



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

ESCUELA DE POST GRADO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y ACTITUD DE
LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE
EN UCI Y EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO - LA LIBERTAD, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA:

KARLA VERONIKA CASTILLO LEZAMA

ASESORA:

Dra. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

TRUJILLO – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Dra. Sonia Mary Del Águila Peña

PRESIDENTE

Mgtr. Elcira Leonor Grados Urcia

SECRETARIO

Mgtr. Eva Maria Arévalo Valdiviezo

MIEMBRO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por bendecirme y acompañarme a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mi asesora Dra. Nérida Cantuarias Noriega, que con sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DEDICATORIA

A mi querido esposo Lucas, por haberme apoyado en las buenas y en las malas, por su amor, paciencia y ayuda incondicional en impulsarme a mi desarrollo profesional.

A mis hijos:

Gianluca y Piero que son mi mayor inspiración, que entendieron mis ausencias y malos momentos, por su amor y cariño brindado siempre.

A mis padres Rolito y Marcela, por su amor y confianza en mí para lograr mis objetivos.

A mis hermanos:

Mara, Jéssica y Martín por estar a mi lado en cada momento de mi vida. A Patty, Paul y Jesús que a pesar de la distancia estuvieron pendientes de mi logro.

A mis amigas:

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y a las que me animaron a culminar mis estudios.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), 2013. La metodología fue cuantitativa de diseño descriptiva, correlacional, de corte transversal, prospectiva; la muestra la conformaron 40 profesionales de Enfermería a las cuales se les aplicó un cuestionario con dos partes: La primera sobre los factores biosocioculturales y la segunda sobre la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, mediante la técnica de la entrevista. Los resultados fueron que el

75% de las enfermeras muestran actitud general parcialmente positiva y el 2,5% positiva. La actitud tanto cognitiva, afectiva y conductual; la mayoría son parcialmente positiva. Los factores biosocioculturales edad, sexo, tiempo de servicio y tiempo que labora en UCI y emergencia en relación con la actitud general en mayoría parcialmente positiva son estadísticamente significativas $p < 0.05$.

Palabras Claves: Actitud de la enfermera, factores biosocioculturales, muerte del paciente.

ABSTRACT

The research was aimed at determining the overall biosocioculturales factors influencing the general attitude of the nurse to the patient's death in ICU and emergency Trujillo Regional Teaching Hospital (HRDT), 2013. The methodology was quantitative descriptive, correlational, transversal, prospective cut; the sample consisted of 40 nurses who answered a questionnaire containing two parts: The first on biosocioculturales factors and second on the attitude of the nurse to the patient's death, by the technique of the interview. The results were that 75% of nurses partially shown generally positive attitude and positive 2.5%. Both cognitive, emotional and behavioral attitude; most are partially positive. The biosocioculturales factors age, sex, length of service and time working in ICU and emergency in relation to the overall positive attitude most part are statistically significant $p < 0.05$.

Keywords: Attitude Nurse, biosocioculturales factors, death.

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Marco Teórico	5
2.1.	Bases conceptuales	5
2.2.	Bases teóricas	15
2.3.	Antecedentes	19
2.4.	Hipótesis	23
2.5.	Variables	24
III.	Metodología	25
3.1.	Tipo y Diseño de la Investigación	25
3.2.	Población y Muestra	26
3.3.	Definición y Operacionalización de las Variables y los indicadores	26
3.4.	Técnicas e Instrumentos	31
3.5.	Plan de Análisis	33
3.6.	Principios Éticos	33
IV.	Resultados	35
4.1.	Resultados	35
4.2.	Análisis de resultados	48
V.	Conclusiones y recomendaciones	57
5.1.	Conclusiones	57
5.2.	Recomendaciones	58
	Referencias bibliográficas	59
	Anexos	64

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	35
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
TABLA 2	37
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD COGNITIVA, AFECTIVA Y CONDUCTUAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
TABLA 3	39
DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA ENFERMERA. UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
TABLA 4	47
DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES BIOSOCIOCULTURALES EN RELACION CON LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	36
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 2	38
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD COGNITIVA, AFECTIVA Y CONDUCTUAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 3	40
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO: EDAD DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 4	41
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO: SEXO DE LA ENFERMERA(O) EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 5	42
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: ESTADO CIVIL DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	

GRÁFICO 6	43
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: CONDICIÓN LABORAL DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 7	44
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: TIEMPO DE SERVICIO DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 8	45
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: TIEMPO QUE LABORA LA ENFERMERA(O) EN UCI Y/O EMERGENCIA. HRDT, 2013.	
GRÁFICO 9	46
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR CULTURAL: PROCEDENCIA DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.	

INTRODUCCIÓN

La muerte ha sido siempre y es, para el hombre, un tema de profunda reflexión y meditación, tanto desde la perspectiva filosófica como religiosa y la más actual, la científica. Sin embargo en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir o el aceptar la mera idea de la muerte (1).

Se ha observado que “si la muerte explica la vida, no ocurre lo mismo a la inversa, y de este modo la muerte permanece como un problema o si se quiere, como una realidad problemática para lo cual no parece encontrarse ninguna fundamentación adecuada” (2).

La enfermera tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan en ella. Siguiendo en esta línea, la enfermera no es ajena a la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (3).

Teniendo presentes los argumentos anteriores, es evidente que para prestar la mejor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y terminal y sus familiares, es necesaria una formación específica en la enfermera, en los aspectos vinculados con la muerte, la enfermedad terminal, el duelo y los cuidados paliativos, tanto en su formación de pregrado como durante su desempeño profesional. El

conocer las actitudes de la enfermera ante la muerte del paciente reviste gran importancia por la forma en cómo éstas influyen en la relación interpersonal y cuidado de enfermería con pacientes y familiares.

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, el profesional de Enfermería es uno de los personales que se encuentra en formación y son en gran número. Se ha observado en el quehacer diario que ante la presencia de la inminente muerte de un paciente existen diversas reacciones de diferentes índoles por parte de la enfermera, como son: el rechazo, miedo, ira, indiferencia o la apatía a la atención del grupo familiar, olvidando sus principios bioéticos y su función de brindar atención integral en todo proceso a realizar, ya sea en la asistencia clínica o el apoyar a un familiar ante la presencia de un duelo, demostrando así una actitud incorrecta.

Además a este hospital llegan pacientes que en otros lugares no han podido ser curados, debido a la complejidad de sus males, cada caso se convierte en un reto tanto en el diagnóstico como en el tratamiento; muchos de ellos llegan tardíamente y como consecuencia existe una alta mortalidad en los servicios de UCI y Emergencia; por lo tanto la Enfermera que labora en estos servicios, es el personal idóneo para brindar atención en todo el proceso, tratamiento, recuperación e incluso la muerte si ese fuera el caso . El presente estudio tuvo el propósito de conocer los factores biosocioculturales en relación a la actitud de la enfermera. Por lo anteriormente expresado, el enunciado del problema de investigación es el siguiente: ¿Qué relación existe entre los factores biosocioculturales y la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013?

Para dar respuesta al problema, se planteó el siguiente objetivo general:
Determinar los factores biosocioculturales que se relacionan con la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.

Para poder conseguir el objetivo general, se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.
2. Determinar la actitud cognitiva, afectiva y conductual de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.
3. Identificar los factores biológicos: edad y sexo, en relación a la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.
4. Identificar los factores sociales: estado civil, condición laboral, tiempo de servicio y tiempo que labora en el servicio, en relación a la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.
5. Identificar el factor cultural: procedencia, en relación a la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT, 2013.

Por lo tanto el presente estudio se justifica porque la enfermera continuamente se encuentra ante la muerte de un paciente al brindar sus cuidados y debe dar apoyo emocional y espiritual al mismo paciente y familiar, el estudio permite valorar la calidad del cuidado de los pacientes terminales; así como de su familia considerando la actitud de la enfermera como un soporte importante de los cuidados críticos o terminales.

En los establecimientos de salud labora un equipo multidisciplinario en pro de preservar la vida. Entre ellos, la Enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado humano, ya que aporta una combinación de asistencia, conocimiento y confianza, que es vital para la supervivencia y recuperación de los pacientes. Y el hecho de ser profesionales de la salud no quiere decir que no sientan, sino todo lo contrario, sus sentimientos y emociones son iguales que todo ser humano, controlando sus emociones o sentimientos que se produce cuando muere un paciente, pues ella tiene que brindar ayuda a los familiares que sufren por la pérdida que deja huellas imborrables durante su experiencia laboral.

Es por dicha razón que se plantea la presente investigación en busca de determinar los factores biosocioculturales que se relacionan con la actitud de la enfermera ante la muerte de la persona críticamente enferma, hospitalizada en los servicios de UCI y Emergencia del HRDT.

Los resultados del estudio incrementan la ciencia de enfermería y orienta en la formación de la enfermera, así como también es fuente para futuras investigaciones.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases conceptuales.

La muerte es una palabra que tiene varias concepciones. “El concepto de muerte varía según la época y la cultura. En las sociedades occidentales, se considera la separación del alma y del cuerpo, aunque esta separación no puede ser vista, se planteó determinarla objetivamente por el cese de la respiración como signo de muerte” (4,5).

Desde un punto de vista genérico, la muerte es la finalización de las actividades vitales de un organismo. En el caso particular de la realidad humana, la definición vigente desde un punto de vista médico y legal alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible (6).

De todas maneras, el concepto de muerte ha variado a lo largo de la historia. En la antigüedad se consideraba que la muerte, como evento, tenía lugar cuando el corazón dejaba de latir y el ser vivo ya no respiraba. Con el avance de la ciencia, la muerte pasó a entenderse como un proceso que, a partir de un cierto momento, se vuelve irreversible. En la actualidad, una persona puede haber dejado de respirar por sus propios medios y, sin embargo, seguir con vida a través de un respirador artificial. Por otra parte, puede hablarse de muerte cerebral para hacer referencia al cese completo e irreversible de la actividad cerebral. Más allá de la biología, existe una concepción social y religiosa sobre la muerte. Se suele considerar a la muerte como la separación del cuerpo y el alma. Por lo tanto, la muerte implicaría el final de

la vida física pero no de la existencia. La creencia en la reencarnación también es bastante común (7).

“Trabajar este tema requiere un aprendizaje que se debe producir a lo largo de toda la vida. Por ello se debe incidir más en la idea de la muerte propia, como ese hecho universal y necesario que va a ocurrir inevitablemente (se está preparado o no) y repercutirá en cada persona de forma singular y única. No hay dos muertos iguales, al igual que no existen dos vidas idénticas. Prepararse para morir llena de paz, hace que se relativicen las pérdidas y los fracasos y se disfrute más el presente” (7).

La mayoría de las personas prefieren no hablar de la muerte quedando relegada, apartada e incluso eludida esta idea, “constituyéndose como tabú el sólo mencionarla. Esto provoca que su presencia llene de miedo, dolor y sufrimiento al no saber cómo tratarla, ni estar preparado para asumirla con naturalidad. Debido a esto y principalmente a la cultura en que se vive, se oculta y se evita hablar de ella, ya que en el fondo es concebida como un fracaso personal, biológico, médico o tecnológico, y es ahí donde aparece la religión, generadora de esperanza ante el gran misterio de la vida: la muerte” (8).

“La idea de muerte ha sido abordada desde distintas disciplinas: la Filosofía, Antropología, Medicina y la Psicología, que enfocan el quehacer del hombre, encontrándose que, la muerte al igual que la vida, está condicionada por factores biológicos, psicológicos y socioculturales” (9).

Bayes et al (10) señalan que, “en la sociedad occidental, la muerte se vive “como algo extraño, imprevisto, que les trunca la vida, y que la mayoría de las veces no está en sus pensamientos”. Esta negación social de la muerte también se traslada

al ámbito médico: la medicina se ha centrado básicamente en eliminar la enfermedad o todas las causas posibles de muerte, a partir de la idea es que ésta en teoría es evitable, y que cuando se presenta se vive como un fracaso médico. Se ha observado que “la tendencia de la sociedad actual es esconder y medicalizar la muerte; se prefiere muerte rápida, súbita, que se produzca cuando uno este durmiendo y sin o con un baja nivel de conciencia” (11).

Varios autores, “destacan su influencia dentro del ámbito tanatológico, médico y cultural; consideran además que se trata de una experiencia totalmente individual, que involucra muchos procesos psicológicos con manifestaciones frecuentes de psicopatología. Los aspectos que se deben considerar son”: (12) (13).

