



*Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Carrera de Enfermería*

TÍTULO

**ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO
DE PACIENTES EN EL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

AUTOR:

José Geovanny Malla Faicán

DIRECTORA:

Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc.

Loja-Ecuador

2016



CERTIFICACIÓN

Lic. Balbina Enith Contenido Fierro, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación “ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”, de autoría del Sr. JOSE GEOVANNY MALLA FAICAN ha sido concluido observando las disposiciones reglamentarias estipuladas para el efecto. Por lo tanto se autoriza su presentación.

Loja, 05 de julio de 2016

Atentamente,



Lic. Balbina Enith Contenido Fierro, Mg. Sc

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **José Geovanny Malla Faicán** con C.I **1900760933** declaro ser el autor del presente trabajo de investigación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación del presente trabajo en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:

Autor: José Malla Faicán

Cédula: 1900760933

Fecha: 05 de julio del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **José Geovanny Malla Faicán** con C.I: **1900760933**, declaro ser autor de la tesis titulada: **“ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”**, como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestren al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional: Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan un convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los cinco días del mes de julio de dos mil dieciséis.

Firma.....

Autor: José Geovanny Malla Faicán

C.I: 1900760933

Dirección: Celi Román

Correo Electrónico: jose_060391@hotmail.es

Celular: 0969582145

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc

Tribunal de grado

Presidenta: Lic. Estrellita Arciniegas Gutiérrez, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Efraín Muñoz Silva, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Bertila Tandazo Agila, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme brindado sabiduría y permitirme llegar hasta esta meta, logrando así cumplir con mis objetivos y haberme dado una experiencia maravillosa al poder conocer personas que de una u otra forma me han ayudado a ser una mejor persona.

A mi familia, por el apoyo incondicional y la confianza que han depositado en mí en todo momento, por la motivación para seguir adelante pensando en un mejor futuro y por demostrarme siempre su cariño, a todas las personas involucradas en el presente trabajo, ya que sin su ayuda no se hubiera podido realizar.

A mi esposa María Elena, por ser el motor en mi vida, por su amor, el cariño y paciencia que me ha brindado, por ser el motivo que hace que cada día quiera ser una persona de bien.

José Malla Faicán

AGRADECIMIENTO

Primero doy gracias a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, por estar conmigo en cada instante de mi vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente en los momentos de mayor desasosiego.

A mis padres Héctor y Martha por haberme apoyado en todo momento, por el amor, cariño y apoyo que supieron brindarme para sobrellevar pesadas cargas y poder cumplir mi meta propuesta.

A mi estimada licenciada Balbina Contento directora de mi tesis que en todo instante me ha brindado su apoyo y comprensión en los diversos contratiempos que se produjeron en el desarrollo del presente estudio, pero más que nada, por su amistad y paciencia.

A través de este escrito, agradezco a la Universidad Nacional de Loja, entidad que hace posible la formación de profesionales para el desarrollo de nuestra comunidad y país, en especial al Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería por haberme brindado un lugar donde saciar mi sed de conocimiento.

A mis maestros y maestras, les agradezco de corazón por haberme brindado sus conocimientos y su apoyo en todo momento.

José Malla Faicán

a) TÍTULO

“ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

b) RESUMEN

En el campo de la salud, se hace necesario profundizar en el estudio de las actitudes de los profesionales de enfermería ante el fenómeno de la muerte, ya que éstas pueden influir en la calidad de cuidados brindados, especialmente a los pacientes con pronósticos reservados o en procesos cuyo término es la muerte. El presente estudio de tipo descriptivo permitió determinar las actitudes ante la muerte de 66 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de clínica, cuidados intensivos, medicina interna, cirugía y emergencia del Hospital Isidro Ayora de Loja. Se utilizó el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (**CAM**), el mismo que incluye 33 proposiciones, pero para el presente estudio se seleccionaron 25, distribuidas para los 3 componentes; componente cognoscitivo, que incluye la actitud pasaje; componente afectivo presenta la actitud de temor; y el componente conductual que en él se encuentran las actitudes de evitación, aceptación y salida. Entre las actitudes que presentan el más alto porcentaje se encuentran; la evitación, el temor y la aceptación, esta última presenta mayor número de respuestas positivas, siendo considerada la actitud de mayor frecuencia entre los profesionales de enfermería, se determinó que el pasaje y la salida son actitudes ausentes entre éstos profesionales. Si bien el personal de enfermería acepta la muerte también evita tener pensamientos acerca de la muerte, produciéndose cierta ambigüedad en sus decisiones, reflejando la insuficiente preparación para afrontar de forma realista el fenómeno de la muerte.

PALABRAS CLAVES: actitud, muerte, fallecimiento, moribundo, enfermería.

SUMMARY

In the field of health, it is necessary to deepen the study of the attitudes of nurses to the phenomenon of death, because they can influence the quality of care provided, especially to patients with forecasts reserved or processes whose end is death. This descriptive study allowed us to determine attitudes to the death of 66 nurses working in clinical services, intensive care, internal medicine, surgery and emergency Isidro Ayora Hospital of Loja. Attitudes Questionnaire Death (CAM) was used, the same that includes 33 proposals, but for this study were selected 25 distribution for the 3 components; cognitive component, which includes the passage attitude; affective component has the attitude of fear; and the behavioral component in it are the attitudes of avoidance, acceptance and departure. For processing the answers the Excel program was used. Among the attitudes that have the highest percentage are; avoidance, fear and acceptance, the latter has a higher number of positive responses, being considered the attitude of most frequently among nurses, it was determined that the passage and exit are absent attitudes among these professionals. While nurses accept death also avoids having thoughts about death, causing some ambiguity in their decisions, reflecting the insufficient preparation to face realistically the phenomenon of death.

KEYWORDS: attitude, death, death, dying, nursing.

c) INTRODUCCIÓN

La muerte no es un fenómeno aislado, por cuanto el morir es un proceso biológico y social. Es biológico en el sentido de que como seres humanos, heredamos un ciclo vital fijo y marca el final de la vida, y social como un entorno de reunión para recordar y darle el último adiós a un ser querido. (Oviedo, Parra, Marquina. 2009). Las actitudes y miedos que se generan ante la muerte se han visto tradicionalmente como un fenómeno poco agradable ante los ojos de los hombres. El miedo no es específico de la muerte, sino que tiene su origen en el concepto o idea que el hombre tiene de ella.

En su trayectoria hacia la muerte inevitable, los pacientes terminales enfrentan múltiples temores (a la muerte en sí, a lo desconocido, al dolor, a perder su familia, su identidad, etc.) y los profesionales de enfermería pueden presentar comportamientos negativos; de tipo cognitivo, afectivo o conductual desencadenados por miedos que se generan ante el proceso de la muerte

De ahí, se puede deducir que la actitud de los profesionales de enfermería al manejar pacientes que se acercan de forma inevitable hacia el final de su vida es vital al momento de ayudar a encarar la muerte, generar actitudes positivas y sobrellevarla en conjunto entre paciente-familiares y personal de enfermería.

Cabe mencionar que no existen estudios en profesionales de enfermería de nuestro país respecto de las actitudes que se generan a partir de la muerte. El presente estudio pretende ser un pilar fundamental en la consecución de una perspectiva de las actitudes ante la muerte, presentes en los profesionales de enfermería y con ello permitir a futuro, el diseño de programas de intervención para modificar aspectos negativos, y mejorar así la calidad en la atención brindada por parte del personal de enfermería a nuestros pacientes y familiares. Por todo ello, el objetivo del estudio fue el determinar las actitudes que se encontraban presentes en el personal de enfermería, de acuerdo al Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (**CAM**), que establece 5 posibles actitudes distribuidas en 3 componentes actitudinales; el cognoscitivo en el que encuentra la actitud de pasaje, el afectivo donde encontramos la actitud de temor, y, el conductual con las actitudes de evitación, aceptación y salida.

d) REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. ACTITUDES

Jack H. Curtis (1962) nos menciona que “Las actitudes son predisposiciones a obrar, percibir, pensar y sentir en relación a los objetos y personas”. En el lenguaje habitual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo. (Sánchez, Mesa. 1996)

1.1. Concepto y naturaleza de la actitud

Los primeros teóricos sobre las actitudes consideraban que existen tres componentes relacionados entre sí. Es decir, se pensaba que las actitudes consistían en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes estaban relacionados con la acción que realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). Estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo y no actuar de acuerdo a este sentimiento, por ejemplo el profesional de enfermería puede saber que es bueno tomar la iniciativa y permitir un lugar en el que el paciente pueda hablar de sus miedos y sin embargo, no posibilitar dicho espacio terapéutico. (Cruz, García, Schmidt, Navarro, Prados, 2001)

Para Morales, Rebollo y Moya (1995), los tres componentes coinciden en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. Es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención en conducta de apoyo u hostilidad.

1.2. Formación de las actitudes

Las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodean. Incluso para aquellos objetos para los cuales podemos no tener ningún conocimiento ni experiencia, enseguida podemos evaluarlos en la dimensión

bueno-malo, o me gusta-no me gusta. Si bien, la formación de alguna de estas evaluaciones puede estar influenciada por aspectos genéticos, como parece ocurrir con ciertos estímulos muy concretos, tales como serpientes, arañas o determinados sonidos y sabores, y cuyo origen parece radicar en mecanismos relativamente innatos que han favorecido a la especie en épocas ancestrales, la mayoría de las actitudes tiene sus raíces en el aprendizaje y el desarrollo social. De esta forma, muchas actitudes se adquieren:

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que recibimos por nuestra conducta.
- Por modelado o imitación de otros.
- Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros.

Como ya hemos mencionado, las actitudes se organizan en torno a tres componentes, denominados, en función del tipo información que contienen, componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. Los tres tipos de información juegan un papel importante en la formación y desarrollo de las actitudes, tal y como se expone a continuación

1.3. Componentes de la actitud

Rodríguez menciona 3 componentes de la actitud; cognoscitivo, afectivo, conductual y que se relaciona con el cuestionario.

1.3.1. Componente cognoscitivo

En tanto las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo. (Collel 2003)

Por otro lado, ya se ha mencionado que las actitudes existen en relación a una situación u objeto determinado. Para que esto sea posible se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicha situación u objeto. Las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se

almacenan en memoria, son algunos de los componentes cognoscitivos que constituyen una actitud.

Se puede definir al componente cognoscitivo como la categoría conceptual de objetos o sucesos a los que se dirige la actitud, pudiendo ser en concreto, miembros de una clase social, grupos o instituciones, pero también puede tratarse de una abstracción inteligible (honradez, muerte, enfermedad, etc.). El elemento cognoscitivo es a menudo conocido como las creencias y valores de una persona.

Hay algunas creencias que actúan como “limitadoras” como lo son las que están relacionadas con la desesperanza y la impotencia, que ejercen influencia limitando la capacidad de desarrollo de las personas. Estas creencias se van incorporando a lo largo de la vida, y especialmente se arraigan en el ser durante la infancia, permaneciendo e influyendo en la edad adulta.

El indicador de este componente es:

- **Pasaje:** estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento que tiene acerca de un suceso, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica e implica la creencia en una vida feliz después de la muerte, está muy relacionada con prácticas religiosas.

El Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (**CAM**) lo mide con las siguientes interrogantes:

- Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor
- Pienso que viviré después de mi muerte.
- Veo la muerte como un paso a la eternidad.
- Yo espero con placer la vida después de la muerte.
- Después de la muerte encontraré la felicidad.

1.3.2. Componente afectivo

Este componente es definido como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado como el único componente

característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio.

Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. En tanto interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos dan la posibilidad de ir conformando lo que el término actitud significa. Además el elemento afectivo en las actitudes incluye los sentimientos y emociones que acompañan a una creencia o idea nuclear.

Una de las ideas básicas en el análisis de las fuerzas que dirigen la conducta humana es el concepto de hedonismo, es decir, la búsqueda de placer y su opuesto: la evitación del dolor. Este principio de alguna manera matiza la referencia emotiva general asociada a una actitud. De este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, favorables o placenteros; o negativos desfavorables o dolorosos.

En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo.

El indicador usado para medirlo es:

- **Temor:** sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto, la muerte por su parte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo una de las respuestas más comunes, el hecho de no saber el cómo, el ¿cuándo?, el ¿dónde? y el ¿por qué? de la muerte de una persona, o simplemente, preguntarse ¿qué hay después de la muerte?, puede generar miedo

Para medir el temor el **CAM** lo mide de la siguiente manera:

- La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.
- Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.

- Yo temo morir joven.
- Encuentro difícil encarar la muerte.
- Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediablemente a la muerte.

1.3.3. Componente conductual

Se refiere a la acción patente, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí

Se puede conceptualizar a breves rasgos que las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán a la congruencia de la cual hablan. (Eiser 1988)

Hasta este momento, se ha especificado que las actitudes están constituidas por lo que las personas piensan y sienten respecto de un objeto - estímulo, así como también a la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción.

El elemento conductual entonces se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud.

Mann (1972) se refiere a la importancia de cada componente durante el desarrollo de un individuo y dice que durante la niñez, especialmente en el momento en que las actitudes están siendo aprendidas, los tres componentes son muy importantes. Poco a poco el niño va integrando sus actitudes y tiende a practicar selectivamente lo que ve y aprende, por lo que el componente cognoscitivo cobra más fuerza, sin embargo las actitudes de un alto componente afectivo, se resisten a ser influenciadas por nuevas informaciones y conocimientos intelectuales puros.

En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable entre estos.

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

- **Aceptación:** ni se teme a la muerte ni se le da la bienvenida; simplemente se la acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita, además implica la creencia en una vida feliz después de la muerte y está muy relacionada con creencias y prácticas religiosas.

Para medir la aceptación el **CAM** lo mide con las siguientes proposiciones:

- La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.
 - Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.
 - He pensado en mi muerte como un hecho imposible.
 - Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.
 - Me siento más libre al aceptar mi muerte.
- **Evitación:** resistencia a admitir o aceptar algo, es una forma de huida, es decir, la persona intenta apartarse de aquello que le disgusta.

El **CAM** lo mide con las siguientes proposiciones:

- Pensar en la muerte es perder tiempo.
 - Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.
 - Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.
 - No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.
 - Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.
- **Salida o Escape:** es la tendencia a esquivar los problemas o a evadirse de la realidad, en esta la muerte es considerada una forma de escapar ante los problemas o cargas que pueden presentarse durante nuestra vida.

Las proposiciones según el **CAM** para evidenciar la salida tenemos:

- La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.
- Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.
- Prefiero morir a vivir sin calidad.
- He pensado que no vale la pena vivir
- Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.

1.4. Fuerza y estructura de las actitudes

El concepto de fuerza de las actitudes se refiere a la capacidad de una actitud para ser relativamente estable y resistente en el tiempo, y con capacidad para predecir la conducta de las personas. Las actitudes, denominadas fuertes, tienen mayor probabilidad de producir estos resultados que aquellas a las que se conocen como actitudes débiles.

Se han identificado distintos indicadores objetivos y subjetivos de la fuerza de una actitud.

- Los indicadores objetivos más estudiados son extremosidad, accesibilidad, ambivalencia, estabilidad, resistencia, potencial predictivo sobre la conducta y grado de conocimiento asociado con el objeto de actitud.
- Los indicadores subjetivos tienen que ver, en la mayoría de los casos, con la estimación subjetiva o la percepción que las personas tienen de los indicadores objetivos.

1.5. Indicadores objetivos de la fuerza de las actitudes

Dentro de su clasificación mencionaremos la **extremosidad** y la **ambivalencia**, indicadores que tendrán mayor relevancia ante estudios de este tipo.

– **Extremosidad o polarización**

Este indicador se define mediante dos elementos, la dirección o valencia, y la intensidad o polaridad.

La dirección o valencia de las actitudes se refiere a la valoración positiva, neutra o negativa que la persona atribuye al objeto actitudinal.

Por ejemplo, mientras que una persona puede considerar el rap su estilo musical preferido (valencia positiva), otra puede mostrarse indiferente al no tener formada una actitud al respecto (valencia neutra) o incluso desagradarle totalmente (valencia negativa). La intensidad o polaridad de la actitud hace referencia a la magnitud, mayor o menor, de esa valencia. En una escala de actitudes de 7 puntos, donde los extremos son “no me gusta nada” y “me gusta mucho”, una persona que puntuara un 1 o un 7 tendría una actitud más extrema que otra persona que contestara con un 3 o un 4. Por tanto, las actitudes son más extremas o polarizadas en la medida en que se sitúen más cerca de los polos de una escala de evaluación.

– **Ambivalencia**

Cuando una persona mantiene de forma simultánea dos evaluaciones de signo opuesto hacia el mismo objeto de actitud se dice, entonces, que tiene una actitud ambivalente hacia dicho objeto (Thompson, Zanna y Griffin, 1995). Puesto que las personas tienden a mantener una cierta coherencia psicológica y evitar los posibles conflictos mentales, tener a la vez respuestas positivas y negativas hacia un mismo objeto puede resultar problemático y debilitar la actitud. La ambivalencia se puede evaluar midiendo por separado la respuesta positiva y negativa de la actitud. Cuanto más extremas y semejantes en intensidad son las evaluaciones, más ambivalente será la actitud. Por ejemplo, preguntamos a alguien que considere únicamente los aspectos positivos de su trabajo y nos diga en qué medida se encuentra satisfecho con él. A continuación le preguntaríamos que, teniendo en cuenta, únicamente, los aspectos negativos de su trabajo, valore en qué medida se encuentra insatisfecho al respecto.

