pertinente donde se respeten ciertas condiciones del contexto que hacen a la comodidad, buena iluminación, tranquilidad, para no interferir en la confiabilidad y validez del instrumento. Se aplicará un cuestionario autoadministrados individual en su formato tipeado en computadora en papel, se explicará brevemente los motivos de la investigación y la finalidad de la misma. Los enfermeros que decidan participar voluntariamente del mismo firmarán el consentimiento informado que forma parte del mismo instrumento. El investigador estará presente con la finalidad de aclarar cualquier incertidumbre que surja durante el llenado del cuestionario para el cual se estima aproximadamente un tiempo de 45 minutos. Debido a la dinámica del sector, se abarcarán todos los turnos para poder acceder a todo el personal del área.

PLAN DE ANÁLISIS:

Se realizará un análisis descriptivo uni y multivariado ya que se investigará la correlación entre más de dos variables. La información obtenida a partir de los instrumentos de recolección de datos se ordenará y agruparán con sus correspondientes dimensiones e indicadores (tabulación). Se codificarán y se cargarán a un programa de datos estadísticos informático (SPSS versión 26.0). El método de medición será por Escalonamiento de Likert para las variables cualitativas complejas; y para la variable Género una escala nominal. Para la variable Edad y Antigüedad laboral se utilizarán escalas de razón. Se describirán mediante histogramas y gráficos circulares. Para el análisis de los mismos se consultará con un estadista.

A continuación, se realiza la reconstrucción de las variables en estudio y su codificación correspondiente:

Estrategias de Afrontamiento y Adaptación:

Para la medición de esta variable se utilizará un instrumento politómico: el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) (Anexo II) se lo caracteriza en la (Tabla 1).

Estilos de Afrontamiento:

- Dimensión 1: Estilo de afrontamiento activo o dirigidos al problema (Factores 1, 4 y 5)
- Dimensión 2: Estilo de afrontamiento pasivo o dirigidos a la emoción (Factores 2 y 3)

Cada *Estilo de Afrontamiento* está representado por factores o estrategias que lo caracterizan. La sumatoria de todos los valores expresados por los factores que lo conforman representarán el estilo de afrontamiento que utiliza el individuo para controlar las situaciones de la vida cotidiana procurando su adaptación (en valores porcentuales).

Estrategias de Afrontamiento:

- Indicador 1: (Factor 1) Recursivo y centrado
Ítems 2, 4, 7, 10, 16, 19, 26, 29, 34, 46 (10 ítems).
- Indicador 2: (Factor 2) Reacciones físicas y enfocadas
Ítems 5, 8, 13,15, 20, 23, 24, 33,35, 39, 42, 43, 45, 47 (14 ítems).
- Indicador 3: (Factor 3) Proceso de alerta
Ítems 1, 11, 17, 18, 25, 27, 31, 40, 44 (9 ítems).

- Indicador 4: (Factor 4) Procesamiento sistémico
Ítems 3, 12, 14, 22, 30, 41 (6 ítems).
- Indicador 5: (Factor 5) Conocer y relacionar
Ítems 6, 9, 21, 28, 32, 36, 37, 38 (8 ítems).

Las *Estrategias de Afrontamiento* que Roy denomina factores, están representadas por una totalidad de 47 ítems. Cada ítem corresponde a una frase respecto de cómo responde una persona al experimentar un evento difícil o una crisis, las mismas poseen un formato de escalonamiento del tipo Likert de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre =3, siempre =4. La sumatoria de los criterios del total de ítems para cada factor representa porcentualmente el tipo de estrategia mayormente utilizada. En general los primeros tres factores miden comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento que utilizan las personas; los dos últimos miden las estrategias empleadas para sobrellevar la situación.

La Capacidad de Afrontamiento:

- Baja capacidad: valores de 47 a 82.
- Mediana capacidad: valores de 83 a 118.
- Alta capacidad: valores de 119 a 153.
- Muy baja capacidad: valores de 154 a 188.

El nivel de afrontamiento se caracterizará por valores totales de la suma del total de los ítems, a partir de una escala ordinal, siendo una baja capacidad de afrontamiento y adaptación valores cercanos a 47 que es el valor mínimo al que se puede llegar y una muy alta capacidad de afrontamiento y adaptación cercanos al máximo valor que sería 188, con valores intermedios. También contempla valores mínimos y máximos para cada factor.