“Negación y asilamiento: Se trata de un periodo defensivo que permite amortiguar el impacto inicial y da oportunidad para que otros mecanismos de defensa de la personalidad salgan a flote. Estos a veces son sanos y apropiados y a veces no lo son” (12) (13).

“Ira: Implica un proceso de proyección de sentimientos muy primitivos y de muy difícil manejo para el paciente, para sus familiares y para el personal de salud rabia, envidia, resentimiento entre otros. Tiene un componente tanto racional como irracional. Se debe ser especialmente comprensivo, paciente y prudente en esta etapa” (12) (13).

“Negociación: Es una etapa que se da por accesos breves, pero progresivos hasta que el paciente llega a liberarse de sus temores irracionales, deseos inconscientes de castigo y culpa. Es una etapa en donde el paciente necesita un acompañamiento muy dirigido y profesional” (12) (13).

.

“Depresión: Es el estado afectivo que sigue y tiene dos componentes:

a) El reactivo: Secundario al propio proceso, y

b) El anticipatorio; se debe recordar que lo que la persona tiene enfrente y hacia dónde se dirige, es su propia muerte” (12) (13).

“Aceptación: Siempre y cuando haya tenido suficiente tiempo y haya recibido la adecuada ayuda y conducción en las fases anteriores. Cuando se llega a esta etapa habiendo vivido la persona enferma junto al profesional de Enfermería este proceso, se tiene una de las experiencias más formativas y de mayor templanza humana y espiritual que este profesional pueda tener” (12) (13).

A partir de esta etapa se debe procurar la ayuda de los familiares, que en algún tiempo más, deberán empezar a vivir el proceso de duelo.

Gala, Lupiani y Díaz (5), proponen ciertas conductas a seguir ante la persona moribunda y sus familiares:

1. “Manejo de la información proporcionada de acuerdo a la capacidad de entendimiento de la persona enferma y sus familiares. Identificar, si es posible, dentro del grupo familiar a un líder de opinión que sirva de interlocutor y reforzador de la información” (5). Se puede hacer en forma gradual, pero lo correcto es que el paciente y sus familiares la conozcan por completo eventualmente. Debe incluirse un apartado amplio sobre los aspectos pronósticos en términos de calidad de vida y costo que implican las alternativas terapéuticas que se pueden ofrecer. Aquellas de carácter experimental deben ser claramente explicadas sin promover falsas expectativas”. Es fundamental que en este proceso de comunicación la enfermera se esfuerce a ser lo más sincera y abierta posible

para favorecer que todas aquellas dudas que se tengan le sean preguntadas y resueltas.

2. La enfermera debe ser compasiva, paciente y sincera.
3. La enfermera debe proporcionar al enfermo o procurar que alguien lo haga, apoyo emocional y espiritual, además del físico.
4. Se debe procurar en lo posible y con los medios a la mano, evitar el dolor y tratar de no afectar el estado de alerta si existe alternativa.
5. Tratar de evitar, si es posible, el aislamiento del enfermo de su familia.
6. Siempre tratar de evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia. Guiarlos para que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su familiar enfermo.
7. La prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana de la persona.
8. “Siempre preguntar cuanto tiempo y si las circunstancias lo permiten, la existencia de indicaciones específicas de la persona enferma con respecto a maniobras de reanimación, técnicas de soporte vital, donación de órganos, entre otros y procurar que se plasmen por escrito con el aval de los familiares y hacerlo del conocimiento de una autoridad” (5).
9. “La enfermera tiene derecho a tener ayuda en lo personal, de apoyo profesional, psicológico, espiritual, legal, entre otros. Es importante la creación de Comités de Ética y Tanatológicos que puedan auxiliar en tales circunstancias” (5).

“Los profesionales de la salud no están libres de la influencia de la sociedad, ni de las emociones, actitudes o sentimientos que les genera la muerte y los enfermos moribundos. Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta, como dolor, pena o sufrimiento, pueden condicionar, en cierto modo, la forma en que estos profesionales afrontan la muerte y el trato que proporcionan a los

enfermos en situación terminal y a sus familiares. En este sentido la enfermera que a de enfrentarse de manera directa y frecuente a la muerte y a la agonía ajena padecen, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en un cuidado inadecuado, por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos hacia la muerte” (14, 15).

“Con base a lo anterior, es necesario considerar que la enfermera experimenta el mismo duelo que el resto de las personas cuando se enfrentan a una pérdida, debido a la cercanía con el paciente y esto sucede como vía de escape para su salud psicológica y en este sentido, hay profesionales que se afligen tanto, que no pueden desarrollar la labor de apoyo, en el duelo, a los familiares y allegados “(15).

“En el quehacer diario la enfermera desempeña su labor junto a personas moribundas, por lo que establecen una serie de relaciones y de lazos mutuos, siendo el objetivo principal la prestación de cuidados de la persona desde un punto de vista holístico, estando conscientes del aumento de relación existente entre ambos y por ello, al llegar al desenlace es normal que este personal pase por una etapa de duelo, denominado duelo de los cuidadores” (5).

“Lo antes expuesto, lleva entonces a considerar que es preciso que se comience a dar aportes que contribuyan al abordaje sistematizado del proceso de muerte de los pacientes, investigar sobre los factores asociados a esta situación, tales como: la enfermedad que la provoca, edad del paciente, actitudes ante la muerte, entre otros. Este abordaje podría constituirse en una línea de investigación que proponga estrategias para afrontar adecuadamente el fin de la vida” (16).

“Ante una persona en etapa terminal, la enfermera debe ofrecer cuidados que van desde; el alivio y la prevención del sufrimiento; la identificación

precoz y tratamiento impecable del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales; colaborar para que la persona enferma y la familia acepten la realidad y; procurar conseguir la mejor calidad de vida para los enfermos, evitando el uso de medidas desesperadas. Este último aspecto presenta para el trabajador de salud una serie de problemas, que van desde el cómo informar a los familiares hasta los sentimientos de impotencia, fracaso y culpa que lo embargan, al considerar la cuota de responsabilidad que le corresponde al no lograr el éxito terapéutico” (17).

Se hace necesario, entonces comprender el concepto de “actitudes”. Merino (18) refiere que “las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección, lo que es uno de los caros anhelos de la ciencias sociales”.

“Las enfermeras son seres humanos funcionales, que no solo actúan, sino que también piensan y sienten. La actitud es uno de los conceptos más relevantes en psicología social. No es un concepto asilado, sino que se halla en estrecha relación con otros conceptos psicológicos como motivación, percepción, personalidad y conducta” (19).

El término “actitud” ha sido definido como “reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto detonado”. Las actitudes son aprendidas. En consecuencia pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a

permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular (20).

“Las actitudes tienen funciones sociales y psicológicas como comprensión, satisfacción de las necesidades, defensa del yo y de valores. La comprensión cambia, cuando en la vida no se tiene ideas claras, es decir, cuando existe carencia de conocimientos acerca de un tema, como en este caso, sobre la muerte. Las necesidades de satisfacción pueden cambiar también de acuerdo al cambio de actitudes del individuo” (21).

“La defensa del yo es la que refuerza los factores que alivian una amenaza. Las actitudes que expresan valores, son difíciles de cambiar, ya que estas tienen que ver con las creencias de cada persona; la satisfacción de las necesidades personales pueden ser útiles para alcanzar metas profesionales. Las actitudes frente a la idea de la muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas. La muerte en esta cultura, con su lógica de vivir rápido y pasar, no soporta la muerte, porque es considerada como fracaso y por ello se trata de negarla y ponerla fuera de la propia vista y de los otros (la muerte solitaria con los respiradores, sondas y sueros como únicos acompañantes, tanatorios y cementerios alejados de las ciudades)” (22).

“Las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionados con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad, en concreto de las leyes naturales (visión de control o de sometimiento), pues una sensación de control sobre éstas (es más acusado en los países desarrollados) lleva a tener menos

conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte. También tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias del ser humano. Las principales actitudes descritas ante la muerte son: ansiedad, temor, preocupación y aceptación” (23).

“Las principales actitudes de la enfermera en torno a la muerte, deben volver a ser personales, íntimas, informadas, e individualizadas, como primera medida ante el sufrimiento de las personas en fase terminal y por ello, la labor del profesional de esta rama de la salud debería ser detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo, siempre que sea posible, mucho más si la práctica profesional lo pone en contacto con la muerte de personas” (22).

“A pesar de que la enfermedad y la muerte constituyen reales posibilidades de la existencia humana, con frecuencia se elude hablar del tema. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud evasiva; pero no siempre ha sido así, la actitud del hombre ante la muerte ha ido cambiando a lo largo de la historia (24). Es posible explicar la situación actual de los enfermos terminales y sus familias y las actitudes ante la muerte, que abundan en los profesionales de la salud, sin analizar desde un ángulo cultural, social, psicológico, político y económico la postura ante la muerte en la sociedad moderna” (25).

“Hoy en día, se tiende a ingresar a los enfermos en hospitales y sanatorios, retirándolos de la vida pública. Inclusive en estos lugares se trata de que la enfermedad y la muerte permanezcan en secreto. En caso de que fallezca alguien, los demás enfermos por lo general no se enteran directamente, más bien se susurra; a la muerte no le está permitido mostrarse” (26). “Estos proceder y actitudes pueden ser psicológicamente peligrosos, pues pretenden desterrar de manera manifiesta

la enfermedad y la muerte de la existencia cotidiana del ser humano, se convierten en eventos que pueden ocurrir sin que las personas estén preparadas para ello” (24,27).

“Esto se ha traducido en un cambio radical en las costumbres y actitudes de las personas y también de los profesionales de la salud, en los ritos funerarios, en el proceso de duelo. La idea de dejar de existir es rechazada y la muerte se convierte en un acto no propio, temido. Incluso, la actitud que una persona tiene ante la muerte puede tener influencia en su conducta y relacionarse con los demás problemas de esa persona” (24,28).

“La conciencia de muerte es una característica fundamentalmente humana, las actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos del hombre ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos y reforzados a lo largo de su vida. Los distintos ritos y costumbres, el lugar que la cultura ha concedido a la muerte y el mantenimiento de una relación entre los vivos y los muertos, ponen de manifiesto cómo el fenómeno de la muerte ha propiciado, desde épocas tempranas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas mágico-religiosas que le han servido a los seres humanos, a lo largo de la historia, para explicar, entender y manejar el hecho mismo de la muerte” (24, 28, 29).

La muerte, al igual que el nacimiento, son fenómenos naturales, inherente a la condición humana, que comparte aspectos biológicos, sociales, culturales, así como psicológico-emocionales, y quizás, ellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto la propia persona, como en sus redes de contactos sociales íntimos y en quienes los entienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da también es antagónica. La muerte o

su proximidad, genera un amplio conjunto de actitudes y emociones de variada intensidad. Además se señala que entre las respuestas emocionales más frecuentes que encierra la muerte se encuentra la ansiedad, el miedo y la depresión (30).

En este sentido, Neimeyer (13) afirma con relación al sexo, que las mujeres temen más a su propia muerte y la temen más que los hombres. El miedo a la muerte puede variar en función del trabajo u ocupación de la persona; es decir las personas que tienen ocupaciones peligrosas o relacionadas con la muerte tienen más miedo a la muerte y al proceso de morir que las personas que tienen otras ocupaciones. Así también la edad no influye para tener más o menos miedo a la muerte.

Cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás (31).

2.2. Bases teóricas

Es importante resaltar los diferentes modelos y teorías en Enfermería, que se ha adaptado al presente estudio.

La filosofía de Florence Nightingale (32), el cual se centra en el entorno, señala que “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo son capaces de evitar, suprimir, o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte”, es decir, que no separa los aspectos físicos, emocionales o sociales del medio del paciente, aparentemente suponía que todos ellos formaban parte de su entorno. Basó sus ideas en los valores individuales,

sociales y profesionales; sus influencias más significativas fueron la educación, la observación y la experiencia directa.

Nightingale (32), creía que para mantener una atención sanitaria adecuada era necesario disponer de un entorno saludable, es por ello que menciona en su teoría los cinco componentes esenciales de la salud ambiental (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz); donde una de las responsables es la enfermera que se encargaba tanto del control del entorno físico como administrativo. En este sentido el control del entorno tenía como objetivo proteger al paciente de posibles perjuicios físicos y psicológicos.