Una persona puede ser ambivalente por tener a la vez evaluaciones positivas y negativas hacia el mismo objeto de actitud o por tener discrepancias internas entre los componentes afectivos, cognitivos y conductuales de la actitud o, incluso por tener, conflictos entre distintas actitudes relacionadas entre sí. Las actitudes ambivalentes no cumplen las funciones de orientación de la conducta, e impiden a las personas tomar decisiones sobre el objeto de actitud. Existen muchas formas para intentar resolver la ambivalencia, pero quizás la más estudiada sea la búsqueda de información adicional sobre el objeto de actitud en un intento por resolver el conflicto entre los aspectos positivos y negativos y así poder polarizarse en un sentido u otro, cuanto mayor es la ambivalencia de una persona en relación con un objeto de actitud, mayor es la probabilidad de procesar la información relacionada con dicho objeto, esto se hace posible a través de la capacidad para discriminar entre argumentos fuertes y débiles, (Briñolycols, 2006).

1.6. Evaluación de las actitudes

Son numerosos y diversos los procedimientos diseñados para medir actitudes, todos los cuales podrían clasificarse en dos grandes categorías, los procedimientos directos y los procedimientos indirectos. Los procedimientos directos consisten en preguntar directamente y explícitamente a las personas por las opiniones y evaluaciones que sustentan en relación a un determinado objeto de actitud. Los procedimientos indirectos tratan de conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él.

Dentro de los procedimientos directos se pueden destacar los siguientes instrumentos de medida:

- El Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957).
- La Escala de intervalos aparentemente iguales (Thurstone, 1928).
- La Escala de Likert (Likert, 1932).
- La Escala de clasificación de un solo ítem (La Piere, 1934).

A continuación detallaremos la escala de Likert la misma que será utilizada en la medición de las actitudes del presente estudio.

– Escala de Likert

Consiste en la presentación a la persona de una serie de afirmaciones relacionadas con el objeto de actitud, pidiéndole a la persona que exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas, marcando una de las alternativas que, para cada afirmación, dispone en la escala. En una descripción convencional, dichas alternativas, con sus puntuaciones correspondientes, serían, totalmente de acuerdo (5); de acuerdo (4); neutro (3); en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1). La puntuación final, que reflejará la actitud del sujeto, se halla obteniendo la media de las puntuaciones dadas a cada uno de los ítems (véase un ejemplo en el Cuadro 1).

Cuadro 1: Un ejemplo de un ítem de una Escala de Likert para medir actitudes hacia las plantas de energía nuclear.

Creo que las plantas nucleares son uno de los grandes peligros de las sociedades industriales

5 Totalmente De Acuerdo

4 De acuerdo

3 Indeciso

2 En Desacuerdo

1 Totalmente En Desacuerdo

– Instrumentos de medición de actitudes ante la muerte

Medir las actitudes hacia la muerte resulta ser una tarea compleja. Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la muerte entre los que podemos mencionar: la *Escala de Miedo a la Muerte* de Collett y Lester (1969); el *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte* de Gesser, Wong y Reker (1987, 1988); la *Escala de la Muerte* de Hooper y Spilka (1970).

Sin embargo es el *Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)* (Hernández, González, Fernández, Infante, 2002), el único instrumento que mide el amplio espectro de las actitudes. De esta forma podemos llegar a comprender mejor las actitudes que emergen ante un suceso de esta magnitud como lo es la muerte, comprendiendo así de forma más integrada la complejidad de ésta, es

de interés conocer que no sería fructífero estudiar el miedo a la muerte de modo aislado como lo hacen algunos instrumentos de evaluación. Por decirlo de otro modo, no es lo mismo una persona que tenga un bajo nivel de miedo a la muerte por creer en una vida feliz más allá de la muerte, a otra que considera la muerte como parte de un proceso de la vida.

2. TEORIA FRENTE AL FINAL DE LA VIDA

En la actualidad tanto la muerte como el nacimiento, constituyen los extremos de la existencia humana.

A través de la historia de enfermería se ha identificado el cuidado como el ser y la esencia de la profesión y se entiende como todas las acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o de los grupos; de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de la salud. Sin embargo también asisten a pacientes en estado terminal a quienes debe proporcionar cuidado humanizado sin escatimar el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad.

El interés y motivación de la enfermera por brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida se remonta a los orígenes de la profesión, bien es sabido como Florence Nightingale cuidaba de los soldados heridos en la guerra de Crimea proporcionándoles medidas de confort orientadas a mantener un entorno agradable manteniendo una adecuada ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y aislamiento del ruido; los acompañaba al bien morir incluso durante la noche, por eso se le conoce como la dama de la lámpara.

Pero quizá es a partir de Cecily Saunders, que dicho interés y preocupación se ha hecho más evidente, es así como diferentes enfermeras al profundizar en sus modelos y teorías enfatizan la importancia del cuidado a las personas que viven esta etapa; entre ellas se mencionan las siguientes: Virginia Henderson considera que la función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila.

Calixta Roy como resultado de sus estudios e investigaciones afirma que el objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación (fisiológico y físico, auto-concepto de grupo, desempeño del rol e interdependencia) y así contribuir a tener salud, una buena calidad de vida y a morir de una manera dignidad. En sus últimos escritos menciona “La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el stress, sino que es la capacidad de combatir todos ellos del mejor modo posible” (Marriner y Raile, 2011)

Moore y Ruland y la Teoría de la Muerte Tranquila

Esta teoría se basa principalmente en la experiencia que pudieron argumentar 5 profesionales del cuidado y sus experiencia con los pacientes terminales, éstas tenían como experiencia mínimo de cinco años de trabajo clínico. Estas investigaciones se basaron en las mejores prácticas y en los datos científicos obtenidos a través de las experiencias del dolor, bienestar, nutrición y relajación de cada uno de los pacientes. Los autores de la teoría trataron de recoger datos y establecerlos mediante la observación descrita, y que de ante mano van ligados al cuidado.

a. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría de la muerte tranquila

Se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces, en esta teoría la estructura-contexto es la familia del paciente terminal y cuidados por parte del profesional con el fin de generar en el paciente la ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad y respeto, paz interna y su nexos permanente con sus allegados, Además del buscar satisfacer sus preferencias

b. Metaparadigmas desarrollados en la teoría

–Persona

Los acontecimientos y sentimiento en el proceso del final tranquilo de la vida son de carácter personal e individual.

–Cuidado o enfermería

En el concepto de cuidado encontramos que se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar con el fin de mejorar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

–Salud

Se debe buscar el mayor esfuerzo posible en la culminación del dolor y las molestias sufridas por el paciente terminal además del promover su mejor estado de salud.

–Entorno

Desde el aspecto del entorno al paciente terminal se le debe proporcionar el mayor estado de armonía y calma por medio de su cercanía a sus allegados y el brindarle una atención efectiva y eficaz.

3. MUERTE Y MORIR

Los términos de la muerte y el morir no son sinónimos. Mientras que la muerte es un concepto abstracto; el morir es un proceso real, una actividad que se efectúa en una circunstancia determinada. (Samarel 1995)

La muerte para los seres humanos ha sido motivo para indagar no solo sobre ella sino también para aventurarnos a explorar lo que pudiese existir después de terminada la vida tal y como la conocemos. De hecho, el culto a los muertos entraña, entre sus múltiples posibilidades, un significado de inmortalidad, pues se apoya la convicción de que ese ser que ya no está en este mundo vive o está en otra dimensión. Desde Egipto con la construcción de las pirámides donde se mantenía y se preservaba el paso hacia la inmortalidad de los faraones, hasta nuestros días con los cultos de veneración y oración que se celebran en nuestros cementerios, pasando por múltiples culturas, otras épocas históricas y otros momentos de la humanidad, en todos estos casos el culto a los muertos ocupa un lugar importante en la vida cotidiana de las sociedades humanas. (Villamizar, 2002)

De acuerdo con la tradición judeo-cristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida. Sabemos que esta tradición rechaza recurrir a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado que se atribuye al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia. En efecto, lo que aquí se entiende por “derecho a una muerte digna” es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte. Esta afirmación lleva implícita la idea que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos –por así decirlo- impotentes (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida (Taboada, 2000)

Sin embargo, es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Por tanto, en relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a la libertad es la actitud que adoptemos ante ella. De acuerdo con esta observación, no siempre es fácil para los pacientes llegar a una actitud interior de aceptación, que les permita morir en paz. Por otro lado, es evidente que para comprender lo que una persona considera “morir bien”, se deben tomar en cuenta sus valores culturales y religiosos.

3.1. Contextualización sociocultural de la muerte

Muchas teorías antropológicas contemplan el proceso de morir como una transición de un estado social a otro, es decir; del viviente al no viviente. La necesidad de una conducta específica alrededor de los muertos fue debida a la aparición de determinadas creencias en relación con la muerte y especialmente con la posibilidad de supervivencia más allá de la misma. Para ello las diferentes grupos culturales han de gestionar este cambio de estatus de diferentes formas y ritos que conlleven a una mejor forma de “vivir”, en el más allá. Así se da lugar a ritos y rituales como que asegure delimitar el mundo de

los vivos y el de los muertos, asegurando también la transición de forma segura del alma, espíritu, o individuo de un estado a otro de existencia.

Los recursos históricos y antropológicos pueden resultar de gran utilidad si deseamos reconstruir el significado de la muerte, los rituales que la envuelven y las reacciones humanas ante ella. La representación y las actitudes ante la muerte se han visto modificadas en el tiempo y en las sociedades (Hartfiel, 2005)

Aunque la muerte es de hecho, algo que nos sucederá a todos, el proceso de morir y el duelo serán diferentes en función de las actitudes que cada individuo tenga ante la muerte. Las actitudes ante la muerte, el proceso de morir y el duelo van a estar estrechamente relacionadas con un proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. Podríamos decir que la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive. (Azulay, 2000)

Hoy con el avance de la medicina se sabe cómo aliviar en muchos casos el proceso de morir, se prolonga la vida, pero en la sociedad actual la muerte se ha convertido en un acto clandestino, como lo señalara Poch (2003) “Hoy en día se muere casi a escondidas”. Se fomentan actitudes de rechazo, negación, repulsión, miedo. Hablar de la muerte y del morir sigue siendo para muchos un tema tabú.

3.2. *Rol de la Enfermera en el cuidado del paciente moribundo*

Los conocimientos científicos y los avances tecnológicos para ofrecer cuidados, son la esencia del profesional de enfermería y al contar con ello es capaz de permitirse identificar las respuestas humanas frente a la enfermedad y adaptación al evento patológico, sin dejar a un lado la parte humana que también caracteriza a esta noble profesión.

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería gira alrededor de un ser humano frágil, indefenso, que requiere de una atención cálida, decente y solidaria, cuya atención debe estar soportada por la ética, los conocimientos científicos y ayudados por los avances tecnológicos. Es por eso que las

características del profesional de enfermería que trabaja en servicios de hospitalización deben ser: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana,(Vargas, 2007) complementándolas también como lo indica Aguinaga (2010) con destrezas como: capacidad de diálogo, escucha y acompañamiento; comprensión espiritual y apoyo; tolerancia a la vulnerabilidad propia, a la crisis, al dolor, al sufrimiento y a la muerte; preparación en la toma de decisiones y resolución de conflictos y dilemas en el final de la vida; y cercanía y educación a los familiares. Lo anterior son aspectos importantes para poder afrontar las situaciones y estimular el cuidado de manera asertiva y no hacia el abandono bajo el pretexto de que *“no hay nada que hacer”*

Desde el punto de vista ético como lo señala Aranda Otero (2007) en su artículo *“La Ética del Cuidado”*, el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en su más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia

Una de las tareas que el profesional de enfermería debe tomar como reto, es lograr la humanización del cuidado en las Unidades Intensivas, puesto que con la incorporación de avances tecnológicos hace que el paciente se vea de una manera reducida, reflejada en la despersonalización, entendida como la falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuida, como lo indica Solano M (2005): *“El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido”* (Lamberth, 1982)

Durante proceso de morir, y mientras el deceso resulta cada vez más una realidad inminente, la actividad muscular decrece y esto lleva a una hipotonía muscular generalizada que produce el *“perfil afilado”* y los *“estertores agónicos”* con o sin disnea acompañante, esta fase normalmente crea una enorme angustia y a veces los familiares se derrumban, están exhaustos. Por esto es fundamental prepararles, informando de la posible evolución del proceso y de lo que pueden hacer, hablar de todos sus miedos, dudas y de cómo actuar. La

familia debe de sentirse útil y saber qué hacer en esta dura fase que le espera. (Landa, 2004)

En esta etapa el profesional de enfermería tiene la obligación moral y profesional de descubrir las fuentes de dolor y sufrimiento que presenta el paciente y emplear todos los medios disponibles para permitirle el alivio que él desee, contribuyendo de esta manera a que el paciente pueda morir dignamente: asistido, aliviado, acompañado e informado y no agobiado por su agonía desentendida. Este gran reto es el que nos plantea el concepto de un buen morir: detectar el dolor total que abarca, además el dolor físico u otros síntomas, el dolor emocional, familiar, social y espiritual del paciente terminal. (Fonnegra 2003)

Las preguntas más comunes que surgen cuando un paciente está en agonía, según Centeno (2009) son:

¿Puede oírnos? El paciente sí puede oírnos. Por esto es importante estar con él, hablarle, tener cuidado con lo que se dice. Es conveniente que la habitación esté sin ruidos, y con poca gente acompañando.

¿Se da cuenta de lo que pasa? Normalmente no, aunque hay pacientes que están totalmente conscientes hasta el último momento.

¿Le tenemos que dar de comer o de beber? El enfermo no siente hambre y no necesita comer, a no ser que él lo solicite. Se le deben de dar líquidos en pequeñas cantidades si está consciente, y si no, humedecer la boca frecuentemente.

¿Le tenemos que seguir dando la medicación? Sí, se debe seguir con la medicación hasta el final, por ejemplo, los analgésicos. Cuando no se pueda usar la vía oral, se pueden dar por vía rectal o subcutánea.

¿Cuánto tiempo estará así? No lo sabemos con certeza, pero el final está cerca.

¿Qué pasa con los estertores? Se producen por acumulación de secreciones que el paciente no tiene fuerzas para expulsar, no suponen un

sufrimiento para el paciente, como tampoco lo son las previsibles fases de apnea (patrones de respiración) posteriores.

¿Qué hacemos si se muere? Asesorar sobre quién debe de certificar la muerte, avisar a la funeraria.

El proceso de morir es uno de los momentos más difíciles de cuidar en enfermería, pues exige una alta preparación profesional y un compromiso personal con el autocontrol, el autodominio y la vulnerabilidad, puesto que se enfrenta a difíciles dilemas éticos al abogar por el paciente herido o enfermo; cuando no conocemos nuestras propias reacciones ante este tipo de eventos, el profesional de enfermería se enfrenta al estrés laboral y, en la mayoría de los casos, al síndrome de burn-out, llevándolo a un desinterés y a un abandono personal que lleva a renunciar y a alejarse del cuidado de la muerte.

3.3. Efectos del sistema de la actitud de la muerte

Hemos señalado como en las últimas décadas se ha vivido en la sociedad occidental un profundo cambio. En este sentido la muerte ha pasado de ser un elemento inexcusable e inherente a la propia existencia a ser algo que nos resulta ajeno y que se oculta. Moreira y Liboa (2006) mencionan que; “Negar la muerte conlleva un serio problema, que es la falta de elaboración del duelo”. El hecho de que la muerte se niegue y oculte hace que los pacientes terminales, los moribundos y los familiares que van a sufrir el duelo queden relegados a la espera de un milagro que cambie su situación física sin que se atiendan las necesidades que presentan en esa situación, que es una muerte próxima.

En la mayoría de la población la enfermedad y la muerte son vividas más como un mal trance que como una experiencia inherente a la propia vida y que experimentadas adecuadamente constituyen una eficaz, aunque no por ello fácil, posibilidad de crecimiento emocional y personal. La finalidad del duelo es comprender el significado de la muerte, así como el sentido de sus propias vidas que le permitan elaborar la pérdida, quedándose con el recuerdo afectuoso.

Estos cambios culturales afectan en mayor o menor medida a los profesionales de salud y a las instituciones sanitarias. Glasser y Strauss señalan que los propios profesionales parecen evitar mediante sus conductas y comportamientos a aquellos pacientes que se encuentran cerca de la muerte. Ello se manifiesta en la atención que reciben los enfermos terminales, como si ya estuvieran muertos, aun cuando no lo están.