Tabla 1. Categorización de la capacidad del Proceso de Afrontamiento y Adaptación

Estrategias de Afrontamiento	Categorías de la capacidad del Proceso de Afrontamiento y Adaptación		
	Baja	Mediana	Alta

Rekursivo y centrado (Factor 1) Ítems 2,4,7,10,16,19,26,29,34,46	11-19	20-28	29-36
Físico y enfocado (Factor 2) Ítems 5,8,13,15,20,23,24,33,35,39,42,43,45,47	13-23	24-33	34-42
Proceso de alerta (Factor 3) Ítems 1,11,17,18,25,27,31,40,44	9-16	17-23	24-29
Procesamiento sistemático (Factor 4) Ítems 3,12,14,22,30,41	6-11	12-15	16-20
Conociendo y relacionando (Factor 5) Ítems 6,9,21,28,32,36,37,38	8-14	15-20	21-26
Puntaje global	47-82	83-118	119-153

Fuente: Gonzáles (2007)

Actitudes hacia la muerte:

Para la medición de esta variable se utilizará un instrumento politómico: el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) (Anexo II) y se lo caracteriza en la (Tabla 2).

- Dimensión 1: Miedo a la muerte/al proceso de morir
Ítems 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32 (7 ítems).
- Dimensión 2: Evitación ante la muerte
Ítems 3, 10, 12, 19, 26 (5 ítems).
- Dimensión 3: Aceptación neutral
Ítems 6, 14, 17, 24, 30 (5 ítems).
- Dimensión 4: Aceptación de acercamiento
Ítems 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31 (10 ítems).
- Dimensión 5: Aceptación de escape
Ítems 5, 9, 11, 23, 29 (5 ítems).

La variable *Actitudes hacia la muerte* se mide a partir de cinco dimensiones evaluativas (actitudes), éstas están representadas por un total de 32 ítems que corresponden a afirmaciones, las cuales se medirán mediante una escala de Likert con opciones del 1 al 7 que van desde el totalmente en desacuerdo hasta el totalmente de acuerdo y se distribuyen del siguiente modo (Tabla 2). La suma total de los ítems

representará la forma de actuar ante el proceso de morir mayormente adoptada por los encuestados, en porcentajes. Para cada dimensión puede calcularse una puntuación media de la escala dividiéndose el total de la puntuación por la cantidad de ítems que la conforman.

Tabla 2. Dimensiones del PAM-R

Dimensiones	Ítems
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Evitación a la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29

Fuente: Gesser, Wong y Reker (1987-1988)

Género:

Para la variable *Género* se agruparán las respuestas codificadas según corresponda.

- 1= Femenino
- 2= Masculino

Edad:

Para la variable *Edad* se agruparán las edades por grupos etarios según corresponda.

- 1= 24 a 34 años (adulto joven)
- 2= 35 a 44 años (mediana edad)
- 3= 45 a 54 años (adulto maduro)
- 4= < 55 años (adulto mayor)

Antigüedad laboral:

Para la variable *Antigüedad laboral* se agruparán las respuestas por grupos según corresponda.

- 1= > 5 años antigüedad

- 2= 5 a 10 años antigüedad
- 3= 10 a 20 años antigüedad
- 4= 20 a 25 años antigüedad
- 5= < 25 años de antigüedad

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA:

Actividades	Enero		Febrero		Marzo		Abril
Recolección de datos							
Tabulación de datos							
Análisis de los datos							
Interpretación de los datos							
Elaboración de las conclusiones							
Impresión y entrega del informe final							

ANEXOS

Anexo I

ESTUDIO DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

- ¿La institución autoriza la recolección de datos para el desarrollo de la investigación? SI NO
- ¿Qué dotación de enfermería posee? _____ enfermeros.
- ¿Posee Licenciados en enfermería? SI NO
- ¿Cuántos? _____
- ¿Posee Auxiliares de enfermería? SI NO
- ¿Cuántos? _____
- ¿Cuántos Enfermeros profesionales posee? _____
- ¿Existen registros de la antigüedad laboral del personal de enfermería? SI NO
- ¿Qué cantidad de enfermeros varones hay? _____
- ¿Qué cantidad de enfermeras mujeres hay? _____
- ¿Existen áreas delimitadas para la atención de pacientes críticos? _____
- ¿Existe en el área algún lugar tranquilo para completar el cuestionario? SI NO
- ¿Existe algún servicio de apoyo psicológico en la Institución? SI NO
- ¿Poseen capacitación en servicio acerca del manejo de pacientes críticos, manejo y atención de pacientes terminales y su familia? SI NO
- ¿Cuál /es? _____
- ¿Existe algún lugar donde expresar situaciones de malestar dentro o fuera del área? SI NO
- ¿Hay departamento de Enfermería durante las 24 horas? SI NO
- ¿La institución presenta una Capilla u oratorio? SI NO
- ¿Cuál? _____
- ¿Se realizan reuniones mensuales? SI NO
- En el caso de que la respuesta anterior sea positiva:
- ¿Se tratan problemáticas relacionadas con situaciones que produzcan malestar dentro del servicio, relacionadas a circunstancias personales de los trabajadores o con algún paciente? SI NO