Se toma esta filosofía, para la presente investigación; ya que se relaciona con factores psicológicos, sociales, culturales y profesionales de la Enfermera presente en una unidad de cierto hospital, que interfiera, mostrando una actitud incorrecta o negativa ante una situación de muerte inminente de un paciente; dejando a un lado los cinco componentes que menciona Nightingale.

A su vez se ha tomado como base teórica el modelo conceptual de Ernestine Wiedenbach en Marriner (33), opinaba que todas las personas tienen necesidades que forman parte normal de su vida. Desarrolla su modelo teórico a partir de la inmensa experiencia práctica y educativa, donde se hace ver el efecto que ejercen los pensamientos de la enfermera en el resultado de sus acciones. La enfermera es un ser humano funcional, no sólo actúa, sino que también piensa y siente, cuyas acciones se encaminan directamente a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos han de plantearse de manera disciplinada, hacia el bien global del paciente. La filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la

realidad que emana de sus creencias y de su código de conducta, reside en su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones, todo ello se enraíza en su cultura y subcultura y forma parte de su ser. La filosofía es de naturaleza personal, única para cada enfermera, y se expresa externamente en su forma de ejercer su profesión.

Se ha incluido este modelo conceptual, puesto que se relaciona con los sentimientos y emociones de la enfermera, en donde se indaga sobre los aspectos psicológicos y espirituales que influyen en la conducta profesional, los cuales están sumamente relacionados.

Se toma el concepto de actitud de Merino (18) que define las actitudes como el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección.

Young (8), define una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas.

Se toma también el modelo tridimensional de actitud de Rodríguez (34) que la define como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que

predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto.

Según este modelo toda actitud incluye tres componentes, que a su vez se interrelacionan entre sí. Así tenemos:

“Afectivo: Emociones que produce el objeto de la actitud. Está constituido por expresiones de sentimientos hacia el objetivo de referencia. Recogería todas aquellas emociones y sentimientos que despierta la estadística, y por ello son reacciones subjetivas, positivas, negativas, de acercamiento, de huida, de placer y dolor” (35).

“Cognitivo: Ideas y creencias sobre el objeto de la actitud. Representa el conocimiento que, dentro de ciertos límites de certeza, tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable. Se refiere a las expresiones de pensamiento, concepciones y creencias, acerca del objeto actitudinal, en este caso, la estadística incluye desde los procesos perceptivos simples hasta, los cognitivos más complejos” (35, 36).

“Conductual: Acción respecto al objeto de actitud. Se entiende por conducta cualquier respuesta que un sujeto presenta ante un estímulo, respuestas que pueden ser fisiológicas, motrices, mentales o combinaciones de ellas. El componente conductual aparece vinculado a las actuaciones en relación con el objeto de las actitudes. Son expresiones de acción o intención conductual y representa la tendencia a resolver en la acción de una manera determinada” (37, 38).

Al comparar estas definiciones, se puede afirmar que la actitud es una predisposición, una tendencia a una acción adquirida por medio del ambiente en que

se vive, de las experiencias personales, vinculadas con una carga afectiva que se adquiere con respecto al objeto.

Se toma estos modelos por que la compatibilidad de las actitudes con la sociedad, facilita la formación de valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos ante cualquier situación posible.

2.3. Antecedentes.

Colell, Limonero y Dolores en Paz, A. (16), en su investigación titulada “Actitudes y Emociones en Estudiantes de Enfermería ante la Muerte y la Enfermedad Terminal”, en la Universidad Hispalense de Sevilla, España, estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 150 estudiantes de Enfermería del primer curso; para la recolección de datos se utilize un cuestionario sobre factores que ayudan a morir en paz y la escala Cullt-Lester. “Los resultados demostraron que los futuros profesionales de enfermería preferían tratar enfermos pediátricos y que el miedo a la muerte generaba más ansiedad que el miedo al proceso de morir” (16).

Hernández, González, Fernández e Infante en Paz, A. (16), en su estudio titulado “Actitud ante la Muerte en los Médicos de Familia”, en el Policlínico Plaza de la Revolución, de Cuba, estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, Se incluyó a una muestra de 50 médicos de familia y para la recolección de datos se utilize un instrumento diseñado para estudiar las actitudes ante la muerte, organizado en 6 escalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y

perspectiva profesional con 33 ítems. Se obtuvieron los siguientes resultados: “Las actitudes prevalentes en los médicos eran de evitación y temor, en un contexto ambivalente dado por las actitudes positivas de aceptación de la muerte como un hecho natural, que se traducían en afrontamiento profesional no consecuente. En general, se encontraron actitudes que revelaron la insuficiente preparación de los Médicos de Familia investigados para la aproximación realista a la muerte” (16).

Cordero, Jiménez, y Marrero en Paz, A. (16), en su estudio sobre actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del turno de 7am a 1pm y su relación con la Atención a la Persona Moribunda y sus Familiares”, en el Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga de Barquisimeto, estado Lara; investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, en donde se incluyó a 32 enfermeras de las unidades de Trauma Shock, Cuidados Intensivos, Agudos, Oncológicos y enfermedades infectocontagiosas; para la recolección de datos se aplicó una encuesta de 6 ítems. Se obtuvieron los siguientes resultados: “el sentimiento que les producía la muerte al personal de Enfermería era la depresión en un 59%; el 69% del personal de Enfermería no indagaba con los familiares de la persona moribunda sobre su percepción acerca de la muerte; el 72% del personal de Enfermería no acompañaba al médico a notificar la muerte del paciente, el tipo de atención que prestaba el personal de Enfermería, era en un 75% de tipo física- espiritual y psicosocial” (16).

Mendoza, Peraza y Pineda en Paz, A. (16), realizaron una investigación titulada “Factores que influyen en la actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de los pacientes” en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisimeto, estado de Lara Venezuela; Esta investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, incluyó en su

estudio a 25 enfermeras que ejercen en el area de cuidados intensivos, Para la recolección de datos se aplicó una encuesta de 12 ítems. “Los resultados arrojaron que el 48% del personal de enfermería se deprime, el 20% siente miedo, el 12% expresa ira e indiferencia y el 8% siente rechazo” (16).

Sábado y Gómez en Paz, A. (43), en su studio sobre “Actitudes ante la Muerte e Inteligencia Emocional en Estudiantes de Enfermería”, en la Universidad Autónoma de Barcelona, España; estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, tuvo una muestra de 169 estudiantes de enfermería de la mencionada Universidad, Para la recolección de datos se utilize un cuestionario con las siguientes escalas: Escala de Inteligencia Emocional, Inventario de ansiedad ante la Muerte y la Escala Revisada de Depresión ante la Muerte. “En los resultados expusieron que: En la matriz se observó que las dos escalas de actitud ante la muerte correlacionan de forma positiva y significativa con el componente percepción, mientras que presentaban correlación negativa y significativa. Los datos sugirieron que cuando existían niveles de ansiedad y depresión ante la muerte, se producía un aumento de susceptibilidad a la percepción de estímulos emocionales, mientras que las bajas puntuaciones estaban relacionadas con una regulación emocional más eficaz” (16).

Moncada en Paz, A. (16), en su investigación “Conocimiento que tienen los Estudiantes de IX y X semestre de la escuela de enfermería con relación al cuidado de la persona en fase terminal y proceso de muerte” Mérida, Venezuela. Investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, se incluyó una población 53 bachilleres y para la recolección de datos se utilize un cuestionario. Se obtuvieron los siguientes resultados: “ un 74% de los estudiantes había tenido experiencia con la muerte de sus pacientes, el 83% desconocía las etapas del proceso de muerte, un

promedio global un 80% de las respuestas fueron correctas, aunque en algunos aspectos fundamentales como sentimiento de esperanza y decir la verdad sobre lo que estaba ocurriendo, se encontró un 47% y 64% respectivamente. El 92% tenía claridad conceptual del proceso de enfermero” (16).

Carmona en Paz, A. (16), en su estudio titulado “El sentir de los médicos y Enfermeras ante el Duelo y La Muerte del Paciente” en la universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela, se utilizó fue la fenomenológica. Se incluyeron en la investigación a 10 profesionales del equipo de salud cinco enfermeras y 5 médicos, la recolección de datos se realizó mediante la observación directa y la entrevista a profundidad. Se encontró: “En los informantes emergieron sentimientos de negación, sufrimiento, falta de preparación para enfrentar situaciones de duelo y muerte, ansiedad, vulnerabilidad de la vida y el espejo de la propia muerte. También observó que en todas las expresiones manifestadas por los médicos y enfermeras, subyacían sentimientos de frustración, fracaso, culpa, dolor, incompetencia y negación de la muerte” (16).

“En las síntesis interpretativa, los hallazgos citados evidenciaron que las experiencias vividas por las enfermeras y los médicos, incluidos en el estudio, al enfrentarse a situaciones de muerte y duelo, generaban en ellos un sentir enmarcado en primer término por una concepción negativa hacia la muerte y en segundo término por el temor hacia la propia muerte como hecho inevitable, lo cual se relacionaba con sentimientos emergentes que involucran la totalidad del ser, tales como: negación, afinidad, empatía, impotencia, frustración, angustia, desespero, llanto, huida y tristeza. El hecho de no sentirse preparados para abordar de manera efectivo al paciente que sufre un duelo anticipado por la proximidad de la muerte a o al familiar que vivía la agonía del desenlace fatal, así como el hecho de revivir sus propio

duelos, hacía que los médicos y enfermeras se vieran envueltos frecuentemente en situaciones que podrían poner riesgo su salud física y mental” (16).

Analizando los resultados anteriores, nos damos cuenta que la actitud que demuestra el profesional de Enfermería ante la muerte es negativa, la cual lleva a tener una comunicación apática con los familiares, dejando a un lado los sentimientos de éstos ante la muerte, lo cual quiere decir que presta sólo una atención al moribundo en lo físico más no en o espiritual, olvidando los principios bioéticos de la profesión.

2.4. Hipótesis

H₁: Los factores biológicos se relacionan positivamente con la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

H₀: Los factores biológicos no se relacionan positivamente en la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

H₂: Los factores sociales se relacionan positivamente en la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

H₀: Los factores sociales no se relacionan positivamente en la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

H₃: Los factores culturales se relacionan positivamente en la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

H₀: Los factores culturales no se relacionan positivamente en la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. HRDT. 2013.

2.5. Variables

Variable independiente: Factores Biosocioculturales de la enfermera.

Variable dependiente: Actitud ante la muerte del paciente.

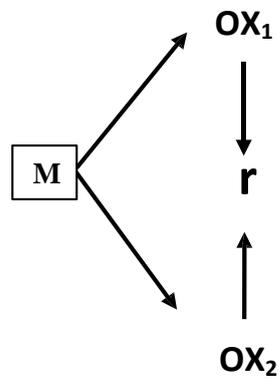
III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y Diseño de la investigación.

El tipo de investigación fue cuantitativo.

Nivel de estudio: descriptivo correlacional.

El diseño de la investigación fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal (39, 40) prospectivo, durante el mes de agosto del 2013.



Dónde:

M = Muestra

O = Observación

X₁ = Factores biosocioculturales

X₂ = Actitud de la enfermera ante la muerte

r = Relación

3.2. Población y la muestra.

La población en estudio estuvo conformado por 40 enfermeras que laboran en los servicios de UCI y Emergencia del HRDT en condición de nombradas o contratadas, durante el mes de agosto del 2013.

La muestra lo conformó el total de profesionales que laboraron en ambos servicios.

La participación en el estudio fue voluntaria, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

- El total de las enfermeras nombradas y contratadas que laboran en los servicios de EMG y UCI.
- Enfermeras que laboran en dichos servicios como mínimo 1 año.
- Firma del consentimiento informado aceptando participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que laboran menos de 1 año en el servicio.
- Enfermeras con licencia médica o vacaciones.

3.3. Definición y Operacionalización de las Variables y los Indicadores.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores Biosocioculturales de la enfermera.

Definición Conceptual: Conjunto de valores, criterios, aspiraciones, sueños, y modelos, hábitos y costumbres, formas de expresarse y comunicarse, de relacionarse que tienen las personas de una comunidad o un territorio.

INDICADORES:

Factores biológicos:

Edad:

Definición Conceptual: Años cumplidos y verificados en DNI al momento de la entrevista.

Definición Operacional: Ordinal

21 a 30

31 a 40

41 a 50

Sexo:

Definición Conceptual: Condiciones, características biológicas, psicológicas que diferencian al género.

Definición Operacional:

(M) Masculino

(F) Femenino

Factores sociales:

Estado civil:

Definición Conceptual: Situación personal civil en que se encuentra una persona física en relación a otra.