Allué (1993) muestra que en las instituciones sanitarias existe un fracaso en la gestión social y cultural del proceso de morir. La falta de apoyo y afectividad a los enfermos críticos y terminales, confirma que dentro del hospital no hay lugar para los soportes que no sean mecánicos y/o biológicos, ya que el enfermo se encuentra “socialmente muerto”

3.4. *Enfermería y la muerte*

En el currículum académico de las profesiones sanitarias rara vez figuran materias directamente relacionadas con la atención a pacientes moribundos o la muerte. El contacto con estas realidades, difíciles, que requieren una preparación específica, provoca un rechazo instintivo en el profesional. Hay que asumir que el acto asistencial no se limita a curar, sino también consiste en aliviar, consolar, rehabilitar y educar.

Como profesional de enfermería Mendoza (2005) comenta que desde el currículum académico, aunque la tendencia en la formación de enfermería es más humanitaria (en comparación con el área médica), adolece en cuanto a la falta de herramientas para el manejo afectivo del paciente "moribundo". El perfil profesional refuerza la negación de la muerte al considerar que la misión principal es mantener con vida a sus pacientes, este significado que le da a su función profesional podría ser definido por Parse e Isa Fonnegra (1997), como el sentido último de su existencia (deber ser y el deber hacer), por lo que la muerte de los pacientes la frustra. La negación de la muerte desde su construcción social tiene que ver con los avances médicos, de tal forma que después de varias décadas de haber sido concebida como un acto social integrador de la comunidad, pasa a ser un acto individual donde el ámbito

hospitalario se convierte en el lugar donde el paciente en fase terminal muere solo.

En cuanto a la forma de muerte del paciente, la experiencia no es la misma cuando éste muere en una sala de urgencias (muerte traumática) que en los casos donde su proceso de muerte les permite ir asimilando que el paciente va a fallecer. Fonnegra (1997) menciona que las pérdidas traumáticas se distinguen de las no traumáticas por cuanto las primeras inundan al sobreviviente con experiencias radicalmente ajenas a sus esquemas básicos de referencia, "Si es de una enfermedad terminal de un paciente que estuvo sufriendo, sientes paz... de que está descansando; si es una muerte traumática se siente frustración". "Hablar de la muerte con los pacientes sí me da miedo porque siento que los voy a desilusionar, no es lo que ellos esperan escuchar de mí. Para ellos somos su esperanza, aliento, su todo; hacen un ídolo de uno... como enfermera y tienen confianza, entonces al hablar con ellos de la muerte siento que los defraudaría y por eso sí tengo miedo de hablar," el hecho de que uno se guarde todo eso a veces causa angustia, coraje y dolor" pues las actitudes frecuentes del personal sanitario ante el evento de la muerte son: apartarse física o emocionalmente del moribundo para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente parece desagradable y amenazante. Esta segunda actitud la manifiestan retirándose físicamente cuando se cree estar con un moribundo, apartando la mirada del paciente terminal, cambiando de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte. Cabrera M (2009) por su parte menciona "de hecho el colectivo de enfermería padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada como por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte, considera además que la represión de sus sentimientos se relaciona con problemas de salud donde puede estar presente desde el cansancio hasta la muerte por cáncer. Cuando el cuerpo no logra la adaptación, las emociones influyen en la presencia de enfermedades." Así, las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, favoreciendo ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento.

Roca Perara (1993) menciona que las emociones juegan un papel sustancial en la existencia de las personas, en su salud, bienestar y calidad de vida. Y es que, como ningún otro constructo psicobiológico y al mismo tiempo psicosocial, la emoción expresa fuertemente tanto el significado que para las personas tienen los eventos que cotidianamente acontecen en su entorno, como la implicación que, en su totalidad, una persona tiene en las respuestas adaptativas eficaces a las demandas de su entorno.

La formación académica se percibe como una barrera para identificarse con las emociones ante la pérdida del paciente. Si bien esto es parte de una enseñanza implícita, también es cierto que la parte cultural sobre el manejo de este evento (sociedad negadora de la muerte) tiene mucho que ver sobre las actitudes y forma de experimentarlo. Culturalmente la muerte se maneja como un tabú de tal forma que se ha despersonalizado dejando que los hospitales se conviertan en un lugar aceptado para la muerte de los pacientes, física y de trabajo del personal, y que generalmente mueren sin la compañía de familiares y amigos.

e) MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo, permitió obtener datos susceptibles de cuantificación empleando el método estadístico, encargado de enfatizar cada atributo de las experiencias humanas, en relación a las actitudes que se adoptan por parte del personal de enfermería ante la muerte de pacientes hospitalizados.

Área de estudio

La investigación se realizó en los servicios de Cuidados Intensivos, Clínica, Cirugía, Centro Quirúrgico y Emergencia del Hospital General Isidro Ayora, ubicado en el área Urbana de la Ciudad de Loja, estos servicios brindan atención las 24 horas, y donde labora el personal de enfermería.

Población de estudio

El universo corresponde a 66 profesionales de enfermería que laboran en los servicios seleccionados para el estudio.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para el desarrollo de la investigación se aplicó la técnica de la encuesta la misma que estuvo apoyada en un instrumento denominado "CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE" (**CAM**) (*Hernández et al.2002*) estructurado a partir del artículo denominado Death Attitudes and Self-reported Health- relevant Behaviors. (Martin y Salovey, 1996) el mismo que fue modificado para el presente estudio seleccionando 25 proposiciones, distribuidas en 5 dimensiones que corresponden a diferentes componentes de las actitudes; cognitivo, afectivo y conductual ante la muerte: Comp. Cognoscitivo; basadas en las creencias de que la muerte es un **pasaje o tránsito (P)**, Comp. Afectivo **temor (T)** y el Comp. Conductual; **salida o solución (S)**, **evitación (E)**, **aceptación (A)**, cada proposición presento 5 alternativas de respuesta, que iban de un grado de mayor a menor adherencia a la afirmación, conocida también como escala de Likert. Las normas para que

un cuestionario pueda ser medido por esta escala es que conste de afirmaciones que pueden tener una dirección positiva o negativa compuesta por una sola relación lógica, y cinco opciones de respuesta para cada afirmación. La secuencia de respuestas es la siguiente:

- **TD= TOTALMENTE EN DESACUERDO**
- **D= ALGO EN DESACUERDO**
- **I= INDECISO**
- **A= ALGO DE ACUERDO**
- **TA=TOTALMENTE DE ACUERDO**

Se optó por esta escala por ser la más utilizada y de efectividad probada para medir las actitudes de las personas frente a una determinada situación, por una parte demuestra si la actitud está presente. En las proposiciones cuyas respuestas fueron los ítems: totalmente de acuerdo y mayormente de acuerdo se ubicaron en la columna (TA, A) y se le dio un valor numérico de 5 para su posterior tabulación, las afirmaciones cuya respuesta fue indiferente en la columna con la letra (I), representa que es nula la presencia de la actitud y su valor numérico es 3, y por último las proposiciones cuyas respuestas fueron: en desacuerdo o totalmente en desacuerdo se ubicaron como ítem de desacuerdo para la columna (TD, D) y adopto un valor referencial de 1.

Este instrumento fue aplicado a todo el personal de enfermería que labora en los servicios de Cuidados Intensivos, Clínica, Centro Quirúrgico, Cirugía Y Emergencia del Hospital General Isidro Ayora, además se garantizara en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información que pudiera ser obtenida. (Ver anexo 1)

Para el análisis e interpretación de los resultados de las encuestas se utilizó tablas de presentación y su discusión en Microsoft Word.

f) RESULTADOS

Tabla 1. **DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGUN SEXO**

SERVICIO	No.	SEXO	
		H	M
CENTRO QUIRÚRGICO	11	-	11
CLÍNICA	13	1	12
EMERGENCIA	15	3	12
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	13	2	11
CIRUGIA	14	-	14
TOTAL	66	6	60

Fuente: Hospital General Isidro Ayora (Listado de profesionales de enfermería por servicio)

Autor: José Malla Faicán

Tabla 2. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES FRENTE A LA MUERTE

Actitud Proposición			Totalmente en Desacuerdo o Algo Desacuerdo (TD-D)		Indeciso		Totalmente de Acuerdo Algo de Acuerdo (TA-A)		TOTAL
			f	%	f	%	f	%	%
Evitación	1	Pensar en la muerte es perder tiempo.	29	44	2	3	35	53	100
	8	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.	30	45	--	--	36	55	100
	17	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.	24	36	3	5	39	59	100
	22	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.	38	58	2	3	26	39	100
	32	Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.	43	65	--	--	23	35	100
Aceptación	2	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.	22	33	1	2	43	65	100
	7	Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.	24	36	2	3	40	61	100
	16	He pensado en mi muerte como un hecho imposible.	39	59	--	--	27	41	100
	23	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.	28	42	1	2	37	56	100
	27	Me siento más libre al aceptar mi muerte.	23	35	2	3	41	62	100
Temor	3	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.	39	59	4	6	23	35	100
	9	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.	43	65	1	2	22	33	100
	13	Yo temo morir joven.	28	42	--	--	38	58	100
	24	Encuentro difícil encarar la muerte.	23	35	2	3	41	62	100
	28	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte.	24	36	1	2	41	62	100
Pasaje	4	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	38	58	--	--	28	42	100
	10	Pienso que viviré después de mi muerte.	42	64	2	3	22	33	100
	18	Veo la muerte como un paso a la eternidad.	38	58	2	3	26	39	100
	25	Yo espero con placer la vida después de la muerte.	37	56	--	--	29	44	100
	29	Después de la muerte encontraré la felicidad.	33	50	1	2	32	48	100
Salida	5	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.	47	71	1	2	18	27	100
	14	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.	45	68	--	--	21	32	100
	15	Prefiero morir a vivir sin calidad.	44	67	2	3	20	30	100
	21	He pensado que no vale la pena vivir	50	76	--	--	16	24	100
	31	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.	27	41	--	--	39	59	100

Fuente: Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)

Autor: Revista Cubana Medicina General

Investigador: José Malla Faicán

Tabla 3. ACTITUD DE MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Actitud	Proposición	Totalmente en Desacuerdo Algo Desacuerdo (TD-D)	Totalmente de Acuerdo Algo de Acuerdo (TA-A)	Porcentajes (TA-A) mayores al 50%. Indicador de presencia de la actitud	
		%	%		
Evitación	1	Pensar en la muerte es perder tiempo.	44	53	53
	8	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.	45	55	55
	17	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.	36	59	59
	22	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.	58	39	
	32	Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.	65	35	
Aceptación	2	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.	33	65	65
	7	Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.	36	61	61
	16	He pensado en mi muerte como un hecho imposible.	59	41	
	23	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.	42	56	56
	27	Me siento más libre al aceptar mi muerte.	35	62	62
Temor	3	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.	59	35	
	9	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.	65	33	
	13	Yo temo morir joven.	42	58	58
	24	Encuentro difícil encarar la muerte.	35	62	62
	28	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediablemente a la muerte.	36	62	62
Pasaje	4	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	58	42	
	10	Pienso que viviré después de mi muerte.	64	33	
	18	Veo la muerte como un paso a la eternidad.	58	39	
	25	Yo espero con placer la vida después de la muerte.	56	44	
	29	Después de la muerte encontraré la felicidad.	50	48	
Salida	5	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.	71	27	
	14	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.	68	32	
	15	Prefiero morir a vivir sin calidad.	67	30	
	21	He pensado que no vale la pena vivir	76	24	
	31	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.	41	59	59

Fuente: Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)

Autor: Revista Cubana Medicina General

Investigador: José Malla Faicán

**GUÍA PARA AFRONTAR
UNA PÉRDIDA**



GUÍA PARA AFRONTAR UNA PÉRDIDA.



Aunque el dolor, la soledad y las dificultades que acompañan al duelo no tienen nada de “anormal”, hay algunos síntomas que deberían hacer que acudiéramos a un profesional o a alguna persona de nuestro entorno que pueda ayudarnos: médicos, guías espirituales, responsables de grupos de apoyo o profesionales de la salud mental. Ésta guía pretende ser un pilar fundamental al momento de brindar ayuda y confort, tanto para profesionales de enfermería como para familiares de pacientes moribundos. Para ello exponemos lo siguiente:

DIEZ PASOS PRÁCTICOS PARA ADAPTARSE A LA PÉRDIDA

Después de todo, ser profesionales de enfermería, no significa que somos ajenos al dolor que podemos sentir, ante la pérdida de un familiar o un paciente en nuestro trabajo. Estos pasos pueden ayudarnos de alguna forma a sobrellevar en algún momento de nuestra vida, situaciones de pérdida.

1. **Tomarse en serio las pequeñas pérdidas.** Dedicando tiempo a mostrar que nos preocupamos por un amigo que se muda lejos de nosotros o a vivir la tristeza que sentimos cuando dejamos una casa que se ha quedado grande o pequeña para nuestras necesidades, nos damos a nosotros mismos la oportunidad para “ensayar” nuestra adaptación a las pérdidas importantes de nuestras vidas. De un modo parecido, podemos utilizar la muerte de unos simples peces de colores como una “oportunidad para aprender”, instruyendo a los niños

sobre el significado de la muerte y su lugar en la vida, preparándoles para futuras pérdidas.

2. **Tomarse tiempo para sentir.** Aunque las pérdidas más importantes plantean toda una serie de exigencias prácticas que hacen que sea difícil “enfrascarnos” en nuestras reflexiones privadas, debemos encontrar algunos momentos de tranquilidad para estar solos y sin distracciones. Escribir en privado sobre nuestras experiencias y reflexiones en momentos de cambio puede ser una forma de mejorar nuestra sensación de alivio y comprensión.
3. **Encontrar formas sanas de descargar el estrés.** Prácticamente por definición, cualquier tipo de transición es estresante. Debemos buscar formas constructivas de dominar este estrés, ya sea a través de la actividad, el ejercicio, el entrenamiento en relajación o la oración.
4. **Dar sentido a la pérdida.** En lugar de intentar quitarnos de la cabeza cualquier pensamiento sobre la pérdida, es

mejor que nos permitamos obsesionarnos con ella. Intentando desterrar las imágenes dolorosas sólo conseguimos darles más poder. A medida que vamos elaborando una historia coherente de nuestra experiencia, vamos logrando una mayor perspectiva.

5. **Confiar en alguien.** Las cargas compartidas son menos pesadas. Debemos encontrar personas, que pueden ser familiares, amigos, religiosos o terapeutas, a las que podamos explicarles lo que estamos pasando sin que nos interrumpan con su propio “orden del día”. Lo mejor es aceptar con elegancia los gestos de apoyo y lo oídos dispuestos a escuchar, sabiendo que llegará un momento en que tendremos que devolver el favor.
6. **Dejar a un lado la necesidad de controlar a los demás.** Las otras personas afectadas por la pérdida tienen su propia manera de elaborarla y siguen su propio ritmo. No debemos obligarlas a adaptarse al camino que nosotros seguimos para elaborar nuestro dolor.

7. **Ritualizar la pérdida de un modo que tenga sentido para nosotros.** Si el funeral que se ha celebrado por el fallecimiento de nuestro ser querido no nos ha satisfecho, podemos preparar un acto que satisfaga nuestras necesidades. Hay maneras creativas de honrar las pérdidas no tradicionales que encajan con nosotros y con las transiciones que atravesamos.
8. **No resistir al cambio.** Las pérdidas de personas y roles que ocupan un papel central en nuestras vidas nos transforman para siempre. Lo mejor es abrazar estos cambios, buscando las oportunidades que presentan para el crecimiento, independientemente de lo agríduces que puedan resultar, esforzarnos por crecer con la experiencia de la pérdida, al mismo tiempo que reconocemos los aspectos en los que nos ha empobrecido.
9. **Cosechar el fruto de la pérdida.** La pérdida hace que revisemos nuestras prioridades vitales y podemos buscar oportunidades para aplicar lo que nos enseña

a proyectos y relaciones futuras. Debemos dejar que nuestras reflexiones constructivistas encuentren una forma de expresión en acciones adecuadas, quizás ayudando a otras personas que lo necesiten.

10. **Centrarse en las propias convicciones religiosas.**

Podemos utilizar la pérdida como una oportunidad para revisar y renovar las creencias religiosas y filosóficas que ya dábamos por supuestas, buscando una espiritualidad más profunda y templada.

COSAS QUE SE DEBEN Y QUE NO SE DEBEN HACER CUANDO SE AYUDA A UNA PERSONA QUE HA SUFRIDO UNA PÉRDIDA

COSAS QUE SE DEBEN HACER

1. **Abrir las puertas a la comunicación.** Si no sabe qué decir, pregunte: “¿cómo estás hoy?” o “he estado pensando en ti. ¿Cómo te está yendo?”