Anexo II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este formulario es suministrar a los participantes de la presente investigación, una explicación clara de la naturaleza de la misma.

Ésta será conducida por la enfermera Carolina Roberto de la Escuela de Enfermería de la Universalidad Nacional de Rosario.

El objetivo es analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento según edad, género y antigüedad laboral del personal de enfermería y las actitudes de los mismos hacia la muerte de pacientes críticos de la guardia de emergencias.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario lo más sinceramente posible, le recomendamos busque un lugar cómodo donde pueda leer y responder las consignas. El mismo le ocupará aproximadamente 45 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y anónima; y no se usará para otro propósito fuera de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación, además puede retirarse cuando Ud. lo decida. Si alguna pregunta le resulta incómoda, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

Desde ya le agradecemos su participación.

Declaro haber sido informado de los objetivos del presente estudio y acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma: _____

Fecha: _____

ENCUESTA

Nombre de la Institución: _____

Fecha: ___/___/2021

- Edad: _____ años.
- Género: a) Femenino () b) Masculino ()
- Antigüedad laboral en la Institución: _____ años.
- Antigüedad laboral en la profesión: _____ años.
- Áreas en donde se ha desempeñado laboralmente durante su carrera:

- ¿Ha experimentado el fallecimiento de alguna persona cercana este último año?
SI NO
- ¿Ha experimentado el fallecimiento de algún familiar cercano durante su vida?
SI NO
- ¿Ha experimentado el fallecimiento de algún paciente durante su jornada laboral?
SI NO
- ¿Usted está atravesando por algún proceso psicopatológico?
SI NO

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE (PAM-R)

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo. Por ejemplo, un ítem puede decir: "la muerte es una amiga". Indica su grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades:

TA = *totalmente de acuerdo*;

A = *bastante de acuerdo*;

MA = *algo de acuerdo*;

I = *indeciso*;

MD = *algo en desacuerdo*;

D = *bastante en desacuerdo*;

TD = *totalmente en desacuerdo*.

Observe que las escalas van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Si está totalmente de acuerdo con la afirmación, ponga un círculo a TA.

Si está totalmente en desacuerdo pon un círculo a TD.

Si está indeciso ponga un círculo en I.

Sin embargo, intente usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1. La muerte es sin duda una experiencia horrible

TD D MD I MA A TA

2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.

TD D MD I MA A TA

3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.

TD D MD I MA A TA

4. Creo que iré al cielo cuando muera.

TD D MD I MA A TA

5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.

TD D MD I MA A TA

6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.

TD D MD I MA A TA

7. Me trastorna la finalidad de la muerte.

TD D MD I MA A TA

8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.

TD D MD I MA A TA

9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.

TD D MD I MA A TA

10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.

TD D MD I MA A TA

11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.

TD D MD I MA A TA

12. Siempre intento no pensar en la muerte.

TD D MD I MA A TA

13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.

TD D MD I MA A TA

14. La muerte es un aspecto natural de la vida.

TD D MD I MA A TA

15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.

TD D MD I MA A TA

16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.

TD D MD I MA A TA

17. No temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue.

TD D MD I MA A TA

18. Tengo un miedo intenso a la muerte.

TD D MD I MA A TA

19. Evito totalmente pensar en la muerte.

TD D MD I MA A TA

20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.

TD D MD I MA A TA

21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.

TD D MD I MA A TA

22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.

TD D MD I MA A TA

23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.

TD D MD I MA A TA

24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.

TD D MD I MA A TA

25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.

TD D MD I MA A TA

26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.

TD D MD I MA A TA

27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.

TD D MD I MA A TA

28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.

TD D MD I MA A TA

29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.

TD D MD I MA A TA

30. La muerte no es buena ni mala.

TD D MD I MA A TA

31. Espero una vida después de la muerte.

TD D MD I MA A TA

32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.