Definición Operacional:

Soltera (o)

Casada (o)

Viuda (o)

Divorciada (o)

Condición Laboral:

Definición Conceptual: Estado o situación en que se encuentra el encuestado respecto al trabajo que realiza.

Definición Operacional:

Nombrada (o)

Contratada (o)

Tiempo de Servicio:

Definición Conceptual: Años que labora en la institución hasta el día de la encuesta.

Definición Operacional:

De 2 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a más

Tiempo que trabaja en el área:

Definición Conceptual: Años que labora en el servicio de UCI y/o Emergencia hasta el día de la encuesta.

Definición Operacional:

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a más

Factor cultural:

Procedencia:

Definición Conceptual: Ubicación geográfica a la que pertenece.

Definición Operacional:

Ciudad de Trujillo

Otra Ciudad

VARIABLE DEPENDIENTE: Actitud ante la muerte del paciente.

Definición Conceptual: “Estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada. La actitud del hombre ante la muerte es producto de la educación que varía en función del contexto cultural marcada por la manera en que la concibe de acuerdo a la realidad en el mundo que vive” (23).

Definición Operacional: Actitud general ante la muerte del paciente.

Actitud Positiva: De 71 a 90 puntos

Actitud Parcialmente Positiva: De 51 a 70 puntos

Actitud Negativa: De 30 a 50 puntos

Una actitud tiene los siguientes indicadores: cognitivo, afectivo y conductual.

Cognitivo:

Definición Conceptual: “Opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas representan el conocimiento que, dentro de ciertos límites de certeza tiene la persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo. Las opiniones son las ideas que se posee acerca del objeto, evento o persona, sus creencias y estereotipos” (37).

Definición Operacional:

Positiva 19 – 27 puntos

Parcialmente Positiva 09 – 18 puntos

Negativa Menor a 9 puntos

Afectivo:

Definición Conceptual: “Se refiere a los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones asociadas con el objetivo en referencia. Los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social” (38).

Definición Operacional:

Positiva	21 – 30 puntos
Parcialmente Positiva	11 – 20 puntos
Negativa	Menor a 11 puntos

Conductual:

Definición Conceptual: “Tendencias a comportarse y a reaccionar según opiniones o sentimientos propios. Orienta los actos si las influencias externas; sobre lo que se dice o hace, tienen una mínima incidencia vinculando a las actuaciones en relación con el objeto de las actitudes” (39).

Definición Operacional:

Positiva	22 – 33 puntos
Parcialmente Positiva	11 – 21 puntos
Negativa	Menor a 11 puntos

3.4. Técnicas e Instrumentos

Técnica: Entrevista para aplicar el cuestionario.

Instrumento:

Para la recolección de la información se utilizó el Cuestionario de Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, el cual consta de dos partes:

La primera parte, datos biosocioculturales, elaborada por la investigadora y consta de 7 preguntas para responder (Anexo N° 1, parte I).

La segunda parte, Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, elaborada por Grau (25), modificado por la autora y consta de 30 preguntas; del 1 al 9 para la actitud cognitiva, del 10 al 19 para la actitud afectiva y del 20 al 30 para la actitud conductual. En este cuestionario los individuos tuvieron 3 alternativas de respuesta: siempre, algunas veces o nunca; la puntuación fue de 1 a 3 dependiendo del ítem (Anexo N° 1, parte II).

Validez:

El instrumento, tipo cuestionario, que se utilizó para recabar la información pertinente, fue sometido a juicio de expertos y luego validado por los mismos.

Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento fue medida con una muestra piloto aplicada aleatoriamente a 10 enfermeras de otros servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo y luego con el cálculo de alpha de Cronbach para la escala de medición de la actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, el resultado fue 0.83, altamente confiable (Anexo N° 2).

Procedimiento:

Procedimiento para la recolección de datos:

Para obtener los diferentes aspectos tratados en la presente investigación, se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó el permiso respectivo a las autoridades del HRDT.
- Se informó a las enfermeras el motivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria para lo cual dieron verbalmente su consentimiento informado.
- Se aplicó al total de las enfermeras el cuestionario en 20 minutos.

3.5. Plan de análisis.

Una vez obtenida la información a través de la muestra seleccionada en el estudio, se procesó mediante cuadros estadísticos de distribución de frecuencia de doble entrada, donde se utilizó la técnica estadística de relación porcentual.

A los resultados se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios de χ^2 , considerando evidencia de significación estadística con la probabilidad del 95% de acierto y el 0.05 de error.

Los resultados sirvieron de base para redactar las conclusiones y recomendaciones.

3.6. Principios Éticos.

En el presente estudio se tomó en cuenta principios éticos y/o bioéticos de Polit (47):

Principio de autonomía. Por el que cada una de las enfermeras, luego de la información sobre el contenido de la investigación, decidió voluntariamente su participación.

Principio de justicia. Todos los participantes recibieron un trato justo, equitativo con respeto y amabilidad, además de la confidencialidad de la información brindada.

Principio de no maleficencia. Los participantes de la presente investigación no sufrieron daños. Se respetó su integridad física y psicológica; así como la confidencialidad de la información durante el estudio.

Principio de anonimato. La encuesta fue anónima, sin identificación y los datos fueron utilizados solo para la investigación.

IV. RESULTADOS.

4.1. Resultados.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

ACTITUD ANTE LA MUERTE	Nº	%
ACTITUD POSITIVA	01	2,5
ACTITUD PARCIALMENTE POSITIVA	30	75,0
ACTITUD NEGATIVA	09	22,5
TOTAL	40	100,0

Fuente: Encuesta de Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, adaptado por Grau.

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

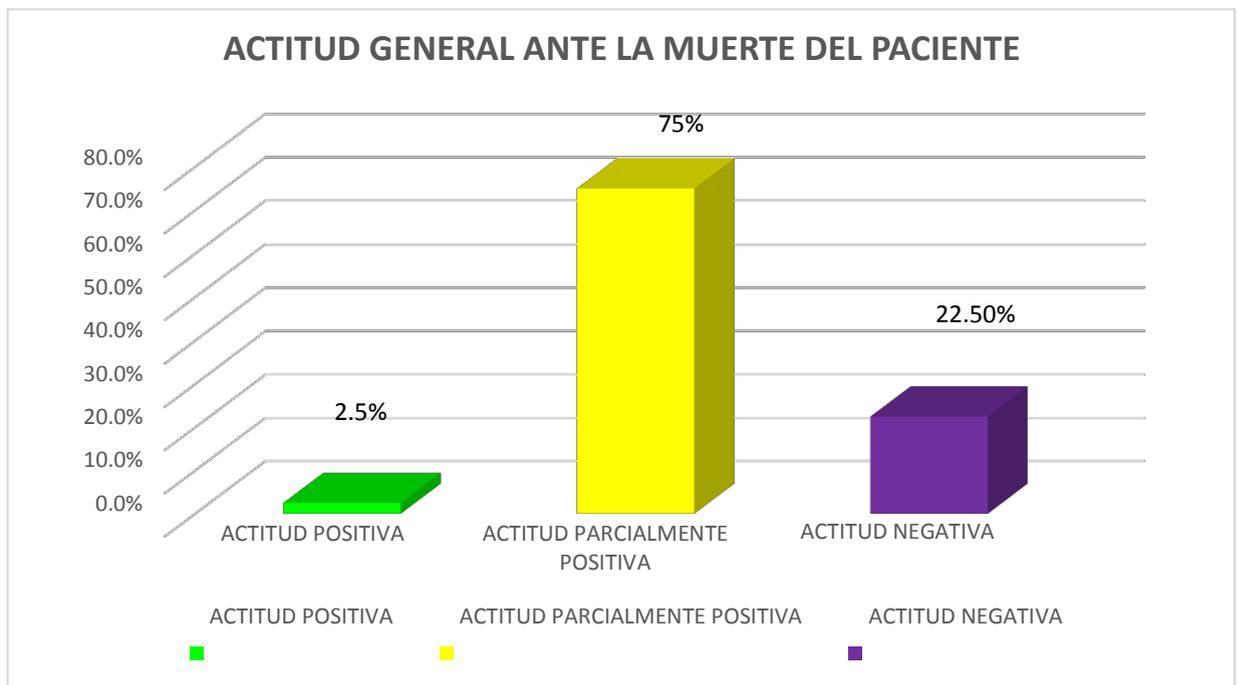


TABLA 2

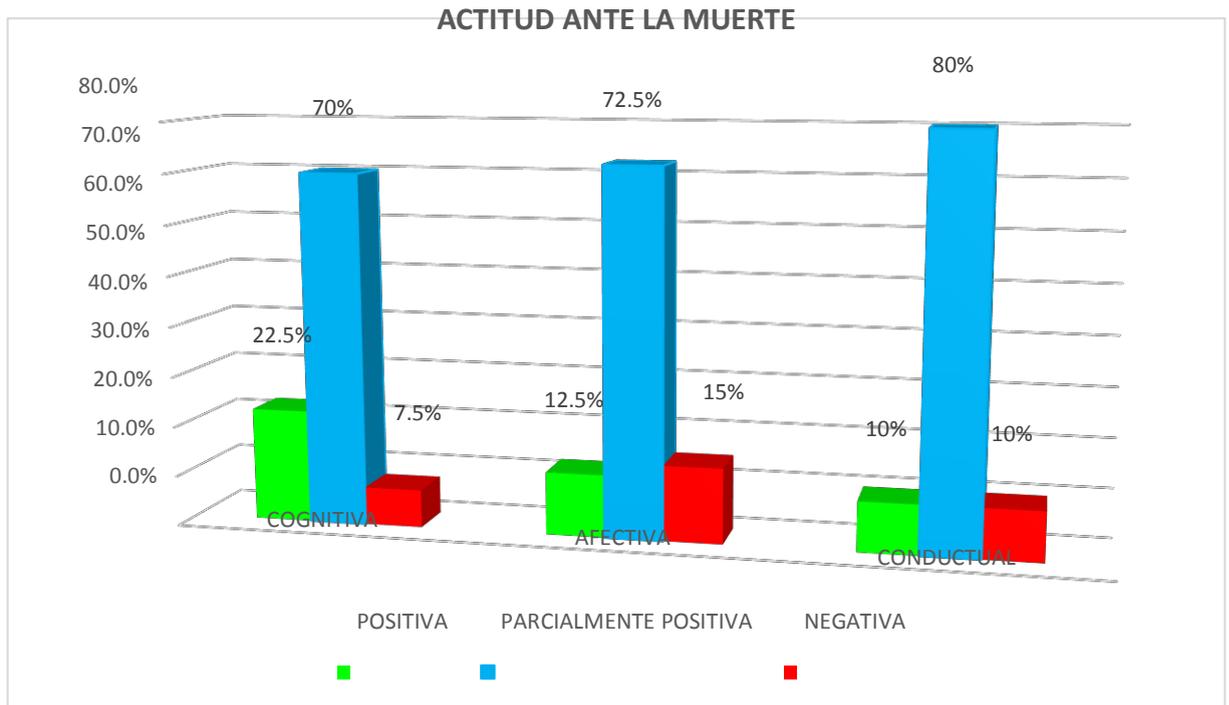
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD COGNITIVA, AFECTIVA Y CONDUCTUAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

ACTITUD ANTE LA MUERTE	Nº	%
COGNITIVA		
Actitud positiva	09	22,5
Actitud parcialmente positiva	28	70,0
Actitud negativa	3	7,5
AFECTIVA		
Actitud positiva	05	12,5
Actitud parcialmente positiva	29	72,5
Actitud negativa	06	15,0
CONDUCTUAL		
Actitud positiva	04	10,0
Actitud parcialmente positiva	32	80,0
Actitud negativa	04	10,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Encuesta de Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente, adaptado por Grau.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ACTITUD COGNITIVA, AFECTIVA Y CONDUCTUAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.