2. **Escuchar un 80% del tiempo y hablar un 20%.** Hay muy pocas personas que se tomen el tiempo necesario para escuchar las preocupaciones más profundas de otro individuo. Sea una de ellas. Tanto usted como la persona que ha sufrido la pérdida pueden aprender cosas en el proceso.
3. **Ofrecer ayudas concretas** y tomar la iniciativa de llamar a la persona. Si además respetamos la intimidad del superviviente, éste valorará nuestra ayuda concreta con las tareas de la vida cotidiana.
4. **Esperar “momentos difíciles” en el futuro**, con intentos activos de afrontar sentimientos y decisiones difíciles durante los meses que siguen a la pérdida.
5. **“Estar ahí”, acompañando a la persona.** Hay pocas normas para ayudar, aparte de la autenticidad y el cuidado.
6. **Hablar de nuestras propias pérdidas** y de cómo nos adaptamos a ellas. Aunque es posible que esa persona en

concreto tenga un estilo de afrontamiento diferente al nuestro, este tipo de revelaciones pueden servirle de ayuda.

- 7. Establecer un contacto físico adecuado**, poniendo el brazo sobre el hombro del otro o dándole un abrazo cuando fallan las palabras. Aprenda a sentirse cómodo con el silencio compartido, en lugar de parlotear intentando animar a la persona.
- 8. Ser paciente con la historia de la persona que ha sufrido la pérdida** y permitirle compartir sus recuerdos del ser querido. Esto fomenta una continuidad saludable en la orientación de la persona a un futuro que ha quedado transformado por la pérdida

COSAS QUE NO DEBEN HACER

- 1 Obligar a la persona que ha sufrido la pérdida a asumir un papel**, diciendo: “lo estás haciendo muy bien”.

Debemos dejar que la persona tenga sentimientos perturbadores sin tener la sensación de que nos está defraudando

- 2 Decirle a la persona que ha sufrido la pérdida que “tiene” que hacer.** En el mejor de los casos, esto refuerza la sensación de incapacidad de la persona y, en el peor, nuestro consejo puede ser “contraproducente”
- 3 Decir “llámame si necesitas algo”.** Este tipo de ofrecimientos suele declinarse y la persona que ha sufrido la pérdida capta la idea de que nuestro deseo implícito es que no se ponga en contacto con nosotros.
- 4 Sugerir que el tiempo cura todas las heridas.** Las heridas de la pérdida no se curan nunca por completo y el trabajo del duelo es más activo de lo que sugiere esta frase.
- 5 Hacer que sean otros quienes presten la ayuda.** Nuestra presencia y preocupación personal es lo que marca la diferencia.

- 6 **Decir: “sé cómo te sientes”.** Cada persona experimenta su dolor de una manera única, por lo que lo mejor que podemos hacer es invitar al afectado a compartir sus sentimientos, en lugar de dar por supuesto que los conocemos.
- 7 **Utilizar frases de consuelo**, como: “hay otros peces en el mar” o “los caminos del Señor son insondables”. Esto sólo convence a la persona de que nos preocupamos lo suficiente por entenderla.
- 8 **Intentar que la persona se dé prisa en superar su dolor** animándola a ocupar su tiempo, a regalar las posesiones del difunto, etc. El trabajo del duelo requiere tiempo y paciencia y no puede hacerse en un plazo de tiempo fijo.

¿Cuándo debería buscar ayuda?

Aunque cada persona debe tomar esta decisión libremente, debe plantearse seriamente hablar con alguien sobre su duelo si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- **Intensos sentimientos de culpa**, provocados por cosas diferentes a las que hizo o dejó de hacer en el momento de la muerte de su ser querido.
- **Pensamientos de suicidio** que van más allá del deseo pasivo de “estar muerto” o de poder reunirse con su ser querido.
- **Desesperación extrema**; la sensación de que por mucho que lo intente nunca va a poder recuperar una vida que valga la pena viva.
- **Inquietud o depresión prolongadas**, la sensación de estar “atrapado” o “ralentizado” mantenida a lo largo de períodos de varios meses de duración.
- **Síntomas físicos**, como la sensación de tener un cuchillo, clavado en el pecho o una pérdida sustancial de peso, que pueden representar una amenaza para su bienestar físico.

- **Ira incontrolada**, que hace que sus amigos y seres queridos se distancien o que le lleva “a planear venganza” de su pérdida.
- **Dificultades continuadas de funcionamiento** que se ponen de manifiesto en su incapacidad para conservar su trabajo o realizar las tareas domésticas necesarias para la vida cotidiana.
- **Abuso de sustancias**, confiando demasiado en las drogas o el alcohol para desterrar el dolor de la pérdida.

Aunque cualquiera de estos síntomas puede ser una característica de un proceso normal de duelo, su presencia continuada debe ser causa de preocupación y merece la atención de una persona que vaya más allá de las figuras de apoyo informal que suelen estar presentes en la vida de cada individuo.

Análisis.

Con respecto a la *Población Estudiada según el Sexo*, tenemos un grupo mayoritario del sexo femenino, con un total de 60 personas y un grupo de 6 personas de sexo masculino, dando un total de 66 profesionales de enfermería distribuidos en los diferentes servicios elegidos para el estudio. Debido a la diferencia numérica entre los profesionales de sexo masculino y femenino de la muestra no se ha podido obtener resultados susceptibles de cuantificación que permitan conocer las actitudes ante la muerte de acuerdo al sexo.

De acuerdo a las *Actitudes de los Profesionales frente a la Muerte*, se destaca lo siguiente:

En la dimensión de *Evitación* (Componente Conductual) se evidencia el alto nivel de respuestas positivas, en especial las proposiciones 17, 8 y 1 son las que alcanzan porcentajes importantes, lo que significa que; trabajar tan cerca de la muerte y que ésta esté presente de forma cotidiana puede ser un factor para que se den respuestas de rechazo ante la sola idea de pensar en ella.

En la dimensión *Aceptación* (Componente Conductual) ante la muerte, se puede observar un nivel alto de respuestas positivas en las proposiciones 2, 27, 7 y 23, en este contexto se destaca un sentido enriquecedor de crecimiento personal y libertad ante la idea misma de aceptar su muerte, esto ofrece la idea de una aceptación basada en el hecho de que la muerte es un suceso inalterable y se intenta sacar el máximo provecho a la vida.

En la dimensión de *Temor* (Componente Afectivo) ante la muerte, se muestran respuestas positivas, especialmente en la proposición 24, 28 y 13, Camilo José Cela dijo una vez “La muerte es dulce; pero su antesala, cruel,” es por ello que quizá el miedo que se genera ante la idea de la muerte bien puede estar influenciado por la idea preconcebida de padecer dolor, además de la angustia que se genera por pensar en que tenemos que dejar a nuestros seres queridos, de nunca volverlos a ver.

En la dimensión *Pasaje* (Componente Cognoscitivo) que toma la muerte como un tránsito a otro estadio de la vida, se refleja negatividad (ausencia de la

actitud) en sus respuestas, especialmente niveles altos de desacuerdo en las proposiciones 4, 10 y 18, este es un tema que resulta contradictorio al tomar en cuenta que en nuestra región y comunidad existe mucho apego y respeto hacia el credo religioso que profesan.

En la dimensión *Salida*, (Componente Conductual) que toma a la muerte como un escape o solución a la carga de la vida, se hace evidente la negatividad (ausencia de la actitud) en las respuestas a las diferentes proposiciones, estas respuestas que proporcionan los profesionales de enfermería pueden estar influenciadas por vivir en una sociedad que celebra la vida, y la educación profesional que; nos enseña a preservarla, Y hace que veamos la muerte como un acto cobarde mas no de rebeldía, a la cual suelen dirigirse algunas personas para acallar sus tormentos. “La muerte es un remedio, pero no debemos echar mano de él hasta última hora” (Molière)

En lo concerniente a la *Actitud de Mayor Frecuencia*, la actitud de *aceptación* que se encuentra dentro del componente conductual resulta ser la más frecuente entre la población investigada, por cuanto alcanza porcentajes elevados en 4 de las 5 proposiciones; lo que significa para los profesionales de enfermería, aceptar el fenómeno de la muerte; además tienen la firme creencia que su aceptación hará de ellos personas con mayor responsabilidad ante la vida.

g) DISCUSIÓN

La muerte, a pesar de que en la sociedad es vista como un suceso natural, sigue siendo experimentada por la mayoría de las personas y, sobre todo, profesionales de Enfermería como un hecho que causa un gran impacto emocional y cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, ya que despierta muchas respuestas de tipo cognitivo, afectivo o conductual.

En el presente estudio investigativo resulta notoria la frecuencia de respuestas positivas en la dimensión de *evitación*, esta afirma la posibilidad de nuestra muerte, y, se pone en evidencia que 59% de los profesionales de enfermería evitan pensar en la muerte pues lo consideran un acto morboso, sin embargo, en estudio realizado por Cinta (2009) se contrapone ante este resultado, pues, el 75% del personal de enfermería de aquel estudio manifestaron su desacuerdo (respuesta negativa) evidenciando que estos profesionales no evitan la muerte.

En la dimensión *aceptación* encontramos mayor nivel de aceptación entre las proposiciones planteadas, pues, 6 de cada 10 profesionales aceptan la idea de que inevitablemente van a morir, (idea que se contrapone ante lo que se resalta en la dimensión evitación “no pensar en la muerte”), estas afirmaciones destacan la idea de que su aceptación hará de ellos personas más felices, responsables y le da un significado a su vida, según estudio de Hernández (2002) las actitudes antes mencionadas se corroboran en reporte realizado en personal sanitario cubano en el cual se produjo la misma reacción, dándose como resultado que 6 de cada 10 profesionales encuestados aceptaban la muerte.

Entre los profesionales de enfermería se muestran respuestas positivas en la dimensión de *temor*, el 62% de estos profesionales afirman sentir miedo ante la posibilidad de encarar la muerte (proposición 24), Mendoza (2005) en sus resultados refiere que 57% de los profesionales de enfermería sienten temor hacia la muerte, especialmente hacia la idea de morir jóvenes, por su lado Kübler-Ross, menciona “*Creo que hay muchas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad. Uno de los hechos más importantes es que,*

hoy en día, el morir se convierte en algo solitario e impersonal porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar y llevado a toda prisa a una sala de urgencia”

Al considerar la muerte como un *pasaje* o tránsito a un lugar mejor la mayoría de encuestados presentan respuestas negativas (ausencia de la actitud) en todas sus proposiciones, la proposición 10 presenta 64% de negatividad en respuesta a; “Pienso que viviré después de mi muerte”, Cinta (2009) en su estudio, por su parte menciona que el 53% de su población estudiada presenta la actitud de *pasaje*, es decir, creen que después de la muerte encontrarán una vida mejor. Los encuestados en la presente investigación coinciden además que la muerte es tan solo el cese de las funciones vitales, es decir, no ven a ésta como una migración hacia un lugar de felicidad, mucho menos hacia la eternidad.

La muerte como *salida* o solución a la carga de la vida presenta fuerte negatividad en la mayoría de proposiciones, se puede observar que más de 2 terceras partes de encuestados prefieren vivir sin calidad que morir, Hernández (2002) por su parte refuerza este resultado pues en su estudio encontró que 8 de cada 10 encuestados no percibían la muerte como una salida o solución a los problemas de la vida. Aunque los profesionales encuestados sugirieron que la muerte bien podría ser una forma de ponerle fin al dolor, sufrimiento o padecimiento que aqueja mucho al paciente y/o familiares.

Por otro lado, al hacer una comparación del número de proposiciones con respuestas positivas de cada dimensión, se encuentra que la actitud *Aceptación*, en 4 de la 5 proposiciones alcanzan los porcentajes más significativos, lo que se traduce que es la más frecuente, si bien, el componente conductual poseía 3 dimensiones, solo la aceptación es una actitud que se encuentra entre estos profesionales. En la dimensión *temor* encontramos que la muerte es causa de miedo entre los profesionales de enfermería especialmente frente al momento definitivo de encarar la muerte.

h) CONCLUSIONES

Al culminar el presente trabajo de investigación puedo concluir lo siguiente:

- La actitud de *aceptación* que se encuentra dentro del componente conductual, resulta ser la más favorable al asistir a los pacientes en el momento del fallecimiento; también resulta ser la más frecuente y se distingue por ser la actitud de mayor influencia en los servicios hospitalarios investigados, seguida de la actitud de *temor y evitación*
- La mayoría de los profesionales no valoran a la muerte como un *Pasaje* o tránsito a una vida mejor, tampoco como una *Salida* o solución a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que; en determinados momentos puede ser un alivio al dolor o sufrimiento.
- De acuerdo al tercer objetivo específico, se ha elaborado una guía de afrontamiento ante la muerte; esta consta de pasos que permitirán a las enfermeras adaptarse a la muerte de pacientes y/o brindar ayuda a personas que han sufrido una pérdida, la misma fue entregada en los diferentes servicios del Hospital General Isidro Ayora donde se realizó el estudio.

i) RECOMENDACIONES

- Al culminar este estudio se hace evidente que en la formación profesional existe déficit en el abordaje de la problemática estudiada, haciéndose objetiva su inclusión en los diferentes programas, esto permitirá establecer pautas y criterios claros de; ¿cómo actuar ante situaciones como la muerte?, lo que incidiría positivamente en la práctica profesional y en la asistencia integral y humanizada; por lo tanto el afrontamiento ante la muerte de una forma correcta evitara el estrés, miedos y reflejar en los pacientes nuestra propia muerte.
- Se sugiere, que a partir de esta investigación, se tenga en cuenta realizar nuevos estudios con diferente enfoque, de tal manera que se obtenga amplia información científica, lo que permitirá desarrollar programas de intervención en las unidades de salud, que posibilite el desarrollo de actitudes acertadas frente al significado de la muerte y que sean reflejadas acertadamente en su diario que hacer profesional

j) BIBLIOGRAFÍA

- Aguinaga Benítez OW. (2010). Enfermería, muerte y duelo: un texto de reflexión académica. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá – Colombia; 23-136.
- Allué Martínez, M. (1993). La antropología de la muerte. Revista Rol de Enfermería, 179-180, 33-39.
- Aranda Otero DA. (2007). La Ética del Cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. Recuperado de: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articul%20del%20cuidado.htm>
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de la enfermedad terminal y en el proceso de la muerte. Medicina Paliativa, 7, 145-156.
- Cabrera Maza, Maritza. et al. (2009). Actitud del Personal de Enfermería ante la muerte de Pacientes, Concepción, Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>
- Cassem, N.H.(1974). Muerte y negación. En Autores varios. Sociología de la muerte. Madrid: Sala
- Centeno C. (2009). Manual de Cuidados Paliativos, Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado de: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/medicina-paliativa/ultimoasdias>
- Cinta Sánchez, A. (2009). Actitud tanatología de enfermería con pacientes en etapa terminal. (Tesis de licenciatura en Enfermería. Universidad Veracruzana. Facultad de enfermería). Recuperado de: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30064/1/AngelicaCintaSan.pdf>
- Colell Brunet, Ramón. (2003) Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte I la enfermedad terminal. Revista Investigación en Salud, vol. V N°2, Universidad de Guadalajara, México

- Cornelia M. Ruland, Shirley M. Moore; Teoría del Final tranquilo de la vida; Alligood, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería séptima edición. (2011). Capítulo 23, (página 754). Elsevier
- Cruz Quintana, F., García Caro, M. P., Schmidt Rio-Valle, J., Navarro Rivera, M. C. y Prados Peña, D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. Revista Rol de Enfermería, 24, 664-668.
- Eiser, j. Richard. (1988). Psicología social, actitudes, cognición y conducta social. México. Ed. Mac Graw-Hill.
- *Esparza I. (2000). Actitud de la enfermera ante el paciente en agonía y muerte. Rev. La Salud en Durango; II (Noviembre – abril): 19-24. Recuperado de: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=88&id_ejemplar=1277, file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dg011-04.pdf*
- Galindo, G. C. (2004). Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota. Colombia.
- Godoy García JE. (2008) Miscelánea Cartas al Director: Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. Rev. Index Enferm. 17 (4). *Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400017&script=sci_arttext*
- *Gómez, M. (2006). El Hombre y el Médico Ante la Muerte. Ediciones Arán. Madrid. España. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf*
- *Hartfiel, M. (2005). La construcción social de la muerte. Una mirada actual. Apuntes de cátedra: Desarrollo humano y actividad física. Magister en salud y bienestar humano. Recuperado de: www.cucaiba.gba.gov.ar/002.htm.*
- *Hernández, G. González, V. Fernández, Luis. Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. Revista Cubana de Medicina*

General Integral, 18(1), 22-32. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100004&lng=es&tlng=es.