TD D MD I MA A TA

**ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE
CALLISTA ROY (VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

ITEM	CRITERIOS			
	NUNCA	RARA VEZ	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Puedo hacer varias actividades al tiempo				
2. Propongo soluciones para problemas nuevos				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4. Obtengo información para aumentar mis opciones				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7. Trato de que todo funcione a mi favor				
8. Solo pienso en lo que me preocupa				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10. Identifico como quiero que resulte la situación				
11. Soy menos eficaz bajo estrés				
12. No actué hasta que tengo comprensión de la situación				
13. Encuentro la crisis demasiado complicada				
14. Pienso en el problema paso a paso				
15. Parece que actué con lentitud sin razón aparente				
16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18. Soy realista con lo que sucede				
19. Estoy atento a la situación				

20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento				
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28. Utilizo el humor para manejar la situación				
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
31. Soy más eficaz bajo estrés				
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36. Aprendo de las soluciones de otros				
37. Miro la situación positivamente como un reto				
38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
39. Experimento cambios en la actividad física				
40. Analizo los detalles tal como sucedieron				
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				

42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio				
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45. Me rindo fácilmente				
46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47. Al parecer me hago ilusiones de como resultaran las cosas				



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, 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 CAROLINA VERÓNICA ROBERTO
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

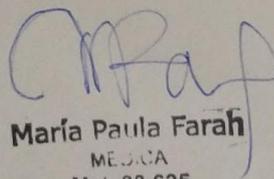
El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

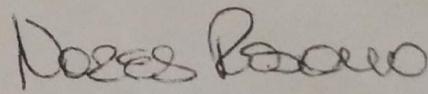
La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 17 de Noviembre 2020

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


María Paula Farah
MÉDICA
Mat. 23.625


Nores, Rosana

BIBLIOGRAFÍA

1. N. Estupiñán Rodríguez, Y. Arencibia Fleita, L. Vecino Madruga, E. Rodríguez Hernández. Muerte accidental atípica. A propósito de un caso. Cuad Med Forense 2018; 24(1-2):35-38
2. Chubb Seguros Perú S.A. Seguro por muerte accidental. Condiciones generales. Lima, Perú. Pag. 1-6. Recuperado de: https://www.chubb.com/pe-es/_assets/documents/condiciones-generales-muerte-accidental.pdf
3. Rafael Fernández, Cuenca Alicia Llácer, Teresa López-Cuadrado, Diana Gómez-Barroso. Mortalidad por causas externas en España. Boletín Epidemiológico Semanal 2014; 22 (6):56-76.
4. Defunciones según la causa de muerte. Instituto Nacional de Estadísticas de España. INE 2017: pág. 1-8.
5. Ministerio de Salud y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica Argentina. DEIS.MSAL 2018; 5 (62): 68-126.
6. Ministerio de Salud y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Madrid, España: Informes, estudios e investigaciones del Ministerio de Salud y Política Social; 2010. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
7. Morín, Edgar. El hombre y la muerte. 4a Ed. Barcelona, Madrid: Ed. Kairós; 2003.
8. Galindo, G. Ethos vital y Dignidad Humana. Reflexiones Bioéticas. 2da Ed. Bogotá, Colombia: Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana: 2008.
9. Torres, Delci. Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. SAPIENS 2006; 7(2):107-118.
10. Hernández Arellano F. El significado de la muerte. Revista digital Universitaria 2006; 7(8): 1-7. Recuperado de: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
11. Abt, Analía C. El hombre ante la muerte. Una mirada antropológica. Soc. Arg. Cáncer [en línea] 2007 [13 de Octubre 2020]; 35 (2): 71-78
12. Sevilla Casado M, Ferré Grau C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras en Atención Sociosanitaria: Datos y Significados. GEROKOMOS 2013; 24 (3): 109-114.

13. Gala León F, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez M, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense 2002; (30): 39-50.
14. Carmona Berrios Z, Bracho de López C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública 2008; 2 (2): 14-23.
15. Caycedo Bustos, Martha Ligia. La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2007; XXXVI (2):332-339. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636212>
16. Ortega Ruiz, Pedro. La investigación en la formación de actitudes: Problemas metodológicos y conceptuales. 4° Edición. Anales de Pedagogía; 1986. <https://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2828>
17. Trujillo-De Los Santos Z, Paz-Rodríguez F, Sánchez-Guzmán MA, et al. Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de la salud, ante la muerte y el trabajo emocional. Rev Mex Neuroci. 2013; 14(1):8-13.
18. Ascencio, L.; Allende, S.; y Verástegui, E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Psicooncología 2014; 11 (1):101-115. Recuperado a partir de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44920/42836>
19. García-Avenida DJ, Ochoa-Estrada MC, Briceño-Rodríguez II. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. Duazary. 2018 septiembre; 15 (3): 281-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2421>
20. Cáceres Rivera DI, Cristancho LF, López Romero LA. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Rev Cienc Salud. 2019;17(3):98-110. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>
21. Flores, G., Castro, R., & Quipildor, R. Actitud del personal de Enfermería ante la muerte de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Notas De Enfermería 2019; 19(34):26-36. Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/26320>

22. Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. Nueva York: Springer Publishing; 1984.
23. Gálvez González M, Del Águila Hidalgo B, Fernández Vargas L, Fernández Luque C,
24. Muñumel Alameda G, Ríos Gallego F. Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. Nure Inv. 2003; (64):1-12.
25. Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. Nure Inv. 2016; 13 (82): 1-12.
26. Vázquez-García D, De-la-Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro AL. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Rev Esp Salud Pública 2019; 93: 1-15.
27. Povedano-Jimenez Maria, Granados-Gamez Genoveva, Garcia-Caro Maria Paz. Factores del entorno laboral de los profesionales de enfermería relacionados con el afrontamiento del cuidado al final de la vida: encuesta transversal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 28]; 28: e3234. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100317&lng=en. Epub Apr 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3279.3234>.
28. Fernández Fernández J., García Martínez L., García García-Bueno M., Fernández Grande A., Lozano González T., Rubio Prieto A. Actitudes y Afrontamiento ante la Muerte en el personal de Enfermería. Tiempos de Enfermería y salud /Asociación Española de Enfermería y Saud; 2017; (2):27-33.
29. Silva, Antonio & Ruiz, Erasmo. Cuidar, morte e morrer: significações para profissionais de Enfermagem. Rev. estudos de Psicologia, PUC-campinas 2003; 20 (1):15-25.
30. Krishnamurti, Jiddu. Sobre la vida y la muerte. Barcelona: Kairós; 1994.
31. Rodríguez Camero ML, Azañón Hernández R, Rodríguez Salvador M, Rodríguez Camero N, Torres López A, Palma García J. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria epes 061 del sp. de Granada. Tempus Vitalis 2007; 7 (1): 57-72.

32. Uribe-Rodriguez Ana, Valderrama Laura, Durán Vallejo Diana, Galeano-Monroy César, Gamboa Karina. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología* 2008; 11(1):119-126.
33. Recuperado de : <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n1/v11n1a12.pdf>
34. Limonero Garcia, J. Evaluación de los aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 1994.
35. Anchante Cabrera, L. Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un instituto especializado de Lima. [Trabajo Académico] Universidad Peruana Unión 2019; 1-64.
36. Philippe Ariès. El hombre ante la muerte. Madrid: Taurus; 1983.
37. Fernández del Riesgo, M. La muerte hospitalaria. La muerte expropiada. Una reflexión moral. *Revista Internacional de Filosofía (Contrastes)* 2003; 8: 59-76. Doi: <https://doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v8i0.1839>
38. Barbero Gutiérrez J, Gómez-Batiste X, Maté Méndez J, Mateo Ortega D. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. España: Obra social "La Caixa"; 2016.
39. Colell Brunet Ramón, Limonero García Joaquín T., Otero María Dolores. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud [Internet]*.2003; V (2): 1-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205>
40. Maza Cabrera M, Zavala Gutiérrez M, Merino Escobar J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería* 2008; 6 (1): 39-48.
41. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma.ed. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
42. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva M, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Material de estudio de la Cátedra de Teoría y Tendencias de la UNR año 2020. *Rev enferm Herediana* 2016; 9 (2): 127-136. Recuperado de: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
43. Urra M. E., Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidado transpersonales. Material de estudio de la

- Cátedra de Teoría y Tendencias de la UNR año 2020. Ciencia y Enfermería 2011; XVII (3): 11-22. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
44. Vázquez Valverde C, Crespo López M, Ring J M. Estrategias de afrontamiento. (31):425-435. Recuperado de: https://www.academia.edu/36327636/Estrategias_de_afrontamiento
45. Gutiérrez López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos [Internet]. 2009; 6(12): 201-213. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835200009>
46. Gutiérrez López C., Velozo Gómez M, Moreno Fergusson ME, Durán de Villalobos M, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan [Internet]. 2007;7(1):54-63. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170105>