FUENTE: Tabla 2

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA ENFERMERA. UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES	Nº	%
FACTORES BIOLÓGICOS:		
EDAD		
21 a 30 AÑOS	06	15,0
31 a 40 AÑOS	21	52,5
41 a 50 AÑOS	10	25,0
51 a 61 AÑOS	03	7,5
SUBTOTAL	40	100,0
SEXO		
MASCULINO	04	10,0
FEMENINO	36	90,0
SUBTOTAL	40	100,0
FACTORES SOCIALES:		
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	14	35,0
CASADA	23	57,5
VIUDA	01	2,5
DIVORCIADA	02	5,0
SUBTOTAL	40	100,0
CONDICIÓN LABORAL		
NOMBRADA	20	50,0
CONTRATADA	20	50,0
SUBTOTAL	40	100,0
TIEMPO DE SERVICIO		
2 A 5 AÑOS	17	42,5
6 A 10 AÑOS	12	30,0
11 AÑOS A MÁS	11	27,5
SUBTOTAL	40	100,0
TIEMPO QUE LABORA EN UCI - EMERGENCIA		
1 A 5 AÑOS	27	67,5
6 A 10 AÑOS	10	25,0
11 AÑOS A MÁS	3	7,5
SUBTOTAL	40	100,0
FACTOR CULTURAL:		
PROCEDENCIA		
CIUDAD DE TRUJILLO	33	82,5
OTRA CIUDAD	07	17,5
SUBTOTAL	40	100,0

FUENTE: Encuesta Factores biosocioculturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente; parte I, elaborado por la autora.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO: EDAD DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

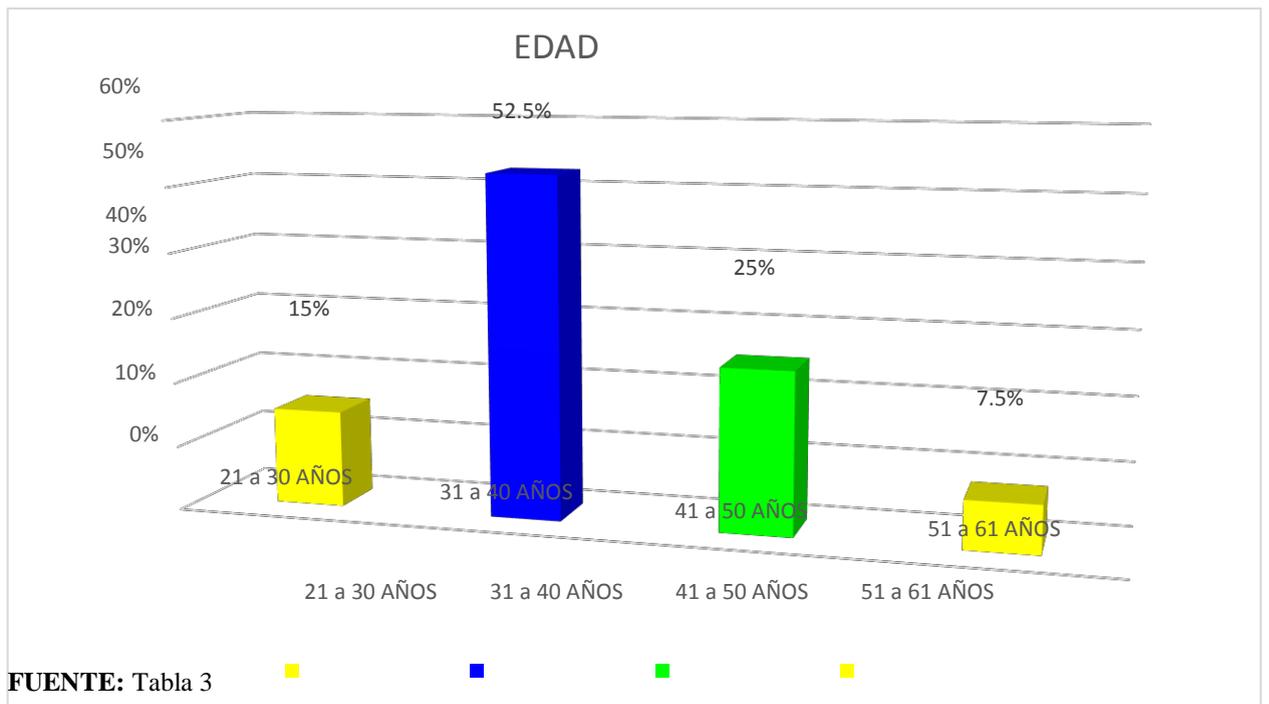
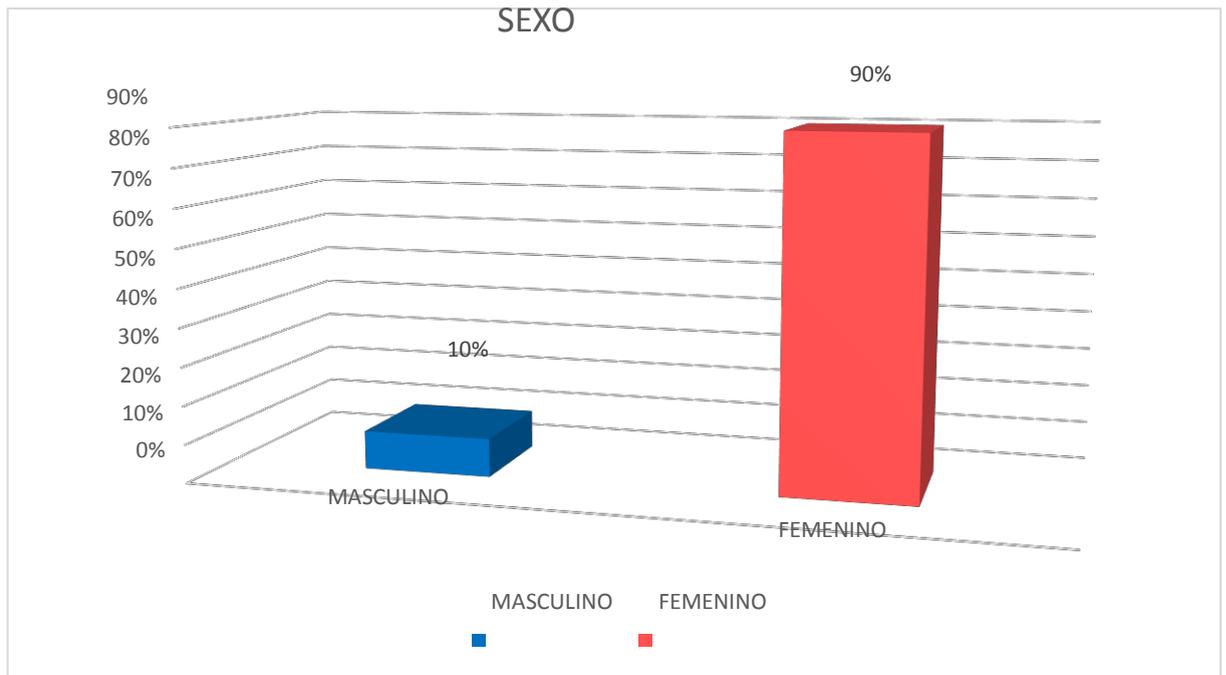


GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR BIOLÓGICO: SEXO DE LA ENFERMERA(O) EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.



FUENTE: Tabla 3

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: ESTADO CIVIL DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

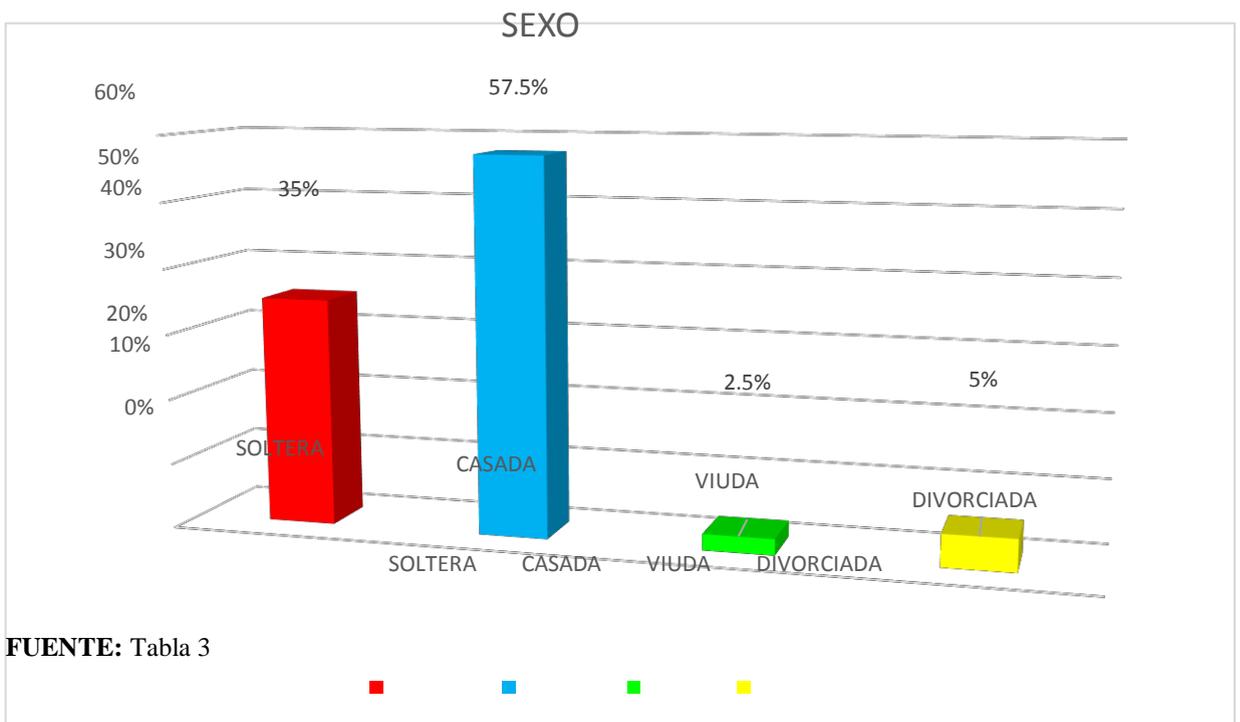


GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: CONDICIÓN LABORAL DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

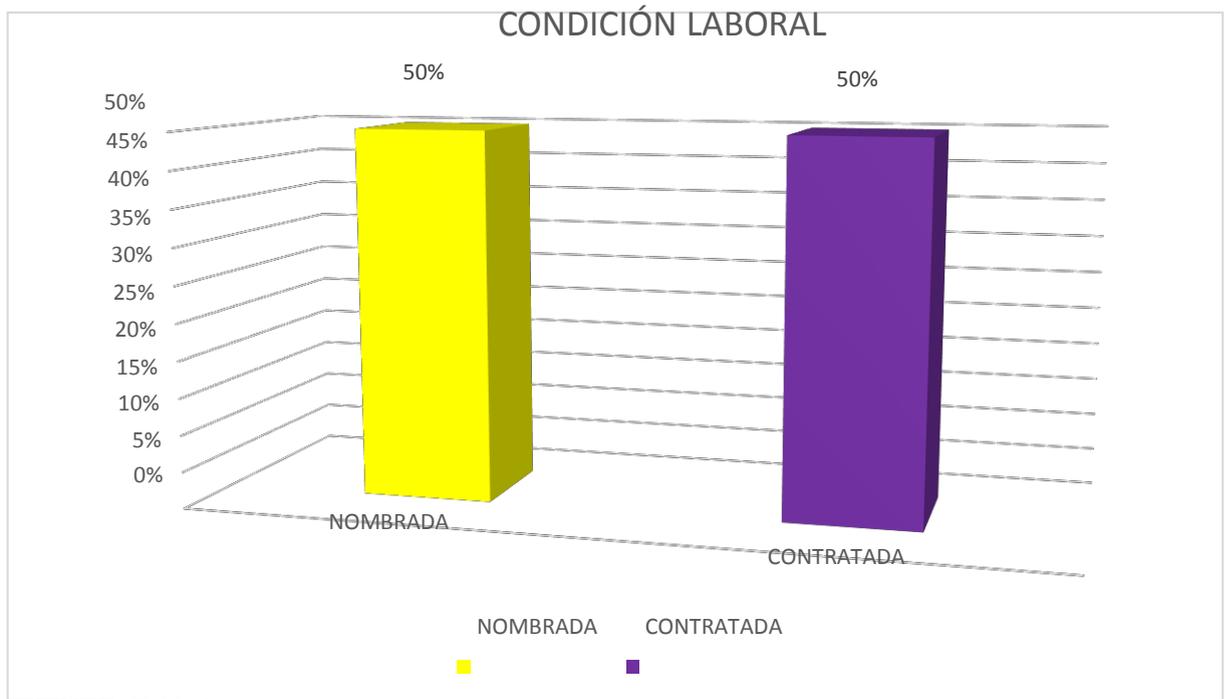
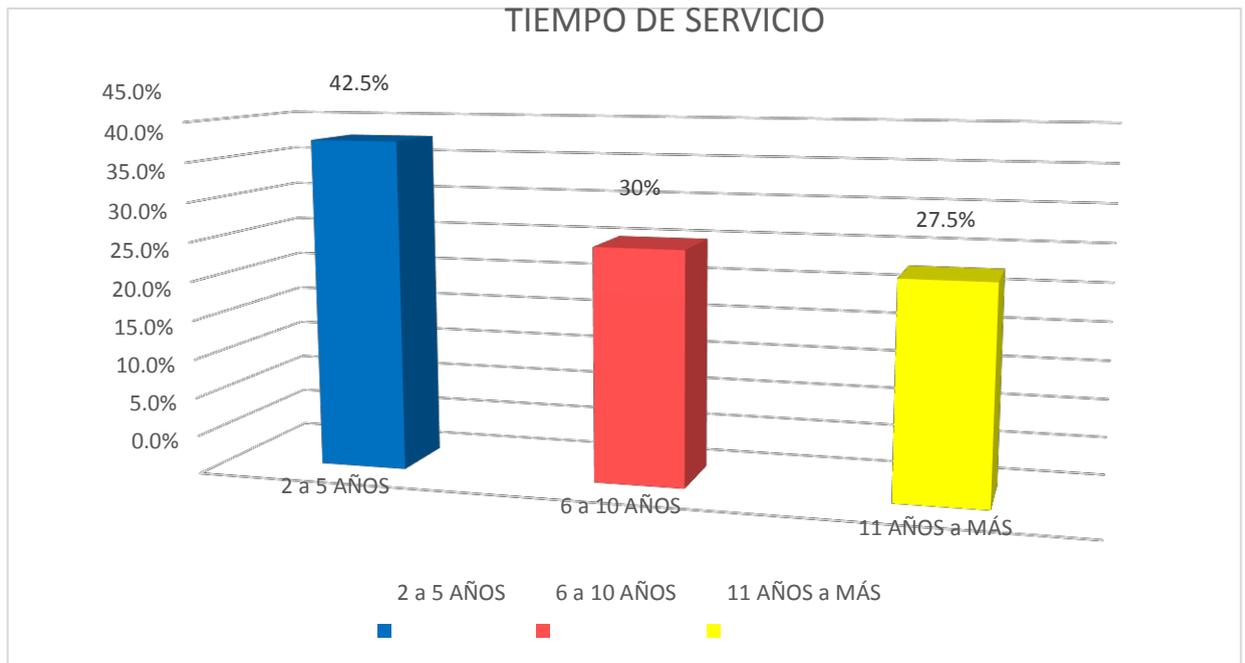