- *Isa Fonnegra de Jaramillo. (1997). “Introducción al Proceso de morir y la muerte. Última etapa del desarrollo humano”, Fundación OMEGA, Bogotá,*
- *Isa Fonnegra de Jaramillo. (2003). De cara a la muerte: cómo afrontar la penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Editorial Planeta.: 141.*
- *Jack H. Curtis (1962). Psicología Social. Ediciones Grijalbo SA – Barcelona*
- *Kübler-Ross E. (1969). On death and dying. NY: The Macmillan Company,. Recuperado de: <http://bibliotecaparaalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH200a.dir/doc.pdf>*
- *Kübler-Ross, E. (2012). La muerte: Un amanecer (Tercera ed.). Barcelona, España: Océano, S.L. pp.26-41*
- *Landa Petralanda V, García García JA. (2004). El duelo. Guía Clínica. Grupo de estudios de duelo Vizcaya. Recuperado de: <http://www.infogerontologia.com/documentos/patologiaduelo.doc>*
- *Manuel Sureda González. (2003). Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. Asociación Catalana de Estudios Bioéticos. Recuperado de: <http://www.aceb.org/term.htm>*
- *Martin CH, Salovey P. Death attitudes and self-reported health relevant behaviors. J of Health Psychology, Sage Publications, 1 (4), 1996:441-53. Recuperado de: <http://hpq.sagepub.com/content/1/4/441.short>*
- *Mendoza M, Peraza Y, Pineda S. (2005). Factores que Influyen en la Actitud del Personal de Enfermería, Ante la Muerte de los Pacientes. Investigación 35 aplicada a la enfermería. Recuperado de: <http://bibmed.ucla.edu/ve/cgi>*

- Morales, J. F.; Rebollo, E. y Moya, M. (1995). *Actitudes*. En Morales, J. F. (Ed.) *Psicología Social* (pp. 496-523). Madrid: McGraw-Hill
- Moreira, A. y Lisboa, M. T. (2006). *La muerte- entre el público y el privado: reflexiones para la práctica profesional de enfermería*. *Revista Enfermagem. UERJ*, 14 (3), 447-454.
- Murrain Knudson, E. (2005). *La enfermería y la muerte*. *Rev. Persona y Bioética.*; 9 (24): 101-104. Recuperado de : <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/909/2249>
- Oviedo Soto, S.J., Parra Falcón, F.M., & Marquina Volcanes, M.. (2009). *La muerte y el duelo*. *Enfermería Global*, (15) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100015&lng=es&tlng=es.
- Poch, C. (2003). *Hoy en día se muere casi a escondidas*. Recuperado de: <http://www.unav.es/capellania/fluvium/textos/documentacion/eti185.htm>
- Roca Perara, Miguel Ángel. (1993). *Emociones y Salud Humana*, La Habana-Cuba
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas. ISBN.
- Roy, Calixta en; Marriner Tomey, Ann y Raile Alligood, Martha. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Séptima Edición. Traducción al español Elsevier España S. A.
- Samarel, N. (1995). *The dying process*. En H. Wass y R.A. Neimeyer, (eds.) *Dying. Facing the facts*. (3º ed. pp. 89-116). Washington: Taylor & Francis
- Sánchez Fernández, Sebastián; Mesa Franco, M^a Carmen; Cabo Hernández, José M. *Construcción de escalas de actitudes de tolerancia y cooperación para un contexto multicultural*. Enseñanza, 1996.

- *Taboada, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. Acta Bioethica; año VI, n°1 Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007*

- *Vargas Daza ER, Pacheco Rodríguez A, Arella Martínez M, Martínez González L, Galicia Rodríguez L. (2008). Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal.. Rev Enferm IMSS -Méx-. 2008; 116 (1): 37-44. Recuperado de: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/7377/3/M%C3%93NICA%20LILIANA%20L%C3%93PEZ%20%28T%29%20FINAL.pdf>*

- *Vargas Toloza R. E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid; 4 (4): 21 – 27.*

- *Villamizar Rodriguez E. (2002). El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 2, pp. 66-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510207>*

k) ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) tomado de Revista Cubana Medicina General

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal. Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte del personal de enfermería, se ha diseñado este instrumento.

Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de **desacuerdo o acuerdo** que tiene Ud. con cada una de las proposiciones.

TD= TOTALMENTE EN DESACUERDO
D= ALGO EN DESACUERDO
I= INDECISO
A= ALGO DE ACUERDO
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

Para mayor confiabilidad en los resultados del presente cuestionario evite responder en el ítem (I) de indeciso

El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala.

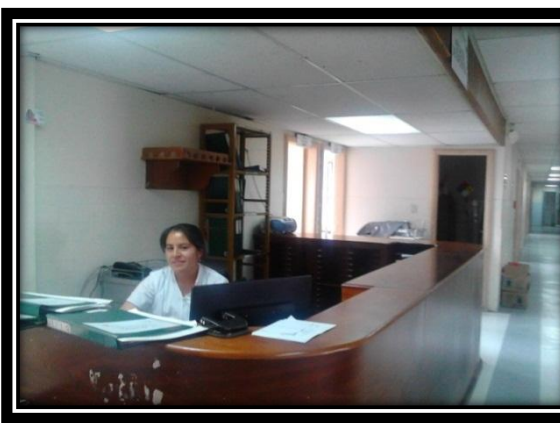
No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.

Servicio donde labora _____

		TD	D	I	A	TA
E	1. Pensar en la muerte es perder tiempo.					
A	2. La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.					
T	3. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.					
P	4. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.					
S	5. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.					
PP	6. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.					
A	7. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.					
E	8. Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.					
T	9. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.					
P	10. Pienso que viviré después de mi muerte.					
PP	11. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.					
PP	12. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.					
T	13. Yo temo morir joven.					
S	14. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.					
S	15. Prefiero morir a vivir sin calidad.					
A	16. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.					
E	17. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.					
P	18. Veo la muerte como un paso a la eternidad.					
PP	19. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.					
PP	20. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.					
S	21. He pensado que no vale la pena vivir.					
E	22. No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.					
A	23. Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.					
T	24. Encuentro difícil encarar la muerte.					
P	25. Yo espero con placer la vida después de la muerte.					
PP	26. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.					
A	27. Me siento más libre al aceptar mi muerte.					
T	28. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte.					
P	29. Después de la muerte encontraré la felicidad.					
PP	30. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.					
S	31. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.					
E	32. Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.					
PP	33. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.					

Fuente: (CAM) Revista Cubana Medicina General, Ciudad de La Habana

ANEXO II
MEMORIA GRAFICA



ANEXO III
AUTORIZACIÓN

AutORIZADO:
Sras Enfermeras Jefes de departamentos
deben brindar las facilidades para aplicar encuestas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Of. N° 039 - CCE-ASH-UNL
Loja, 12 de enero de 2016.

Ing. Byrón Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA
Presente

De mi consideración



Con un cordial saludo me dirijo a Usted, con la finalidad de solicitarle muy comedidamente se conceda la autorización respectiva a fin de que el señor José Malla Faican, estudiante de la Carrera de Enfermería ASH-UNL, pueda aplicar el instrumento de recolección de datos a los profesionales de enfermería del HIA que laboran en los servicios de clínica, cirugía, emergencia, centro quirúrgico, y la unidad de cuidados intensivos, y así el estudiante pueda continuar con el desarrollo de su investigación titulada "ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, previo a obtener el título de Licenciado en Enfermería.

Por la atención a la presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente


Lic. Judith Francisco Pérez. Mg. Sc. PhD.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

JFP/Elaborado por: Dra. Elsa Pineda

C.c. Archivo.


HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a 26 de enero de 2016
Firma: *D.B.*
SECRETARÍA DE GERENCIA

Recib: 26-01-2016
15 H 30'
Recib

ANEXO IV
PROYECTO DE TESIS

a) TEMA

“ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”

b) PROBLEMA

En los servicios de quirófano, cuidados intensivos, clínica, cirugía y emergencia, la muerte es una situación que el personal de salud vive a diario y enfermería está inmersa en este contexto. Para Galindo (2004), “la muerte inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte”,¹ y esto es confirmado por Daza ER, Pacheco Rodríguez A, Galicia Rodríguez L (2008) y Silva FS, Pachemshy LR, (2009), aludiendo que los profesionales de enfermería tratan de permanecer distantes a este fenómeno, a veces conscientemente, debido a la angustia emocional que desencadena esta situación. Las enfermeras viven el proceso de muerte con miedo a la pérdida, manifestado con dolor, impotencia y tristeza.² La causa de muerte, el tiempo que duró el proceso, el tiempo que estuvo hospitalizado, la edad del paciente, el tipo de atención recibida, tienen relación con la intensidad de la pérdida de acuerdo a sus esquemas generales de vida (empatía).

La percepción e integración de estos aspectos tiene relación con lo que dice Parse³ sobre el esquema de relaciones que se dan a partir del encuentro con otro(a) y que transforman la autopercepción y las situaciones que se producen durante esa relación.

¹ Galindo, G. C. (2004). Ethos Vital y Dignidad Humana. Colección Bioética. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.

² Vargas Daza ER, Pacheco Rodríguez A, Arella Martínez M, Martínez González L, Galicia Rodríguez L. Percepción de enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. 2008. Rev Enferm IMSS - Méx-. 2008; 116 (1): 37-44. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/7377/3/M%C3%93NICA%20LILIANA%20L%C3%93PEZ%20%28T%29%20FINAL.pdf>

³ Parse, Rizzo. El perfil profesional de las enfermeras.1981

Gómez en 2005 destaca que el 94% de los integrantes del equipo interdisciplinario de salud manifestaban tener serias dificultades para informar al paciente sobre la gravedad de su enfermedad o la proximidad de su muerte y el 76% señalaba que sus relaciones con los pacientes eran habitualmente incómodas. Se demostraba que estos profesionales responden a su ansiedad y a la falta de preparación para el manejo del duelo, con mecanismos de defensa inadecuados, sobre todo ira y actitudes negativas, cuando se enfrentan con pacientes que van a morir, dando lugar al duelo anticipado por la muerte.⁴

Existe una tendencia a la ocultación y evasión en el tema de la muerte, debido a la falta de conocimiento sobre el significado y representación de este fenómeno, generando inseguridad en el modo de actuar como profesional de enfermería, como lo indica Esparza (2000) en su investigación: “La enfermera para ocultar su dolor, frustración y pena, adopta una actitud deshumanizada o inhumana como bloqueo para no producirse daño emocional, dedicándose únicamente a cumplir los cuidados asignados”⁵

Murray Knudson (*La enfermería y la Muerte*), nos invita como profesionales de enfermería a recapacitar sobre la práctica diaria de nuestra profesión frente a eventos como la muerte y el grado de compromiso que tenemos como profesionales de para brindar nuestra ayuda y soporte a la familia.⁶

En Ecuador aun en la actualidad y con el avance de conocimientos y tecnologías se ha hecho de lado el interesarse por este tipo de conceptos, pues mientras se estructuraba el presente trabajo de investigación no se ha podido rescatar artículos que se relacionen con las actitudes frente al proceso de morir, Loja pese a que cuenta con universidades con trayectorias destacables en investigación, no ha tenido mayor interés en realizar artículos en el marco

⁴ Gómez, M. *El Hombre y el Médico Ante la Muerte*. Ediciones Arán. Madrid. España. (2006). Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf

⁵ Esparza I. *Actitud de la enfermera ante el paciente en agonía y muerte*. Rev. La Salud en Durango 2000; II (Noviembre – abril): 19-24. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=88&id_ejemplar=1277, file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dg011-04.pdf

⁶ Murray Knudson E. *La enfermería y la muerte*. Rev. Persona y Bioética. 2005; 9 (24): 101-104. disponible en : <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/909/2249>

de este tema, además en la elaboración del plan académico de estudios temas como éste no se encuentran planificados durante el nivel de pregrado, quizá porque aun en la actualidad la muerte es conocida como una situación poco agradable, o porque el equipo de salud a lo largo de sus estudios ha de ser formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar enfermedades, sanar y/o rehabilitar enfermos, aplacar el dolor; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales.

Los datos antes descritos muestran el verdadero problema en relación a la forma de actuar del personal de enfermería ante el proceso de la muerte y bajo esta perspectiva surge las siguientes interrogantes:

- ¿Afecta al personal de enfermería el fallecimiento de pacientes en el Hospital Isidro Ayora?
- ¿Qué tipo de actitudes adopta el profesional de enfermería ante el fallecimiento de pacientes?
- ¿Qué actitud prevalece entre los profesionales de enfermería ante el fallecimiento de pacientes?

Las interrogantes antes descritas permiten plantear el siguiente problema de investigación, el mismo que consiste en: Determinar las actitudes del profesional de enfermería ante fallecimiento de pacientes en el Hospital General Isidro Ayora.

c) JUSTIFICACIÓN

Inevitablemente, la muerte es un ciclo más de todo ser humano, y constituye la culminación del proceso vital. Aunque incierta en el cuándo y cómo ha de producirse, marca el cómo vivimos la muerte del otro, y cuando es cercana tiene aún mayor impacto en quienes pueden presenciarla, desatando un proceso reflexivo en torno a nuestra propia muerte.

La inminencia ante la muerte, es una situación que los trabajadores de la salud y en especial el personal de enfermería esta expuesto a enfrentar. Esta situación como lo señalan diferentes investigaciones, produce riesgo para la salud física y mental del profesional, además desencadena miedo, ansiedad, incertidumbre, impotencia y frustración, llevándolo a actitudes de huida, ira o negación, las cuales se reflejan en el cumplimiento de los cuidados asignados, pudiendo producirse deficiencia en la calidad del cuidado que se ofrece en los servicios, ya que se está preparado para cuidar la vida y no la muerte.

Conocer el significado que tiene la muerte para el profesional de enfermería reviste gran importancia por la forma en cómo éste influye en la relación interpersonal y atención de enfermería con pacientes y familiares, fortaleciendo la humanización de la atención durante el proceso de la muerte, que implica procurar atención al moribundo, función presente desde el origen de la profesión. “Sólo si se es consciente de nuestra responsabilidad como cuidadores en esos importantes momentos podremos superar los obstáculos circunstanciales que se puedan presentar y desplegar, con generosidad y profesionalidad, nuestros mejores recursos”⁷

En lo académico, las experiencias, vivencias y emociones que viven frente a la muerte y temor hacia la propia muerte de los profesionales de enfermería nos ponen en evidencia temas de interés en los que se puede trabajar durante la formación de pregrado y desempeño profesional, temas relacionados con una formación específica de enfermería en los procesos vinculados con la

⁷ Godoy García JE. Miscelánea Cartas al Director: Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI. Aportación de Enfermería. Rev. Index Enferm. [en línea] 2008 [fecha de acceso 17 de mayo de 2011]; 17 (4). URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400017&script=sci_arttext

muerte y el duelo, todo ello para precautelar la salud psíquica y mental del profesional y a su vez prestar una mejor atención al paciente y a la familia en situaciones de agonía, como las presenciadas en enfermedades avanzadas y terminales. Debido a que el proceso de la muerte está aún impregnado del “modelo biomédico”; todavía hay profesionales que consideran la muerte como un fracaso de la medicina y en muchos sectores de nuestra sociedad aquello que concierne a la muerte se tapa y esconde.⁸

Para los servicios donde se realizara el presente estudio, los resultados de esta investigación serán de gran utilidad pues permitirán conocer las experiencias de los profesionales de enfermería ante la muerte de los pacientes y, por consiguiente, desarrollar un plan de estrategias de afrontamiento para enfermería, profesión que se enfrenta a la muerte en su cotidiano quehacer, lo cual redundará en una mejor atención de los pacientes moribundos. Se afirma que las enfermeras requieren de apoyo para proporcionar el cuidado a estos pacientes en inminencia de muerte, ya que ésta experiencia resulta sumamente estresante y el sistema de apoyo que se necesita puede proporcionarlo un programa, es así, que se busca la oportunidad de fortalecimiento en este ámbito, y se ha previsto desarrollar el presente estudio titulado **“ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE FALLECIMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA”**

8 Carmona Z, Bracho C. La muerte, el duelo y el equipo de salud. Rev. De Salud Pública 2008; XII (2): 14-23.

d) OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar las actitudes de las/los profesionales de enfermería, frente a la muerte de pacientes ingresados a los servicios de Cirugía, Clínica, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico del Hospital General Isidro Ayora durante el período Agosto 2015 Marzo 2016

Objetivos específicos.

- Identificar las diferentes actitudes ante la muerte en enfermeras de los servicios de Cirugía, Clínica, Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico del Hospital General Isidro Ayora
- Conocer cuál es la actitud de mayor frecuencia en el personal de enfermería frente a la muerte
- Elaborar una guía de afrontamiento frente a la muerte, dirigida al personal de enfermería que labora en el Hospital General Isidro Ayora

e) MARCO TEORICO

1) Teoría del final tranquilo de la vida

En la actualidad tanto la muerte como el nacimiento, constituyen los contornos de la existencia humana y son fuente inagotable de preguntas últimas de sentido, es decir, de reflexiones radicales acerca de la naturaleza humana y su finalidad. Enfrentarnos al final de la vida produce diferentes sentimientos.

A través de la historia de enfermería se ha identificado el CUIDADO como el ser y la esencia de la profesión y se entiende como todas las acciones que realiza el profesional de enfermería con el fin de incentivar o potencializar los recursos individuales y colectivos de la persona o de los grupos; de manera que se constituya en un agente central, activo, decidido y autónomo de su propia salud.

El personal enfermero analiza la situación por la cual se está presentando e intervienen de la forma más correcta sin ser exagerados, para conseguir una actitud tranquila y serena frente al proceso de la muerte.

Se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar para asegurar su integridad.

El interés y motivación de la enfermera por brindar un cuidado integral a la persona al final de la vida se remonta a los orígenes de la profesión, bien es sabido como Florence Nightingale cuidaba de los soldados heridos en la guerra de Crimea proporcionándoles medidas de confort orientadas a mantener un entorno agradable manteniendo una adecuada ventilación, calor, luz, dieta, limpieza y aislamiento del ruido; los acompañaba al bien morir incluso durante la noche, por eso se le conoce como la dama de la lámpara.

Pero quizá es a partir de Cecily Saunders, que dicho interés y preocupación se ha hecho más evidente, es así como diferentes enfermeras al profundizar en sus modelos y teorías enfatizan la importancia del cuidado a las personas que viven esta etapa; entre ellas se mencionan las siguientes: Virginia Henderson

considera que la función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana en la “realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila”.

Calixta Roy⁹ como resultado de sus estudios e investigaciones afirma que el objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación (fisiológico y físico, auto-concepto de grupo, desempeño del rol e interdependencia) y así contribuir a tener salud, una buena calidad de vida y a morir de una manera dignidad. En sus últimos escritos menciona “La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el stress, sino que es la capacidad de combatir todos ellos del mejor modo posible”

Shirley M. Moore y Cornelia M. Ruland¹⁰ y la teoría de la muerte tranquila

Esta teoría se basa principalmente en la experiencia que pudieron argumentar 5 profesionales del cuidado y sus experiencia con los pacientes terminales, éstas tenían como experiencia mínimo de cinco años de trabajo clínico. Estas investigaciones se basaron en las mejores prácticas y en los datos científicos obtenidos a través de las experiencias del dolor, bienestar, nutrición y relajación de cada uno de los pacientes. Los autores de la teoría trataron de recoger datos y establecerlos mediante la observación descrita, y que de ante mano van ligados al cuidado.

1.1 Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

Se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces, en esta teoría la estructura- contexto es la familia del paciente terminal y cuidados por parte del profesional con el fin de generar en el paciente la ausencia del dolor, sentir bienestar, dignidad y respeto, paz

⁹ ROY, Calixta Sor en MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Modelos y Teorías de Enfermería. Quinta Edición. Traducción al español Elsevier España S. A. 20003

¹⁰ Cornelia M. Ruland, Shirley M. Moore; Teoría del Final tranquilo de la vida; Alligood, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería séptima edición. Capítulo 23, (página 754). Elsevier)

interna y su nexo permanente con sus allegados, Además del buscar satisfacer sus preferencias

1.2 Conceptos principales y definiciones

Ausencia de dolor:

El fundamento del FV es procurarle y evitarle dolor al paciente o de las sintomatologías procedentes de enfermedad. El dolor se conceptualiza como una emoción sensorial o pasajera que denota cierto grado de incomodidad. En este concepto se busca que el paciente esté libre de todo tipo de sufrimiento o molestia ya que el dolor se considera como una experiencia desagradable desde un ámbito emocional o sensorial.

Experiencia de Bienestar:

Se define como el alivio de la molestia, el descanso ante una incomodidad y estas forman parte de una vida fácil y placentera como finalidad de un estado de bienestar.

Experiencia de Dignidad y Respeto:

Se toma el valor de la persona como principio ético y de respeto, y se da protección a aquellas que dependen de los demás. Busca exponer al paciente terminal como alguien con autonomía y merecedor de respeto sin descartar su derecho a la protección tras su estado de incapacidad.

Estado de Tranquilidad:

Se define como el sentimiento de calma, quietud, no hay ansiedad por nada, libre de ataduras en la parte física, psicológica y espiritual.

1.3 Metaparadigmas desarrollados en la teoría

Persona

Los acontecimientos y sentimiento en el proceso del final tranquilo de la vida son de carácter personal e individual.

Cuidado o enfermería

En el concepto de cuidado encontramos que se debe proporcionar el mayor cuidado posible para el paciente terminal mediante el uso de tecnologías y medidas de bienestar con el fin de mejorar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

Salud

Se debe buscar el mayor esfuerzo posible en la culminación del dolor y las molestias sufridas por el paciente terminal además del promover su mejor estado de salud.

Entorno

Desde el aspecto del entorno al paciente terminal se le debe proporcionar el mayor estado de armonía y calma por medio de su cercanía a sus allegados y el brindarle una atención efectiva y eficaz.

1.4 Afirmaciones teóricas

Se identificaron seis conceptos que tiene una gran intervención en la teoría del final tranquilo de la vida

- 1 Contribuir a la culminación del dolor del paciente terminal por medio de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas
- 2 Prevenir, controlar y aliviar todo tipo de molestias físicas por medio del reposo y satisfacción para contribuir al bienestar del paciente terminal
- 3 Se debe realizar una correcta inclusión tanto del paciente como sus allegados en latona de decisiones conforme a su cuidado, además del tratar al paciente terminal con respeto y dignidad
- 4 Para mejorar el estado de tranquilidad del paciente terminal se debe satisfacer sus necesidades ansiolíticas al igual que inspirar confianza y apoyo emocional.
- 5 El cuidado del paciente terminal también puede ser atendido por sus allegado con el fin de mejorar su proximidad con su familia

- 6 La culminación del dolor, bienestar, paz interior, dignidad y respeto, y proximidad a sus allegados contribuye al final tranquilo de la vida en el paciente terminal.

1.5 *Forma lógica*

Esta teoría fue desarrollada desde un ámbito inductivo y deductivo a partir del concepto del cuidado y del papel que debe desempeñar el profesional en enfermería, adicionalmente a esto, esta teoría fue generada como necesidad a una falta de dirección para tratar el complejo cuidado de los pacientes terminales, como el manejo correcto del dolor o manejo del ambiente en el cual se desarrolla todo este proceso del final de la vida.

1.6 *Aceptación por parte de la comunidad enfermera*

Práctica profesional

Si bien por el momento esta teoría es constantemente utilizada parte de la comunidad profesional de enfermería en hospitales europeos con la finalidad de encontrar un medio para mejorar la toma de decisiones al final de la vida en adultos gravemente enfermos, en nuestro medio queda aún mucho por hacer, pues durante el cuidado directo

Formación

Actualmente la teoría del final tranquilo de la vida ha sido integrada en el curso del profesional en enfermería centrada en el concepto del cuidado del paciente y la familia, sin embargo en nuestro medio una mayor difusión en las aulas de formación académica permitirían un mejor desarrollo de esta teoría

Investigación:

Al ser una teoría que ofrece buenos resultados al ser aplicada se la puede considerar para investigaciones posteriores.

2) Rol de la Enfermera en el cuidado del paciente moribundo

Los conocimientos científicos y los avances tecnológicos para ofrecer cuidados, son la esencia del profesional de enfermería y al contar con ello es capaz de permitirse identificar las respuestas humanas frente a la enfermedad y adaptación al evento patológico, sin dejar a un lado la parte humana que también caracteriza a esta noble profesión.

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería gira alrededor de un ser humano frágil, indefenso, que requiere de una atención cálida, decente y solidaria, cuya atención debe estar soportada por la ética, los conocimientos científicos y ayudados por los avances tecnológicos. Es por eso que las características del profesional de enfermería que trabaja en la unidad de cuidado intensivo deben ser: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana,¹¹ complementándolas también como lo indica Aguinaga con destrezas como: capacidad de diálogo, escucha y acompañamiento; comprensión espiritual y apoyo; tolerancia a la vulnerabilidad propia, a la crisis, al dolor, al sufrimiento y a la muerte; preparación en la toma de decisiones y resolución de conflictos y dilemas en el final de la vida; y cercanía y educación a los familiares. Lo anterior son aspectos importantes para poder afrontar las situaciones y estimular el cuidado de manera asertiva y no hacia el abandono bajo el pretexto de que *“no hay nada que hacer”*¹²

Desde el punto de vista ético como lo señala Aranda Otero (2005-2006) en su artículo “La Ética del Cuidado”, el profesional de enfermería debe llegar a la conclusión de que cuidar, en su más amplio y rico sentido de la palabra, es reconocer en el otro su dignidad y su diferencia¹³

¹¹ Vargas Toloza R. E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: Enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid; 4 (4): 21 – 27.

¹² Aguinaga Benítez OW. Enfermería, muerte y duelo: un texto de reflexión académica. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá – Colombia; 2010: 23-136.

¹³ Aranda Otero DA. La Ética del Cuidado. Conferencia Clausura del Curso Académico de la E.U.E. Virgen de la Paz de Ronda. [en línea] 2007 [fecha de acceso 5 de junio de 2007]. disponible en: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Articul%20del%20cuidado.htm>

Una de las tareas que el profesional de enfermería debe tomar como reto, es lograr la humanización del cuidado en las Unidades Intensivas, puesto que con la incorporación de avances tecnológicos hace que el paciente se vea de una manera reducida, reflejada en la despersonalización, entendida como la falta de sensibilidad y sentimientos por parte de los profesionales hacia la persona que cuida, como lo indica Solano M (2005): "El sujeto es visto por parte de los profesionales como objeto de conocimiento, la experiencia vivida se convierte en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido" ¹⁰

Durante proceso de morir, y mientras el deceso resulta cada vez más una realidad inminente, la actividad muscular decrece y esto lleva a una hipotonía muscular generalizada que produce el "perfil afilado" y los "estertores agónicos" con o sin disnea acompañante, esta fase normalmente crea una enorme angustia y a veces los familiares se derrumban, están exhaustos. Por esto es fundamental prepararles, informando de la posible evolución del proceso y de lo que pueden hacer, hablar de todos sus miedos, dudas y de cómo actuar. La familia debe de sentirse útil y saber qué hacer en esta dura fase que le espera. ¹⁴

En esta etapa el profesional de enfermería tiene la obligación moral y profesional de descubrir las fuentes de dolor y sufrimiento que presenta el paciente y emplear todos los medios disponibles para permitirle el alivio que él desee, contribuyendo de esta manera a que el paciente pueda morir dignamente: asistido, aliviado, acompañado e informado y no agobiado por su agonía desentendida. Este gran reto es el que nos plantea el concepto de un buen morir: detectar el dolor total que abarca, además el dolor físico u otros síntomas, el dolor emocional, familiar, social y espiritual del paciente terminal. ¹⁵

Las preguntas más comunes que surgen cuando un paciente está en agonía, según Centeno (2009) son:

¹⁴ Landa Petralanda V, García García JA. El duelo. Guía Clínica. Grupo de estudios de duelo Vizcaya. [en línea] 2004 [fecha de acceso 13 de junio de 2011]. URL disponible en <http://www.infogerontologia.com/documentos/patologiaduelo.doc>

¹⁵ Fonnegra de Jaramillo I. De cara a la muerte: cómo afrontar la penas, el dolor y la muerte para vivir más plenamente. Editorial Planeta. 2003: 141.

¿Puede oírnos? El paciente sí puede oírnos. Por esto es importante estar con él, hablarle, tener cuidado con lo que se dice. Es conveniente que la habitación esté sin ruidos, y con poca gente acompañando.

¿Se da cuenta de lo que pasa? Normalmente no, aunque hay pacientes que están totalmente conscientes hasta el último momento.

¿Le tenemos que dar de comer o de beber? El enfermo no siente hambre y no necesita comer, a no ser que él lo solicite. Se le deben de dar líquidos en pequeñas cantidades si está consciente, y si no, humedecer la boca frecuentemente.

¿Le tenemos que seguir dando la medicación? Sí, se debe seguir con la medicación hasta el final, por ejemplo, los analgésicos. Cuando no se pueda usar la vía oral, se pueden dar por vía rectal o subcutánea.

¿Cuánto tiempo estará así? No lo sabemos con certeza, pero el final está cerca.

¿Qué pasa con los estertores? Se producen por acumulación de secreciones que el paciente no tiene fuerzas para expulsar, no suponen un sufrimiento para el paciente, como tampoco lo son las previsible fases de apnea (patrones de respiración) posteriores.

¿Qué hacemos si se muere? Asesorar sobre quién debe de certificar la muerte, avisar a la funeraria.¹⁶

El proceso de morir es uno de los momentos más difíciles de cuidar en enfermería, pues exige una alta preparación profesional y un compromiso personal con el autocontrol, el autodominio y la vulnerabilidad, puesto que se enfrenta a difíciles dilemas éticos al abogar por el paciente herido o enfermo; cuando no conocemos nuestras propias reacciones ante este tipo de eventos, el profesional de enfermería se enfrenta al estrés laboral y, en la mayoría de los casos, al síndrome de burn-out, llevándolo a un desinterés y a un abandono personal que lleva a renunciar y a alejarse del cuidado de la muerte.

¹⁶ Centeno C. Manual de Cuidados Paliativos, Asociación Española Contra el Cáncer.1994. Disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/medicina-paliativa/ultimoasdas>

3) Componentes de la actitud

Rodríguez¹⁷ menciona 3 componentes de la actitud y los detalla de la siguiente manera:

3.1 *Componente cognoscitivo*

En tanto las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo.¹⁸

Por otro lado, ya se ha mencionado que las actitudes existen en relación a una situación u objeto determinado. Para que esto sea posible se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicha situación u objeto. Las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en memoria, son algunos de los componentes cognoscitivos que constituyen una actitud.

Mc. David y Harare (1979), se refieren al componente cognoscitivo como la categoría conceptual de objetos o sucesos a los que se dirige la actitud, pudiendo ser en concreto, miembros de una clase social, grupos o instituciones, pero también puede tratarse de una abstracción inteligible (honradez, muerte, enfermedad, etc.). El elemento cognoscitivo es a menudo conocido como las creencias y valores de una persona.

Hay algunas creencias que actúan como “limitadoras” como lo son las que están relacionadas con la desesperanza y la impotencia, que ejercen influencia limitando la capacidad de desarrollo de las personas. Estas creencias se van incorporando a lo largo de la vida, y especialmente se arraigan en el ser durante la infancia, permaneciendo e influyendo en la edad adulta.

¹⁷ Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas. ISBN.

¹⁸ Colell Brunet, Ramón “Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte I la enfermedad terminal” Revista Investigación en Salud, agosto 2003 vol. V N°2, Universidad de Guadalajara, México.

Los indicadores de este componente son:

- **Creencias:** estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica.
- **Valores:** estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.
- **Conocimiento:** información adquirida a través de la experiencia, estímulos o la educación.

3.2 Componente afectivo

Este componente es definido por como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado por autores como Fichen y Raven (1962) como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio.

Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. En tanto interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos dan la posibilidad de ir conformando lo que el término actitud significa. Mc David y Harare (1979) señalan que el elemento afectivo en las actitudes incluye los sentimientos y emociones que acompañan a una creencia o idea nuclear.

Una de las ideas básicas en el análisis de las fuerzas que dirigen la conducta humana es el concepto de hedonismo, es decir, la búsqueda de placer y su opuesto: la evitación del dolor. Este principio de alguna manera matiza la referencia emotiva general asociada a una actitud. De este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, favorables o placenteros; o negativos desfavorables o dolorosos.

En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo.

Los indicadores usados para medirlo son:

- **Sensibilidad:** capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás.
- **Apatía:** falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno.
- **Temor:** sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.
- **Ansiedad:** sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional poco placentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos.

3.3 Componente conductual

Se refiere a la acción patente, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí¹⁹

Se puede conceptualizar a breves rasgos que las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán a la congruencia de la cual hablan.

Hasta este momento, se ha especificado que las actitudes están constituidas por lo que las personas piensan y sienten respecto de un objeto - estímulo, así

¹⁹ Eiser, j. Richard."Psicología social, actitudes, cognición y conducta social." México. Ed. Mac Graw-Hill. 1988

como también a la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción.

El elemento conductual entonces se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud.

Mann (1972) se refiere a la importancia de cada componente durante el desarrollo de un individuo y dice que durante la niñez, especialmente en el momento en que las actitudes están siendo aprendidas, los tres componentes son muy importantes. Poco a poco el niño va integrando sus actitudes y tiende a practicar selectivamente lo que ve y aprende, por lo que el componente cognoscitivo cobra más fuerza, sin embargo las actitudes de un alto componente afectivo, se resisten a ser influenciadas por nuevas informaciones y conocimientos intelectuales puros.

En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable entre estos.

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

- **Comodidad:** aquello que produce bienestar, confort.
- **Responsabilidad:** valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos.
- **Vocación:** forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida

- **Aceptación:** recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana.
- **Rechazo:** resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce.