GRÁFICO 7

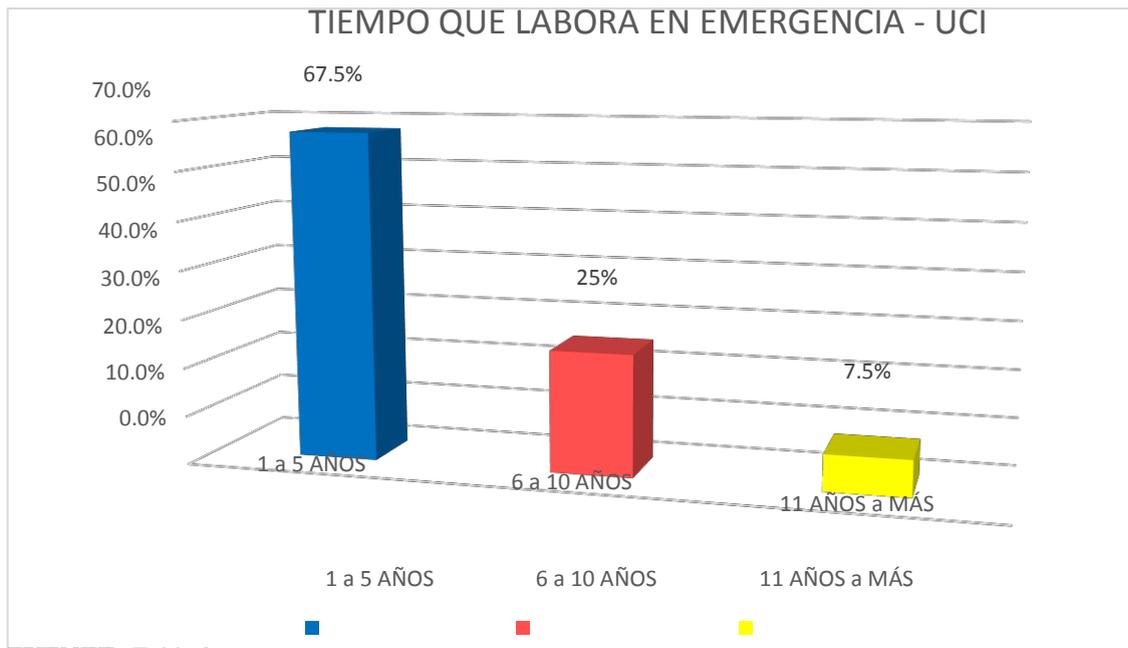
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: TIEMPO DE SERVICIO DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.



FUENTE: Tabla 3

GRÁFICO 8

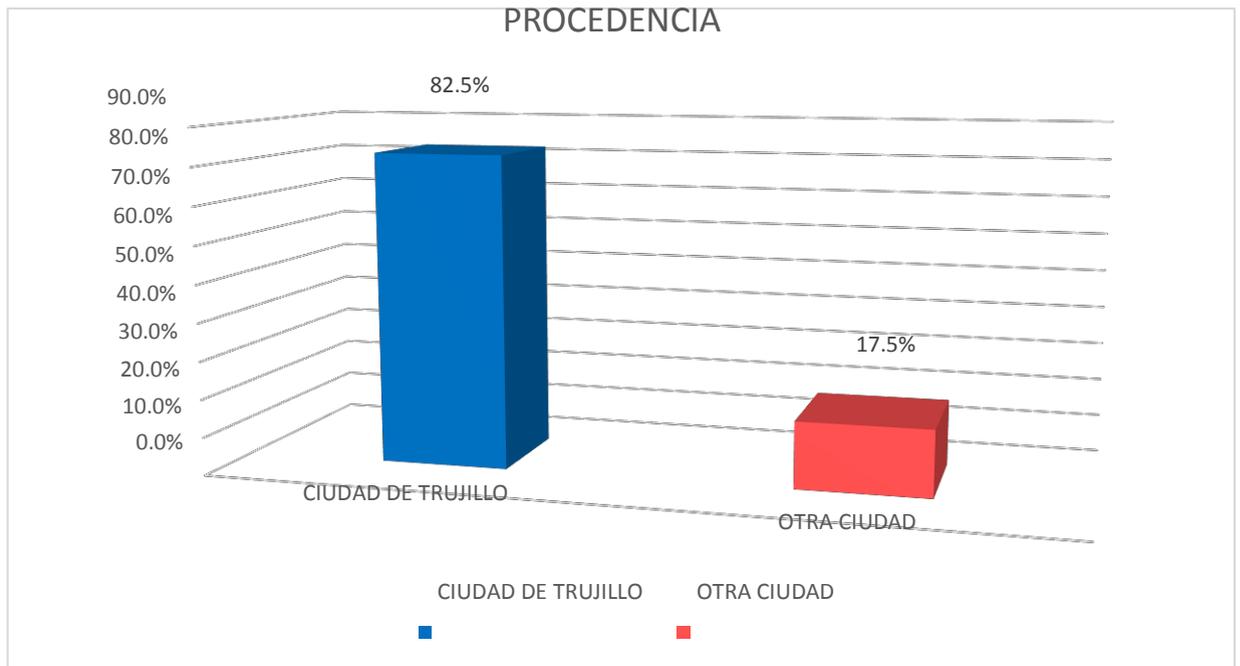
DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR SOCIAL: TIEMPO QUE LABORA LA ENFERMERA(O) EN UCI Y/O EMERGENCIA. HRDT, 2013.



FUENTE: Tabla 3

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DEL FACTOR CULTURAL: PROCEDENCIA DE LA ENFERMERA EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.



FUENTE: Tabla 3

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES BIOSOCIOCULTURALES EN RELACION CON LA ACTITUD GENERAL DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HRDT, 2013.

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES	ACTITUD GENERAL ANTE LA MUERTE						x ²	P
	POSITIVA	PARCIALMENTE POSITIVA		NEGATIVA				
FACTORES BIOLÓGICOS:	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
EDAD								
21 a 30 AÑOS	03	7,5	02	5,0	01	2,5		
31 a 40 AÑOS	00	0,0	08	45,0	04	10,0	20.3	0.00
41 a 50 AÑOS	01	2,5	08	20,0	00	0,0		
51 a 61 AÑOS	00	0,0	01	2,5	02	5,0		
SUBTOTAL	04	10,0	19	72,5	07	17,5		
SEXO								
MASCULINO	01	2,5	03	7,5	00	0,0		
FEMENINO	00	0,0	27	67,5	09	22,5	10	0.01
SUBTOTAL	01	2,5	30	75,0	09	22,5		
FACTORES SOCIALES:								
ESTADO CIVIL								
SOLTERA	00	0,0	11	27,5	03	7,5		
CASADA	01	2,5	16	40,0	06	15,0	1.9	0.93
VIUDA	00	0,0	01	2,5	00	0,0		
DIVORCIADA	00	0,0	02	5,0	00	0,0		
SUBTOTAL	01	2,5	30	75,0	09	22,5		
CONDICIÓN LABORAL								
NOMBRADA	00	0,0	15	37,5	05	12,5		
CONTRATADA	01	2,5	15	37,5	04	10,0	1.1	0.57
SUBTOTAL	01	2,5	30	75,0	09	22,5		
TIEMPO DE SERVICIO								
2 A 5 AÑOS	03	7,5	10	25,0	08	20,0		
6 A 10 AÑOS	00	0,0	09	22,5	01	2,5	10.9	0.03
11 AÑOS A MÁS	00	0,0	09	22,5	00	0,0		
SUBTOTAL	03	7,5	28	70,0	09	22,5		
TIEMPO QUE LABORA EN EMERGENCIA/UCI								
1 A 5 AÑOS	02	5,0	19	47,5	05	12,5		
6 A 10 AÑOS	00	0,0	10	25,0	00	0,0	11.3	0.02
11 AÑOS A MÁS	00	0,0	01	2,5	03	7,5		
SUBTOTAL	02	5,0	30	75,0	08	20,0		
FACTOR CULTURAL:								
PROCEDENCIA								
CIUDAD DE TRUJILLO	01	2,5	26	65,0	06	15,0		
OTRA CIUDAD	00	0,0	04	10,0	03	7,5	2.1	0.34
SUBTOTAL	01	2,5	30	75,0	09	22,5		

FUENTE: Encuesta de Actitud de la enfermera ante la muerte del paciente adaptada por Grau y modificada por la autora.

4.2. Análisis de resultados

El presente estudio tiene por objetivo determinar los factores biosocioculturales: edad, sexo, estado civil, condición laboral, tiempo de servicio, tiempo que labora en el servicio de UCI y emergencia, y procedencia; en relación a la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, en el cual se encontraron los siguientes resultados.

En la tabla 1: Distribución según la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia. HRDT, 2013; se observa que el mayor porcentaje (75%) lo obtuvo la actitud parcialmente positiva, seguido de la actitud negativa con 22,5% y por último la actitud positiva con 2,5% datos que se aprecian en el gráfico 1. Lo que indica que la enfermera muestra temor y ansiedad ante la de la muerte.

Estos resultados concuerdan con Collel y otros en Paz, A. (16), en su investigación sobre : Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal; concluyendo que los profesionales tienen una actitud de miedo ante la muerte generándoles ansiedad.

Asímismo, Hernández y otros Paz, A. (16), en su estudio: Actitudes ante la muerte en los médicos de familia en Cuba; se encontraron actitudes que revelaron la insuficiente preparación de los médicos de familia investigados para la aproximación realista a la muerte.

La muerte desde el punto de vista médico y legal, es la finalización de las actividades vitales del organismo que sea completamente irreversible. En la actualidad con el adelanto científico una persona puede haber dejado de respirar por sus propios medios y, sin embargo, seguir con vida a través de un respirador artificial. Así también, puede hablarse de muerte cerebral para hacer referencia al

cese completo e irreversible de la actividad cerebral. Además de la muerte biológica, existe una concepción social y religiosa sobre la muerte; considerando a la muerte como el final de la vida física pero no de la existencia del alma (7).