4 Conceptualizaciones

4.1 Muerte y morir

Los términos de la muerte y el morir no son sinónimos. Mientras que la muerte es un concepto abstracto; el morir es un proceso real, una actividad que se efectúa en una circunstancia determinada.²⁰

La muerte para los seres humanos ha sido motivo para indagar no solo sobre ella sino también para aventurarnos a explorar lo que pudiese existir después de terminada la vida tal y como la conocemos. De hecho, el culto a los muertos entraña, entre sus múltiples posibilidades, un significado de inmortalidad, pues se apoya la convicción de que ese ser que ya no está en este mundo vive o está en otra dimensión. Desde Egipto con la construcción de las pirámides donde se mantenía y se preservaba el paso hacia la inmortalidad de los faraones, hasta nuestros días con los cultos de veneración y oración que se celebran en nuestros cementerios, pasando por múltiples culturas, otras épocas históricas y otros momentos de la humanidad, en todos estos casos el culto a los muertos ocupa un lugar importante en la vida cotidiana de las sociedades humanas.²¹

De acuerdo con la tradición judeo-cristiana, el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida²². Sabemos que esta tradición rechaza recurrir a la eutanasia y al suicidio asistido. Ello implica que el significado que

²⁰ Samarel, N. (1995). *The dying process*. En H. Wass y R.A. Neimeyer, (eds.) *Dying. Facing the facts*. (3ª ed. pp. 89-116). Washington: Taylor & Francis.

²¹ Villamizar Rodríguez E. *El morir y la muerte en la sociedad contemporánea problemas médicos y bioéticos*. Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 2, septiembre, 2002, pp. 66-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510207>

²² Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaración sobre la eutanasia*. En: Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. *Acta Apostolici Sedis* 72. Ciudad del Vaticano: Editorial Vaticana; 1980: 549.

se atribuye al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia. En efecto, lo que aquí se entiende por “derecho a una muerte digna” es el derecho a vivir (humanamente) la propia muerte. Esta afirmación lleva implícita la idea que ante la inevitabilidad de la muerte cabría un cierto ejercicio de nuestra libertad. La muerte no podría ser considerada como un fenómeno meramente pasivo, que ocurre en nosotros y frente al cual permanecemos –por así decirlo– impotentes (“acto del hombre”), sino como un “acto humano”, es decir, como un acto en el que nuestra libertad podría intervenir en alguna medida²³

Sin embargo, es evidente que el morir no cae en el ámbito de nuestra libertad: inevitablemente cada uno de nosotros morirá. Por tanto, en relación a nuestra propia muerte, lo único que podría estar sujeto a la libertad es la actitud que adoptemos ante ella. De acuerdo con esta observación, no siempre es fácil para los pacientes llegar a una actitud interior de aceptación, que les permita morir en paz. Por otro lado, es evidente que para comprender lo que una persona considera “morir bien”, se deben tomar en cuenta sus valores culturales y religiosos.

4.2 Ansiedad, miedo y muerte.

La ansiedad es un tema lleno de facetas y dimensiones diversas. Es un estado psicofísico que se sobrepone a las demás conductas, e introduce una desorganización importante en la psiquis humana.²⁴ Tobal manifiesta que la ansiedad puede ser definida como “*una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos así como elementos motores.*”²⁵

Así pues, la respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos o acontecimientos externos como por estímulos internos al sujeto, por ejemplo pensamientos, creencias, recuerdos, etc.

²³ Taboada, P. *El derecho a morir con dignidad*. *Acta Bioethica* 2000; año VI, n°1 disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100007

²⁴ Carpintero, H. (2000). *Notas históricas sobre la ansiedad*. *Ansiedad y estrés*, 6(1), 1-19.

²⁵ Miguel-Tobal, J. J. (1990). *La ansiedad*. En Silverio Palafox y Jaime Vila (Eds.). *Motivación y emoción* (pp. 209-344). Madrid: Alambra Universidad.

Limonero menciona que la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido.²⁶

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común, como en el científico.²⁷ Neimeyer, señala que podría ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás más inaccesible a la conciencia.²⁸ Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo sería la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc.²⁹

El hecho de no saber el cómo, el ¿cuándo?, el ¿dónde? y el ¿por qué? de la muerte de una persona, o simplemente, preguntarse ¿qué hay después de la muerte?, genera ansiedad.³⁰

Dentro de los aspectos psicológicos del proceso de morir, la investigación de la ansiedad y el temor ante la muerte son los aspectos más estudiados.

²⁶ Limonero, J. T. (1997). *Ansiedad ante la muerte*. *Rev. Ansiedad y estrés*, 3 (1), 37-46.

²⁷ Feifel, H. y Nagy, V.T. (1981). *Another look at fear of death*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (2), 278-286.

²⁸ Neimeyer, R.A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Paidós: Barcelona. Disponible en: http://www.academia.edu/458102/Psychological_Research_on_Death_Attitudes_An_Overview_and_Evaluation

²⁹ Limonero, J. T. (1994). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universito Autónoma de Barcelona.

³⁰ Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of death*. New York: Springer Publishing.

4.3 Contextualización sociocultural de la muerte

Muchas teorías antropológicas contemplan el proceso de morir como una transición de un estado social a otro, es decir; del viviente al no viviente. La necesidad de una conducta específica alrededor de los muertos fue debida a la aparición de determinadas creencias en relación con la muerte y especialmente con la posibilidad de supervivencia más allá de la misma. Para ello las diferentes grupos culturales han de gestionar este cambio de estatus de diferentes formas y ritos que conlleven a una mejor forma de “vivir”, en el más allá. Así se da lugar a ritos y rituales como que asegure delimitar el mundo de los vivos y el de los muertos, asegurando también la transición de forma segura del alma, espíritu, o individuo de un estado a otro de existencia.

Los recursos históricos y antropológicos pueden resultar de gran utilidad si deseamos reconstruir el significado de la muerte, los rituales que la envuelven y las reacciones humanas ante ella. La representación y las actitudes ante la muerte se han visto modificadas en el tiempo y en las sociedades³¹

Aunque la muerte es de hecho, algo que nos sucederá a todos, el proceso de morir y el duelo serán diferentes en función de las actitudes que cada individuo tenga ante la muerte. Las actitudes ante la muerte, el proceso de morir y el duelo van a estar estrechamente relacionadas con un proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. Podríamos decir que la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive.³²⁻³³

Hoy con el avance de la medicina se sabe cómo aliviar en muchos casos el proceso de morir, se prolonga la vida, pero en la sociedad actual la muerte se ha convertido en un acto clandestino, como lo señalara Poch “Hoy en día se

³¹ Hartfiel, M. (2005). *La construcción social de la muerte. Una mirada actual. Apuntes de cátedra: Desarrollo humano y actividad física. Magister en salud y bienestar humano. En www.cucaiba.gba.gov.ar/002.htm.*

³² Allué Martínez, M. (1993). *La antropología de la muerte. Revista Rol de Enfermería, 179-180, 33-39.*

³³ Azulay, A. (2000). *Dilemas bioéticos en la situación de la enfermedad terminal y en el proceso de la muerte. Medicina Paliativa, 7, 145-156.*

muere casi a escondidas”³⁴. Se fomentan actitudes de rechazo, negación, repulsión, miedo. Hablar de la muerte y del morir sigue siendo para muchos un tema tabú.

4.4 Efectos del sistema de la actitud de la muerte

Hemos señalado como en las últimas décadas se ha vivido en la sociedad occidental un profundo cambio. En este sentido la muerte ha pasado de ser un elemento inexcusable e inherente a la propia existencia a ser algo que nos resulta ajeno y que se oculta³⁵. Negar la muerte conlleva un serio problema, que es la falta de elaboración del duelo³⁶. El hecho de que la muerte se niegue y oculte hace que los pacientes terminales, los moribundos y los familiares que van a sufrir el duelo queden relegados a la espera de un milagro que cambie su situación física sin que se atiendan las necesidades que presentan en esa situación, que es una muerte próxima.

En la mayoría de la población la enfermedad y la muerte son vividas más como un mal trance que como una experiencia inherente a la propia vida y que experimentadas adecuadamente constituyen una eficaz, aunque no por ello fácil, posibilidad de crecimiento emocional y personal. La finalidad del duelo es comprender el significado de la muerte, así como el sentido de sus propias vidas que le permitan elaborar la pérdida, quedándose con el recuerdo afectuoso.

Estos cambios culturales afectan en mayor o menor medida a los profesionales de salud y a las instituciones sanitarias. Glasser y Strauss³⁷ señalan que los propios profesionales parecen evitar mediante sus conductas y comportamientos a aquellos pacientes que se encuentran cerca de la muerte.

³⁴ Poch, C. (2003). *Hoy en día se muere casi a escondidas*. Disponible en: <http://www.unav.es/capellania/fluvium/textos/documentacion/eti185.htm>

³⁵ Gala León, F. J., Lupiani Giménez, M. y Díaz Rodríguez, M. (1991). *Sobre las concepciones de la muerte*. *Revista Rol de Enfermería*, 159, 63-66.

³⁶ Moreira, A. y Lisboa, M. T. (2006). *La muerte- entre el público y el privado: reflexiones para la práctica profesional de enfermería*. *Revista Enfermagem. UERJ*, 14 (3), 447-454.

³⁷ Glasser, A. G. y Strauss, A. L. (1969). *The awareness of dying*. New York: Aldine de Gruyter

Ello se manifiesta en la atención que reciben los enfermos terminales, como si ya estuvieran muertos, aun cuando no lo están³⁸

Allué muestra que en las instituciones sanitarias existe un fracaso en la gestión social y cultural del proceso de morir. La falta de apoyo y afectividad a los enfermos críticos y terminales, confirma que dentro del hospital no hay lugar para los soportes que no sean mecánicos y / o biológicos, ya que el enfermo está “socialmente muerto”³⁹

5 Multiculturalidad, trans-culturalidad y muerte.

1 Cultura podría ser asumible por nuestra parte como: algo que trasciende al hombre y lo complementa, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad. Dicho de otro modo, “la cultura confiere sentido a nuestras vidas”⁴⁰

Es en la diversidad cultural en la que van a tener cabida los diferentes significados del cuidar, las diferentes prácticas y creencias que sobre la salud, la enfermedad y la muerte se tengan.⁴¹

Ecuador como país rico en cultura y lleno de diversidad entre usuarios de la salud, proyecta formas de hacer frente a este reto en los diferentes servicios sanitarios, ya que se debe atender a personas y grupos que, por su cultura, tienen una forma distinta de entender, valorar y actuar ante la salud, la enfermedad y la muerte. La atención sanitaria a los inmigrantes no siempre funciona sin problemas, ya que a menudo éstos no conocen bien los sistemas

³⁸ Sudnow, D. (1970). *La sociología de la muerte*. Buenos Aires: *Tiempo Contemporáneo*.

³⁹ Comelles, J. M. (1995). *La sacralización de la práctica hospitalaria*. *Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Malaltia i Cultura*. Valencia. España

⁴⁰ Gómez García, P. (2000). *Globalización cultural, identidad y sentido de la vida*. *Gazeta de Antropología*, 16, 16-02.

⁴¹ Tarrés Chamorro, S. (2001). *El cuidado del 'otro'*. *Diversidad cultural y enfermería transcultural*. *Gazeta de Antropología*, 17, 17-15.

sanitarios a los que acuden y a su vez los centros no están diseñados para adaptarse a la diversidad cultural⁴²⁻⁴³

Las barreras lingüísticas han demostrado ser un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria, además de afectar negativamente a esos servicios. Pero el idioma no es la única barrera; es preciso conocer el significado que se da a los diversos modos de enfermar y de morir.

La Transculturalidad se define como “aquellos fenómenos que resultan cuando un grupo de individuos que tiene culturas diferentes, toma contacto continuo de primera mano, con los siguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos.”⁴⁴ La transculturalidad incide de un modo específico en los sistemas de creencias y valores.

En la actualidad es necesaria una formación más profunda y precisa de los profesionales de la salud que permita enfrentarse de manera adecuada a la multiculturalidad creciente. Tarrés señala, los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor diversidad de pacientes, de personas a las que cuidar, personas que llegan de lugares muy variados y en muchas ocasiones procedentes de culturas diferentes a la nuestra. Los profesionales deben poder contextualizar a los pacientes en su propia cultura, entender que es la salud y la enfermedad para ellos; para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a un paciente con una cultura distinta a la propia, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz.⁴⁵

La enfermería transcultural es en palabras de su fundadora, Madeleine Leininger: “un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las

⁴² Schmidt Rio-Valle, J., Schmidt Rio-Valle, R., Montoya Juárez, R., Pappous, A. y Muñoz Vinuesa, A. (2006). *Inmigración un nuevo reto en el ámbito sanitario. Libro de Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Ciencias de la Salud. Granada.*

⁴³ Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C y Roa Venegas, J. Mā. (2007). *Validación de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte. Enfermería Oncológica, en prensa.*

⁴⁴ Herskovits, M. (1995). *El hombre y sus obras. México: Fondo de Cultura Económica.*

⁴⁵ Leno González, D. (2006). *Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. Gazeta de Antropología, 22, 22-32*

personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.”⁴⁶

6 Actitudes hacia la muerte

Jack H. Curtis nos menciona que “Las actitudes son predisposiciones a obrar, percibir, pensar y sentir en relación a los objetos y personas”.⁴⁷ En el lenguaje habitual se entiende como una postura que expresa un estado de ánimo o una intención, o, de una forma más general, una visión del mundo.

6.1 Concepto y naturaleza de la actitud

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En general, la muerte genera una gran diversidad de actitudes y de emociones principalmente, de naturaleza aversiva tales como; evasión, negación, actitudes paternalistas, o por el contrario el temor o miedo, ansiedad, depresión por último la aceptación o resignación.⁴⁸ Como señala Cassem, la muerte supone la mayor amenaza para la vida y las conductas de evitación no sólo se dan ante la muerte de una persona, sino también ante la presencia de una persona enferma o moribunda, la visión de un cadáver o la percepción de un anciano.⁴⁹

Lamberth menciona que la actitud se puede definir como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación con un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales.⁵⁰

Los primeros teóricos sobre las actitudes consideraban que los tres componentes estaban relacionados entre sí. Es decir, se pensaba que las actitudes consistían en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos

⁴⁶ Leininger, M. (2002). *Cuidar en la Transculturalidad*. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002 disponible en: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/editorial15.htm>

⁴⁷ Psicología Social” de Jack H. Curtis – Ediciones Grijalbo SA – Barcelona 1962

⁴⁸ Hevia R. El proceso de morir. Manejo del enfermo terminal. Revista Creces. Disponible en :<http://www.creces.cl/new/index.asp?imat=%20%3E%2061&tc=3&nc=5&art=231>

⁴⁹ Cassem, N.H.(1974). *Muerte y negación*. En *Autores varios. Sociología de la muerte*. Madrid: Sala.

⁵⁰ Lamberth, J. (1982). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.

componentes estaban relacionados con la acción que realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). Estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo y no actuar de acuerdo a este sentimiento,⁵¹ por ejemplo el profesional de enfermería puede saber que es bueno tomar la iniciativa y permitir un lugar en el que el paciente pueda hablar de sus miedos y sin embargo, no posibilitar dicho espacio terapéutico.

Para Morales, Rebollo y Moya, los tres componentes coinciden en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud.⁵³ Es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención en conducta de apoyo u hostilidad.

6.2 Actitudes ante la muerte

La actitud frente a la muerte y al cadáver es el rasgo natural mediante el cual el hombre se escapa parcialmente de la naturaleza y se vuelve animal culturalizado.⁵⁴

Las actitudes cambian con el tiempo y reflejan los temores, las esperanzas, las expectativas, la conciencia comunitaria y también individual de la muerte.⁵⁵ Aclara además que dichos cambios en ocasiones pueden darse de modo muy lento y a veces pasar inadvertidos, y otras más rápidos y conscientes. A tal efecto, da muestra de lo dicho, en una vasta obra donde aparece la siguiente clasificación: la muerte doméstica, la muerte propia, la muerte del otro y la muerte prohibida.

En la actualidad Las actitudes incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo, el abandono, la finalidad de la muerte, una vida posterior y el sino del cuerpo, entre otros.

⁵¹ Neimeyer, R. A. (1997). *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.

⁵² Cruz Quintana, F., García Caro, M. P., Schmidt Rio-Valle, J., Navarro Rivera, M. C. y Prados Peña, D. (2001). *Enfermería, familia y paciente terminal*. *Revista Rol de Enfermería*, 24, 664-668.

⁵³ Morales, J. F.; Rebollo, E. y Moya, M. (1995). *Actitudes*. En Morales, J. F. (Ed.) *Psicología Social* (pp. 496-523). Madrid: McGraw-Hill

⁵⁴ Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós. Estudio.

⁵⁵ Ariès, P. (1981). *The tour of our death*. New York: Knopf.

6.3 Evaluación de las actitudes

Medir las actitudes resulta ser una tarea compleja. Se han desarrollado varios instrumentos para evaluar las actitudes hacia la muerte entre los que podemos mencionar: la *Escala de Miedo a la Muerte* de Collett y Lester (1969); el *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte* de Gesser, Wong y Reker (1987, 1988); la *Escala de la Muerte* de Hooper y Spilka (1970).

Sin embargo es el *Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)*, el único instrumento que mide el amplio espectro de las actitudes. De esta forma podemos llegar a comprender mejor las actitudes que emergen ante un suceso de esta magnitud como lo es la muerte, comprendiendo así de forma más integrada la complejidad de ésta, es de interés conocer que no sería fructífero estudiar el miedo a la muerte de modo aislado como lo hacen algunos instrumentos de evaluación. Por decirlo de otro modo, no es lo mismo una persona que tenga un bajo nivel de miedo a la muerte por creer en una vida feliz más allá de la muerte, a otra que considera la muerte como parte de un proceso de la vida.

6.4 Actitudes ante la muerte en profesionales de la salud

En el currículum académico de las profesiones sanitarias rara vez figuran materias directamente relacionadas con la atención a pacientes moribundos o la muerte. El contacto con estas realidades, difíciles, que requieren una preparación específica, provoca un rechazo instintivo en el profesional. Hay que asumir que el acto asistencial no se limita a curar, sino también consiste en aliviar, consolar, rehabilitar y educar.⁵⁶ La contribución de cada una de ellas depende la situación clínica del paciente en ese momento concreto y de los recursos sanitarios disponibles han de llevar inseparablemente unidas dos vertientes secundarias, también en diferente medida según los casos: rehabilitación y educación sanitaria.

El aprendizaje en las ciencias de la salud consta de tres apartados fundamentales: conocimientos, habilidades y actitudes. En el momento del

⁵⁶ Manuel Sureda González. (2003). Aproximación al enfermo terminal y a la muerte.. 19 de octubre de 2015, de Asociación Catalana de Estudios Bioéticos. Disponible en: <http://www.aceb.org/term.htm>

ejercicio profesional los tres interaccionan dinámicamente para dar como resultado un correcto acto asistencial. Las habilidades y actitudes constituyen la parte “artística” de la profesión sanitaria, dando lugar a un conjunto de elementos personales que mejoran con el ejercicio profesional, y que al actuar fundidas con los conocimientos, aportan calidad y diferenciación.

En esta “crisis contemporánea de la muerte”⁵⁷, nos encontramos ante un enfrentamiento de pánico en un clima de angustia, neurosis y escepticismo que cobra figura de auténtica crisis de la individualidad y sociabilidad ante la muerte.

De acuerdo con Raja, las principales actitudes descritas ante la muerte son: de ansiedad, temor, preocupación y aceptación, y sus causas puede ser diversas, siendo las más frecuentes: las metas por cumplir, las experiencias de muerte vividas en familiares y amigos, experiencia profesional, edad, creencias religiosas y la madurez psicológica.⁵⁸ La ansiedad es la actitud que más frecuentemente se asocia con la muerte, esta puede tener mayor o menor intensidad según se trate de la muerte propia o de otro, sea éste familiar, amigo o allegado, y, hay quién genera ansiedad ante la sola idea de imaginarla o de pensarla.

La mayoría de los estudios relacionados con las actitudes hacia la muerte, particularmente los setenta y ochenta, estaban centrados en el estudio de la ansiedad ante la muerte. Destacamos el artículo de revisión de Marshall (1982). Además se evidencia que el instrumento más utilizado, es la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) que aparece en ocasiones en la bibliografía española con sus siglas inglesas, DAS o Death Anxiety Scale (Ray y Najman, 1974; Twelker, 2004; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton Oldfield, 2007).

Enfermería y la muerte

En cuanto a la forma de muerte del paciente, la experiencia no es la misma cuando éste muere en una sala de urgencias (muerte traumática) que en los

⁵⁷ Morin, E. (2003). El hombre y la muerte. Madrid: Kairos.

⁵⁸ Raja, R. (2001). Influencias de las Creencias Religiosas en las Actitudes del personal Sanitario ante la Muerte. Disponible en: http://www.docs.com./docs/6782475/INFLUENCIA_DE_LAS_CREENCIAS_RE_LIGIOSAS. Universidad de Cádiz

casos donde su proceso de muerte les permite ir asimilando que el paciente va a fallecer. Fonnegra⁵⁹ menciona que las pérdidas traumáticas se distinguen de las no traumáticas por cuanto las primeras inundan al sobreviviente con experiencias radicalmente ajenas a sus esquemas básicos de referencia y que por lo tanto parecerían ser imposibles de asimilar. "Si es de una enfermedad terminal de un paciente que estuvo sufriendo, sientes paz... de que está descansando; si es una muerte traumática se siente frustración". Como profesional de enfermería Mendoza comenta que desde el currículum académico, aunque la tendencia en la formación de enfermería es más humanitaria (en comparación con el área médica), adolece en cuanto a la falta de herramientas para el manejo afectivo del paciente "moribundo". El perfil profesional refuerza la negación de la muerte al considerar que la misión principal es mantener con vida a sus pacientes, este significado que le da a su función profesional podría ser definido por Parse³ e Isa Fonnegra⁵⁷ (1997), como el sentido último de su existencia (deber ser y el deber hacer), por lo que la muerte de los pacientes la frustra. La negación de la muerte desde su construcción social tiene que ver con los avances médicos, de tal forma que después de varias décadas de haber sido concebida como un acto social integrador de la comunidad, pasa a ser un acto individual donde el ámbito hospitalario se convierte en el lugar donde el paciente en fase terminal muere solo. Por lo que para hablar de la muerte es necesario negarla. Parse, Rizzo. "Hablar de la muerte con los pacientes sí me da miedo porque siento que los voy a desilusionar, no es lo que ellos esperan escuchar de mí. Para ellos somos su esperanza, aliento, su todo; hacen un ídolo de uno... como enfermera y tienen confianza, entonces al hablar con ellos de la muerte siento que los defraudaría y por eso sí tengo miedo de hablar,"⁶⁰ el hecho de que uno se guarde todo eso a veces causa angustia, coraje y dolor"⁶¹ pues las actitudes frecuentes del personal sanitario ante el evento de la muerte son: apartarse física o emocionalmente del moribundo para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente parece desagradable y amenazante. Esta

⁵⁹ Isa Fonnegra de Jaramillo "Introducción al Proceso de morir y la muerte. Última etapa del desarrollo humano", Fundación OMEGA, Bogotá, 1997.

⁶⁰ Cabrera Maza, Maritza. et al. Actitud del Personal de Enfermería ante la muerte de Pacientes, Concepción, 2009 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cief/v15n1/art06.pdf>

⁶¹ Yagüe Frias, A. García Martínez, C. Duelo Perinatal, Albacete. 1999

segunda actitud la manifiestan retirándose físicamente cuando se cree estar con un moribundo, apartando la mirada del paciente terminal, cambiando de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte. Cabrera M (2009) por su parte menciona “de hecho el colectivo de enfermería padece, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad que puede traducirse en una atención inadecuada como por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. Cabrera considera que la represión de sus sentimientos se relaciona con problemas de salud donde puede estar presente desde el cansancio hasta la muerte por cáncer. Cuando el cuerpo no logra la adaptación, las emociones influyen en la presencia de enfermedades.”⁵⁸ Así, las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, favoreciendo ciertas enfermedades, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento. Roca Perara menciona que las emociones juegan un papel sustancial en la existencia de las personas, en su salud, bienestar y calidad de vida. Y es que, como ningún otro constructo psicobiológico y al mismo tiempo psicosocial, la emoción expresa fuertemente tanto el significado que para las personas tienen los eventos que cotidianamente acontecen en su entorno, como la implicación que, en su totalidad, una persona tiene en las respuestas adaptativas eficaces a las demandas de su entorno.⁶² La formación académica se percibe como una barrera para identificarse con las emociones ante la pérdida del paciente. Si bien esto es parte de una enseñanza implícita, también es cierto que la parte cultural sobre el manejo de este evento (sociedad negadora de la muerte) tiene mucho que ver sobre las actitudes y forma de experimentarlo. Culturalmente la muerte se maneja como un tabú de tal forma que se ha despersonalizado dejando que los hospitales se conviertan en un lugar aceptado para la muerte de los pacientes, física y de trabajo del personal, y que generalmente mueren sin la compañía de familiares y amigos.

⁶² Roca Perara, Miguel Angel. Emociones y Salud Humana, La Habana, 1993.

f) METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, del mismo se obtendrán datos susceptibles de cuantificación que permiten un proceso estadístico encargado de enfatizar cada atributo de las experiencias humanas en relación a las actitudes que se adoptan por parte del personal de enfermería ante la muerte o muerte inminente de pacientes hospitalizados.

Se utilizará el método descriptivo, porque este nos facilitará mostrar la información tal y como se obtenga de acuerdo a la realidad evidenciada en cada profesional.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizara en los servicios de Cuidados Intensivos, Clínica, Cirugía, Centro Quirúrgico y Emergencia del Hospital Isidro Ayora, ubicado en el área Urbana de la Ciudad de Loja, estos servicios brindan atención las 24 horas, y disponen de espacios de hospitalización donde labora el personal de enfermería y se plantea realizar el presente estudio.

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo considerado para este proyecto estará constituido por el personal de enfermería de cada servicio elegido para el estudio, considerando un total de 66 profesionales, distribuidos de la siguiente manera:

SERVICIO	No.	SEXO	
		H	M
CENTRO QUIRÚRGICO	11	-	11
CLÍNICA	13	1	12
EMERGENCIA	15	3	12
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	13	2	11
CIRUGIA	14	-	14
TOTAL	66	6	60

TECNICA E INSTRUMENTO.

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicara la técnica de la encuesta la misma que estará apoyada en un instrumento denominado

“CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE” (CAM) estructurado a partir del artículo denominado Death Attitudes and Self-reported Health-relevant Behaviors,⁶³ compuesto por 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de **evitación (E)**, de **aceptación (A)**, de **temor (T)**, basadas en las creencias de que la muerte es un **pasaje o tránsito (P)**, fundamentadas en la concepción de la muerte como una **salida o solución (S)**, y otra que involucra la **perspectiva profesional (PP)**,⁶⁴ las cuales poseerán cuatro alternativas de respuesta, que van de un grado de mayor a menor adherencia a la afirmación.

Se utilizará la escala de Likert para analizar los resultados. Las normas para que un cuestionario pueda ser medido por esta escala es que conste de afirmaciones que pueden tener una dirección positiva o negativa compuesta por una sola relación lógica, y cinco opciones de respuesta para cada afirmación. La secuencia de respuestas es la siguiente:

- **TD**= TOTALMENTE EN DESACUERDO
- **D**= ALGO EN DESACUERDO
- **I**= INDECISO
- **A**= ALGO DE ACUERDO
- **TA**=TOTALMENTE DE ACUERDO

Se seleccionará esta escala por ser la más utilizada y de efectividad probada para medir las actitudes de las personas frente a una determinada situación, por una parte demuestra si la actitud está presente y por otra la intensidad con que se presenta esta. En las proposiciones cuyas respuestas fueren los ítems: totalmente de acuerdo y mayormente de acuerdo se tomará en la columna (TD, A), las afirmaciones cuya respuesta es indiferente en la columna con la letra (I), representa que es nula la presencia de la actitud y por último las proposiciones cuyas respuestas son: en desacuerdo o totalmente en desacuerdo se tomarán como ítem de desacuerdo para la columna (TD, D)

⁶³ Martin CH, Salovey P. Death attitudes and self-reported health relevant behaviors. J of Health Psychology, Sage Publications, 1 (4), 1996:441-53. Disponible en: <http://hpq.sagepub.com/content/1/4/441.short>

⁶⁴ HERNANDEZ CABRERA, Gisela et al. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana, v. 18, n. 1, feb. 2002. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000100004&lng=es&nrm=iso>.

Este instrumento será aplicado a todo el personal de enfermería que labora en los servicios de cuidados intensivos, clínica, centro quirúrgico, cirugía y emergencia del Hospital General Isidro Ayora, además se garantizara en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información que pudiera ser obtenida. (Ver anexo 1)

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El esquema del procesamiento y análisis incorpora estadísticas descriptivas y pruebas de decisión, por lo cual se desarrollará en 3 pasos fundamentales:

- Análisis de las distribuciones de frecuencias de las respuestas en cada proposición del instrumento.
- Determinación de las medias para cada dimensión y variable, y obtención de la correlación entre las variables que pertenecían a una dimensión y la media de esa dimensión, para un análisis de consistencia interna ítem sub-escala.

Los resultados obtenidos en la investigación serán presentados en tablas y gráficos apoyados en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) y su discusión en Microsoft Word.

Para el análisis e interpretación de los resultados de las encuestas utilizaremos tablas de presentación en el programa Excel.

g) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
<p>ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LA MUERTE</p>	<p>Según Jack H. Curtis nos menciona que “Las actitudes son predisposiciones a obrar, percibir, pensar y sentir en relación a los objetos y personas”, una cualidad de las actitudes es que son estados más o menos persistentes, es decir, tienden a mantenerse a través del tiempo. Sin embargo, es una equivocación pensar que las actitudes son fijas y estáticas y no pueden experimentar cambios.³⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>ACT. COGNITIVA</u> ➤ <u>ACT. AFECTIVA</u> ➤ <u>ACT. CONDUCTUAL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Perspectiva Profesional.</i> ➤ <i>Pasaje o tránsito</i> ➤ <u>Temor</u> ➤ <i>Aceptación</i> ➤ <i>Evitación</i> ➤ <i>Salida o solución</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TD= TOTALMENTE EN DESACUERDO ➤ D= ALGO EN DESACUERDO ➤ I= INDECISO ➤ A= ALGO DE ACUERDO ➤ TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

h) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHAS ESTABLECIDAS EN MESES Y SEMANAS	2014	2015					2016									
	oct	jul	sept	oct	nov	dic	ene				feb				mar	
							1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
ACTIVIDADES																
Presentación y aprobaciones proyecto	X															
Elaboración del marco teórico		X	X	X	X	X										
Recolección de datos							X	X								
Procesamiento de la información									X	X						
Elaboración y presentación del borrador del informe final											X	X	X			
Presentación del informe final														X	X	X

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) tomado de Revista Cubana Medicina General

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal. Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte del personal de enfermería, se ha diseñado este instrumento.

Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de **desacuerdo o acuerdo** que tiene Ud. con cada una de las proposiciones.

TD= TOTALMENTE EN DESACUERDO
D= ALGO EN DESACUERDO
I= INDECISO
A= ALGO DE ACUERDO
TA=TOTALMENTE DE ACUERDO

Para mayor confiabilidad en los resultados del presente cuestionario evite responder en el ítem (I) de indeciso

El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala.

No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.

Servicio donde labora _____

		TD	D	I	A	TA
E	1. Pensar en la muerte es perder tiempo.					
A	2. La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.					
T	3. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.					
P	4. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.					
S	5. La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.					
PP	6. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.					
A	7. Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.					
E	8. Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.					
T	9. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.					
P	10. Pienso que viviré después de mi muerte.					
PP	11. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.					
PP	12. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.					
T	13. Yo temo morir joven.					
S	14. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.					
S	15. Prefiero morir a vivir sin calidad.					
A	16. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.					
E	17. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.					
P	18. Veo la muerte como un paso a la eternidad.					
PP	19. Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.					
PP	20. Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.					
S	21. He pensado que no vale la pena vivir.					
E	22. No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.					
A	23. Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.					
T	24. Encuentro difícil encarar la muerte.					
P	25. Yo espero con placer la vida después de la muerte.					
PP	26. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.					
A	27. Me siento más libre al aceptar mi muerte.					
T	28. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte.					
P	29. Después de la muerte encontraré la felicidad.					
PP	30. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.					
S	31. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.					
E	32. Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.					
PP	33. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.					

Fuente: (CAM) Revista Cubana Medicina General, Ciudad de La Habana

INDICE

CONTENIDO	PÁG
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
a) TÍTULO.....	1
b) RESUMEN	2
c) INTRODUCCIÓN	4
d) REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
1. ACTITUDES.....	5
1.1. Concepto y naturaleza de la actitud	5
1.2. Formación de las actitudes	5
1.3. Componentes de la actitud.....	6
1.3.1. Componente cognoscitivo	6
1.3.2. Componente afectivo	7
1.3.3. Componente conductual.....	9
1.4. Fuerza y estructura de las actitudes	11
1.5. Indicadores objetivos de la fuerza de las actitudes	11
– Extremosidad o polarización.....	12
– Ambivalencia.....	12
1.6. Evaluación de las actitudes.....	13
– Escala de Likert	14
– Instrumentos de medición de actitudes ante la muerte	14
2. TEORIA FRENTE AL FINAL DE LA VIDA	15
a. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría de la muerte tranquila .	16
b. Metaparadigmas desarrollados en la teoría	16
– Persona	16
– Cuidado o enfermería	17
– Salud.....	17
– Entorno.....	17
3. MUERTE Y MORIR.....	17
3.1. Contextualización sociocultural de la muerte	18

3.2. Rol de la Enfermera en el cuidado del paciente moribundo	19
3.3. Efectos del sistema de la actitud de la muerte	22
3.4. Enfermería y la muerte	23
e) MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
f) RESULTADOS.....	28
g) DISCUSIÓN	41
h) CONCLUSIONES.....	43
i) RECOMENDACIONES.....	44
j) BIBLIOGRAFÍA	45
k) ANEXOS	50