Por otro lado, debe aceptarse que la muerte es solo un estado del ser humano, un hecho inevitable y que sucede cuando el cuerpo ya no responde a ningún tratamiento repercutiendo en cada persona en forma singular y el que lo experimentó no deja evidencia; en vida nadie desea hablar del tema manteniéndose en un misterio y es la religión que genera esperanza de una nueva vida.

“Al enfrentarse a situaciones de muerte y duelo en un hospital, la enfermera es quien se encuentra en estrecho acercamiento con la persona moribunda y sus familiares y experimenta el mismo duelo que el resto de las personas cuando se enfrentan a una pérdida, esto pone en riesgo su salud física y psicológica, y en este sentido, hay profesionales que se afligen tanto, que no pueden desarrollar la labor de apoyo en el duelo, a los familiares y allegados, ya sea por la generación de sentimientos negativos hacia la muerte que involucran la totalidad de su ser o por el temor hacia la propia muerte como hecho inevitable; tales como: negación, afinidad, empatía, impotencia, frustración, angustia, desespero, llanto, huida y tristeza” (16).

En la tabla 2: Distribución según la actitud cognitiva, afectiva y conductual de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia. HRDT, 2013; se aprecia el mayor porcentaje (80%) para la actitud conductual parcialmente positiva y un 10% tanto para la actitud positiva como negativa. La actitud afectiva es parcialmente positiva en un 72,5%, negativa 15% y positiva 12,5%; seguida de la actitud Cognitiva parcialmente positiva 70%, positiva 22,5% y negativa 7,5%; esto se debe

probablemente a que la enfermera está tomando en sus diferentes actitudes miedo y temor ante la muerte.

Los resultados concuerdan con Sábado y Gómez en Paz, A. (16), en su estudio: Actitudes ante la muerte e inteligencia emocional en estudiantes de enfermería, en donde se obtuvieron como resultados que ante la muerte hay sensaciones de ansiedad, depresión y las personas son más susceptibles a recibir estímulos emocionales, además es más difícil reaccionar eficazmente ante ese suceso.

La actitud se define como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. “Incluye tres componentes: cognitivo, se refiere a las ideas y creencias sobre el objeto de la actitud; afectivo, se refiere a las emociones que produce el objeto de la actitud; y conductual, se refiere a la acción respecto al objeto de actitud, es decir a la respuesta que un sujeto presenta ante un estímulo, respuestas que pueden ser fisiológicas, motrices, metales o una combinaciones de ellas. Estos tres componentes (cognitivo, afectivo y conductual), pueden estar o no relacionados entre sí” (16).

“Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta, como dolor, pena o sufrimiento, pueden condicionar, en cierto modo, la forma en que la enfermera afronta la muerte y el trato que proporcionan a los enfermos en situación terminal y a sus familiares. En este sentido la enfermera que ha de enfrentarse de manera directa y frecuente a la muerte y a la agonía ajena padecen, en mayor o menor grado, ansiedad e intranquilidad, que puede traducirse en un cuidado inadecuado, por ejemplo actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos hacia la muerte” (16).

Se ha observado en el quehacer diario que ante la presencia de la inminente muerte de un paciente existen diversas reacciones de diferentes índoles por parte del personal de enfermería, como son: el rechazo, miedo, ira, indiferencia o la apatía a la atención del grupo familiar, olvidando sus principios bioéticos y su función de brindar atención integral en todo proceso a realizar, ya sea en la asistencia clínica o el apoyar a un familiar ante la presencia de un duelo, demostrando así una actitud incorrecta.

La tabla 3: Distribución de los factores biosocioculturales de la enfermera. UCI y emergencia. HRDT, 2013. Con respecto a los factores biológicos como la edad, se observa que el mayor porcentaje oscila entre 31 a 40 años con un 52,5%, seguido de un 25% entre 41 a 50 años, con un 15% entre 21 a 30 años y por último con un 7,5% de 51 a 61 años (Gráfico 3). Con respecto al sexo vemos que el mayor porcentaje determinó al género femenino con un 90% y sólo un 10% corresponden al género masculino, con este resultado observamos que las enfermeras que laboran en los servicios de UCI y emergencia del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT) en su mayoría son mujeres, como se observa en gráfico 4.

De los resultados obtenidos se observa que predomina la edad adulta donde el ser humano adquiere pleno dominio de sus emociones y sus afectos lo que le permite enfrentar los distintos problemas y situaciones que se le presentan asumiendo grandes responsabilidades, ante situaciones como el duelo y la muerte. Las enfermeras en su mayoría pertenecen al sexo femenino lo que las hace más vulnerables a sentimientos de ansiedad y temor ante la muerte.

En cuanto al factor social: estado civil, el mayor porcentaje se encuentra en enfermeras casadas con un 57,5%, seguido de un 35% que son solteras, así como de un 5% que son divorciadas y por último con un 2,5% que son viudas (Gráfico 5),

entendiéndose que la mayoría de las participantes son casadas y están iniciando a formar un hogar y están llenas de ilusiones, por lo que no desean hablar sobre la muerte, la eluden. Con respecto a la condición laboral se observa un resultado equitativo para ambas condiciones tanto nombradas como contratadas con 50% para cada uno (Gráfico 6). En cuanto al tiempo de servicio, el mayor porcentaje (42,5%), oscila entre 2 a 5 años, seguido de un 30% entre 6 y 10 años y por último con un 27,5% entre 11 a más años, con estos resultados se corrobora que el personal de enfermería en su mayoría su tiempo de servicio fluctúa entre 2 a 5 años, personal relativamente nuevo en los servicios de UCI y emergencia del HRDT (Gráfico 7).

Estos resultados se relacionan con Mendoza, Peraza y Pineda en Paz, A. (16), en su estudio: “Factores que influyen en la actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de los pacientes” en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda de Barquisemito, estado de Lara Venezuela; “los resultados arrojaron que existen factores psicológicos y sociales que influyen en la actitud del personal de enfermería, demostrando que el 76% se conmueve y piensa en su familia ante la presencia de muerte de un paciente; el 48% del personal de enfermería se deprime, el 20% siente miedo, el 12% expresa ira e indiferencia y el 8% siente rechazo. Los datos obtenidos en relación a la actitud del personal de enfermería ante la muerte no concuerdan con la atención proporcionada al paciente moribundo; puesto que mantienen en todo momento una actitud de evasión, lo cual resulta incongruente y contradictorio, al hecho de que la atención proporcionada debe ser de calidad y eficiencia” (16).

La poca experiencia en la práctica de enfermería en determinada área y el reducido tiempo de servicio, puede llevar a la enfermera a tomar una actitud negativa y evasiva ante la muerte del paciente, como a tener una comunicación apática con los

familiares, dejando a un lado los sentimientos de éstos ante la muerte, lo cual quiere decir que presta sólo una atención al moribundo en lo físico más no en lo espiritual, olvidando los principios bioéticos de la profesión.

En cuanto al tiempo que labora en UCI y emergencia se observa que el mayor porcentaje (67,5%), se encuentra entre 1 a 5 años, seguido de un 25% entre 6 a 10 años y finalmente con un 7,5% entre 11 años a más (Gráfico 8), por lo que se puede decir que en su mayoría el personal de enfermería es relativamente nuevo ya que se ubican entre 1 a 5 años del tiempo que laboran en dichos servicios.

En los servicios de UCI y emergencia se atienden pacientes con grado de dependencia III y IV con alta demanda de cuidados, por lo que las enfermeras se estresan fácilmente debido al exceso y calidad del cuidado que tienen que brindar, no es recomendable que permanezcan mucho tiempo en estos servicios, más de 5 años consecutivos ya que les puede incrementar su miedo y ansiedad, llegando al estrés y hasta la depresión; salvo que sean sometidas a evaluaciones psicológicas periódicas.

Con respecto al factor cultural en cuanto a lugar de procedencia se observa que el mayor porcentaje (82,5%) procede de la ciudad de Trujillo y sólo un 17,5%

pertenecen a otra ciudad, dando a conocer que la enfermera en su mayoría provienen de la ciudad de Trujillo (Gráfico 9).

“Las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionados con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad, en concreto de las leyes naturales, pues una sensación de control sobre éstas lleva a tener menos conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte. También tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias del ser humano. Las principales actitudes descritas ante la muerte son: ansiedad, temor, preocupación y aceptación” (16).

En la tabla 4: Distribución según factores biosocioculturales en relación con la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia. HRDT, 2013; se observa mayores porcentajes en la actitud parcialmente positiva para la edad, donde el 45% oscilan entre 31 a 40 años, el 10% muestra una actitud negativa, mientras que nadie muestra una actitud positiva. Esta diferencia se corrobora con la prueba chi cuadrado, la cual nos confirma la influencia de la edad en la actitud general ante la muerte con significancia estadística $p < 0,05$.

Con relación al sexo y la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, el 67,5% son del género femenino con una actitud parcialmente positiva, a diferencia del sexo masculino con un 7,5%. Como se observa el valor de significancia estadística ($p=0,01$) es menor que 0,05, por lo tanto se puede decir que el sexo se relaciona con la actitud parcialmente positiva de la enfermera ante la muerte del paciente.

Con respecto al estado civil y la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, se observa que el 40% son casadas, el 27,5% son personas solteras, el 5% son divorciadas y solo el 2,5% son viudas con una actitud parcialmente positiva, cabe resaltar que el 2,5% son casadas con actitud positiva y el 7,5% son solteras con actitud negativa; es decir no hay diferencia significativa ($p>0,05$), por lo que se determina que el estado civil no se relaciona con la actitud de la enfermera ante la muerte.

Con respecto a la condición laboral en relación a la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, se observa que tanto en profesionales nombrados como contratados la actitud parcialmente positiva se dan por igual porcentaje (37,5%), es decir no hay diferencia significativa ($p>0,05$), por lo que se determina que la condición laboral no se relaciona con la actitud ante la muerte.

Con respecto al tiempo de servicio en relación a la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, el 25% oscilan entre 2 a 5 años con una actitud parcialmente positiva, mientras que el 22,5% oscilan entre 6 a 10 años y de 11 a más años también con actitud parcialmente positiva. Como se observa el valor de significancia estadística ($p=0,03$) es menor que 0,05, por lo tanto se puede decir que el tiempo de servicio si se relaciona con la actitud ante la muerte.

En cuanto al tiempo que labora en UCI y emergencia en relación a la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, el 47,5% oscilan entre 1 a 5 años con una actitud parcialmente positiva y el 12,5% con una actitud negativa, mientras que el 25% entre 6 a 10 años y el 2,5 % de 11 años a más con actitud parcialmente positiva. Se observa según la prueba chi cuadrado con un valor de significancia ($p=0,02$), siendo menor que 0,05 ($p<0,05$), es decir que el tiempo que

labora la enfermera en UCI y emergencia se relaciona con la actitud de ésta ante la muerte.

Como se observa, solo los factores biosociales edad, sexo, tiempo de servicio y tiempo que labora en UCI y emergencia; se relacionan con la actitud general parcialmente positiva de la enfermera ante la muerte del paciente, con tendencia a la actitud negativa.

Con respecto al lugar de procedencia en relación a la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, el 65% provienen de la ciudad de Trujillo, mientras que el 10% provienen de otra ciudad con una actitud parcialmente positiva. En la prueba chi cuadrado se denota que no existe relación del lugar de procedencia en la actitud ante la muerte ($p>0.05$).

Los servicios de UCI y emergencia son unidades con equipos altamente sofisticados donde se proporcionan cuidados de alto nivel técnico, pues los pacientes están en estado crítico y la idea de la muerte siempre está presente. De ahí que los cuidados en estos servicios, está centrado en la curación y preservar la vida de los pacientes, lo que hace que no sea el entorno natural para que se dé el proceso final de la vida.

“Las principales actitudes de la enfermera en torno a la muerte deben volver a ser personales, íntimas, informadas, e individualizadas, como primera medida ante el sufrimiento de las personas en fase terminal y por ello, la labor de este profesional debería ser detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo, siempre que sea posible” (4).

V. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Después de realizar el análisis correspondiente, se concluyó que:

1. La actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente de UCI y emergencia en mayoría fue parcialmente positiva.
2. La mayoría de las enfermeras presentaron actitud cognitiva, afectiva y conductual parcialmente positiva.
3. El mayor porcentaje de las enfermeras son de 31 a 40 años de edad, del sexo femenino, estado civil casadas, tienen de 2 a 5 años de servicio en su profesión, de 1 a 5 años que laboran en UCI y emergencia y proceden de la ciudad de Trujillo.
4. Los factores biosociales edad, sexo, tiempo de servicio y tiempo que labora en UCI y emergencia se relacionan con la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente, son estadísticamente positivos $p < 0,05$, probándose la hipótesis H_1 y H_2 .

5.2. Recomendaciones

De los resultados obtenidos se sugiere las recomendaciones siguientes:

Presentar los resultados de este estudio al departamento de enfermería y autoridades de los servicios de emergencia y de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), con la finalidad de que se difundan los resultados y las conclusiones y en base a ello formular estrategias y actividades como capacitaciones y sesiones que mejoren su actitud y reacción asertiva frente al proceso de morir de las personas críticamente enfermas.

Que el equipo de salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud, en especial las enfermeras, la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este “espíritu de equipo” incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.

Motivar al personal de enfermería que labora en los servicios de emergencia y de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), para que adquieran más conocimiento sobre la actitud que se debe tomar ante la muerte de los pacientes críticamente enfermos, a través de congresos, jornadas y talleres que incluya un temario concreto y práctico para abordar el tema de la muerte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas, el Sida y sus metáforas. Madrid, España: Ed. Sudamérica SA; 1996.
2. Ferrater M. El sentido de la muerte. 3ra ed. Buenos Aires, Argentina Editorial Sudamericana.; 1979.
3. Colell R, Fontanals A y Rius P. Atención al enfermo terminal. Trabajo en equipo. Barcelona España. Rev. ROL. 1993; 177: 56-58.
4. Limonero, J. Fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. Rev. De Psicología General y Aplicada [serie en internet]. 1996 [citada 2011, Octubre 2]; 49(2): 249-265. Disponible desde: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>
5. Gala, F., Lupiani, M. y Díaz, M. Sobre las concepciones de la muerte. Rev. ROL. 1991; (159): 63-66.
6. Macía R. El concepto legal de muerte digna. [serie en internet]. 2008 [citada 2011, Octubre 2]. Disponible desde: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/z15.pdf>
7. Llano, J. La muerte: Definición y características. [serie en internet]. 2008 [citada 2011, Octubre 2]. Disponible desde: <http://www.monografias.com/trabajos92/muerte-definicion-y-caracteristicas/muerte-definicion-y-caracteristicas.shtml>
8. Young, K. y Flügel J. C. Psicología de las actitudes. Buenos Aires: Editorial Paidós S.A.; 1980.

9. Nieto, J. La muerte desde distintas disciplinas. [serie en internet]. 2011 [citada 2001, Octubre 2]. Disponible desde: <http://ar.vlex.com/vid/muerte-distintas-disciplinas-314114182>
10. Bayes R, Limonero J T., Romero E. Arrans P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? Revista Medicina Clínica. Madrid, España. 2000; 115:579-582.
11. Azulay A. Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir. Revista Medicina Paliativa. 2000; Madrid, España. 7(4): 145-146.
12. Corless, I., Germino, B y Pittman, M. Agonía, muerte y duelo. Colombia: Manual Moderno; 2005.
13. Neimeyer, R. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona. Paidós; 1997
14. Escobar, G. y García, G. La muerte: Fantasma de mil rostros. Promoción de la Salud. [serie en internet]. 2008 [citada 2011, Setiembre 9]; (203): 4-6. Disponible en: http://promociónsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%203-4_6.pdf
15. Mazza, M. y Quiroga, D. Conocimientos de enfermería sobre cuidados paliativos. [documento en línea]. Argentina: Buenos Aires; 2001. [citada 2011, Setiembre 9]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congreso/congre2002/terapis/po-nencias/cp.PDF;2001>
16. Paz, A. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma. [Estudio de post grado de enfermería en cuidados al paciente en estado crítico]. Mérida: Universidad de los Andes; 2009.

17. Torralba J. Rosello F. Ética y estética de los Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 1999; 6:159-163.
18. Merino Y. Dimensiones socioculturales de la modernización. *Cienc. Enferm. Concepción. Chile*; 2009; 15 (1): 39-48.
19. Carmona, Z. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma. [Estudio de post grado de enfermería en cuidados al paciente en estado crítico]. Mérida: Universidad de los Andes; 2008.
20. Diccionario de la Lengua Española. Actitud. 22 ed. España: Real Academia Española; 2001.
21. Plaza, J y Janes, M. *Psicología social*. Barcelona: Paidós; 2002.
22. Tejada. A. Actitud de profesionales de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de morir y la muerte. [Tesis de Magíster en Enfermería]. Universidad de Concepción, Chile; 1994.
23. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rbc1de1.pdf;jsessionid=9BD72CA2BD3965F20CA2183E048676EC.tdx2?sequence=1>
24. Gómez Sancho, R. El médico ante la muerte de su enfermo. En: M. Gómez Sancho, *Medicina paliativa en la cultura latina*. Madrid: Arán 1999; 57-68.
25. Grau, J. y Chacón, M.. *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. Poza Rica: impresiones ligeras. México, 2002.
26. Gómez Sancho, M. *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán; 2006.
27. Bayés, R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza; 2006

28. Rebolledo, F. Aprender a morir. Fundamentos da tanatología médica. Bases para el manejo de paciente en estado terminal. México DF: Imprefin, S.A. 1999.
29. López, M. A., López, B. M., Aréchiga, G., Reyes, J. R. y Alcalá, P. A. Cáncer, dolor y paliación. En: G. Aréchiga (Ed), Dolor y paliación. Recursos en la medicina actual. Guadalajara: Ediciones Cuellar; 151-180.
30. Busquets X. Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. Revista Med. Paliativa. 2001; Madrid, España. 8(3): 116-119.
31. Cartay, R. La Muerte. Rev.Fermentum Mérida. 2002; 12 (34): 447-470.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
32. UNESCO: Oficina Internacional de Educación. Florence Nightingale Perspectivas: revista trimestral de educación. [serie en internet]. 2000; [citada 2011, Octubre 2]. 28 (1): 173-189. Disponible en:
<http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF>
33. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta ed. España: Elsevier Mosb; 2007.
34. Rodríguez, A. Psicología social. México: Trillas. ISBN, 1999.
35. Barón, R. y Byrne, S. Psicología social. Madrid: Prentice Hall; 2000.
36. Giménez, A. Ritos de muerte. Barcelona: Plaza & Janés, ISBN: 840146207X; 1999.
37. Diccionario de Psicología. 6ta ed. Barcelona: Herber; 1991.
38. Fernández, A. Medición y evaluación de la psicología. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

39. Minayo M. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Editorial Lugar. Argentina: Buenos Aires; 2003.
40. Polit D. Investigación científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. México: Mc Graw Hill; 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

FACTORES BIOSOCIOCULTURALES Y ACTITUD DE LA ENFERMERA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE EN UCI Y EMERGENCIA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, LA LIBERTAD, 2013.

Autor: Jorge Grau

Modificado: Karla Castillo

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presenta 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.

Este instrumento se ha diseñado con el objetivo de conocer la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente. Usted debe marcar con una (X) la respuesta seleccionada.

Se agradece la mayor sinceridad posible al completar el instrumento. No consulte con otras personas, se requiere su propia respuesta, franca y auténtica.

¡Gracias por su colaboración!

I. DATOS BIOSOCIOCULTURALES:

1. Edad:

21 a 30

31 a 40

41 a 50

51 a 61

2. Sexo: M

F

3. Estado civil:

Soltera(o) Casada(o) | Viuda(o) | Divorciada(o)

4. Condición laboral:

Nombrada(o) Contratada(o) | |

5. Tiempo de Servicio:

6. Tiempo que labora en UCI / emergencia:

7. Procedencia.....

II. ACTITUD DE LA ENFERMERA(O) ANTE LA MUERTE.

ACTITUD COGNITIVA: Creencias, valores y conocimiento	Alternativas de Respuesta		
	Siempre (3)	Algunas Veces (2)	Nunca (1)
1. Pensar en la muerte es perder el tiempo.	3	2	1
2. Después de la muerte habrá un lugar mejor.	3	2	1
3. Viviré después de mi muerte.	3	2	1
4. Las personas solo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.	3	2	1
5. Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.	3	2	1
6. Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.	3	2	1
7. Vale la pena vivir.	3	2	1
8. Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día ayuda a mi crecimiento personal.	3	2	1
9. El contacto frecuente con la muerte, me ha hecho verla como algo natural.	3	2	1
ACTITUD AFECTIVA: Aceptación, rechazo y sensibilidad			
10. Después de la muerte voy a encontrar felicidad.	3	2	1

11.	Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.	3	2	1
12.	La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida.	3	2	1
13.	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.	3	2	1
14.	Veó con placer la vida después de mi muerte.	3	2	1
15.	Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.	3	2	1
16.	No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi cuidado un paciente que se va a morir.	3	2	1
17.	Me siento perturbada (o) cuando pienso en lo corta que es la vida.	3	2	1
18.	Cuando asisto a un paciente en fase terminal, entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.	3	2	1
19.	Me conmueve enfrentar a la familia de los pacientes moribundos.	3	2	1
ACTITUD CONDUCTUAL: Temor, ansiedad, comodidad, responsabilidad, vocación y apatía.				
20.	Temo la posibilidad de contraer una enfermedad, que me conlleve inevitablemente a la muerte.	3	2	1
21.	Tengo temor ante la muerte en este instante de mi vida.	3	2	1
22.	Encuentro dificultad para encarar a la muerte.	3	2	1
23.	Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.	3	2	1
24.	Me siento más cómodo(a) si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.	3	2	1
25.	La muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante mi vida.	3	2	1
26.	La muerte de un paciente conlleva a un fracaso profesional.	3	2	1
27.	El sentido de mi trabajo es salvar la vida de los pacientes.	3	2	1
28.	Me da igual lo que suceda a mí alrededor.	3	2	1
29.	Me da lo mismo vivir o morir.	3	2	1
30.	Prefiero no pensar en la muerte.	3	2	1

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

ACTITUD GENERAL:

Actitud Positiva: De 71 a 90 puntos

Actitud Parcialmente Positiva: De 51 a 70 puntos

Actitud Negativa: De 30 a 50 puntos

ACTITUD COGNITIVA:

Positiva 19 – 27 puntos

Parcialmente Positiva 09 – 18 puntos

Negativa Menor a 9 puntos

ACTITUD AFECTIVA:

Positiva 21 – 30 puntos

Parcialmente Positiva 11 – 20 puntos

Negativa Menor a 11 puntos

ACTITUD CONDUCTUAL:

Positiva 22 – 33 puntos

Parcialmente Positiva 11 – 21 puntos

Negativa Menor a 11 puntos

ANEXO 2: PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Método de Consistencia Interna:

Prueba de la Confiabilidad para el Instrumento que mide:

Ítems	Resultados de los Sujetos Encuestados										Var Pob
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	2	0.41
2	3	2	3	3	1	3	3	1	1	3	0.81
3	3	2	3	3	1	3	1	1	1	3	0.89
4	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	0.25
5	3	1	1	3	2	2	3	1	1	3	0.80
6	3	1	3	1	2	2	3	2	1	2	0.60
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0.00
8	3	1	3	3	3	3	2	3	1	2	0.64
9	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	0.29
10	1	2	2	3	1	2	1	1	1	2	0.44
11	1	2	3	2	2	3	3	2	1	2	0.49
12	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0.09
13	1	2	3	2	1	1	1	2	2	2	0.41
14	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	0.24
15	1	1	2	2	1	2	2	1	1	3	0.44
16	3	2	2	3	2	3	3	1	2	3	0.44
17	3	1	3	3	1	3	2	2	2	3	0.61
18	3	2	1	2	2	3	2	2	1	2	0.40
19	3	3	2	3	3	2	1	3	3	3	0.44
20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0.00
21	2	1	2	2	2	2	1	2	1	3	0.36
22	2	1	3	3	2	2	3	2	1	2	0.49
23	2	1	2	3	2	3	1	1	1	2	0.56
24	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	0.24
25	3	1	3	2	3	3	2	3	1	1	0.76
26	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	0.21
27	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	0.16
28	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0.09
29	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	0.44
30	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	0.36
Suma Items	61	48	69	65	53	65	58	53	44	66	12.36

El número de ítems	30
Sumatoria de las Varianzas de los Items	12.36
La Varianza de la suma de los Items	63.76
Coeficiente de Alfa de Cronbach	0.83