



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora, Lima - Perú 2014**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

**AUTOR**

**Edith Pañihuara Quispe Inga**

LIMA – PERÚ  
2015

**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA  
TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL  
MARIA AUXILIADORA,  
LIMA-PERU 2014.**

A Dios Padre y la Virgen María, por darme la fortaleza y permitirme seguir adelante por el camino que he trazado, bendiciéndome cada día con vida y dicha.

A mi esposo, amigo, compañero Christian Pino Melliz, por su amor, comprensión y apoyo incondicional en cada momento de mi vida, dándome aliento en momentos de caída; y a mi amada gemita Iuliett Abigail Pino Pañihuara por comprender y sacrificar sus momentos de juegos y permitir avanzar con mi objetivo trazado.

A la Lic. Ilda Borda Olivas, por su apoyo y valiosa asesoría durante la realización del presente estudio.

A los profesionales de salud, quienes de manera incondicional y voluntaria participaron en el presente estudio.

Al Servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora, por facilitarme el campo de estudio para realizar el presente estudio.

## INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos.....	
Resumen.....	
Abstrac.....	
Presentación.....	
<b>CAPITULO I: INTRODUCCION.....</b>	<b>4</b>
1.1. Situación Problemática.....	5
1.2. Formulación del Problema.....	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos.....	9
1.5. Propósito.....	10
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Bases Teóricas.....	17
2.3. Definición Operacional de Términos.....	40
2.4. Planteamiento de la Hipótesis.....	40
<b>CAPITULO III: METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	42
3.2. Lugar de Estudio.....	42
3.3. Población de Estudio.....	43

3.4. Unidad de Análisis.....	43
3.5. Muestra y Muestreo.....	43
3.6. Criterios de Selección.....	43
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	43
3.8. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información.....	44
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>45</b>
4.1. Resultado.....	46
4.2. Discusión.....	51
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>56</b>
5.1. Conclusiones.....	57
5.2. Recomendaciones.....	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>59</b>

## **ANEXOS**

## INDICE DE GRAFICOS

Grafico N°		Pag.
1	Determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora .Lima-Perú 2014.	41
2	Identificación de la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora .Lima-Perú 2014.	43
3	Identificación de la presencia del componente Afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora .Lima-Perú 2014.	45
4	Identificación de la presencia del componente Conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora .Lima-Perú 2014.	47

**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA  
TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA.  
LIMA - PERÚ 2014**

Autor: Lic. Edith Pañihuara Quispe Inga

Asesor: Lic. Ilda Borda Olivas

**RESUMEN**

El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico. **Material y método:** el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Siendo una muestra de 33 conformada por el personal de salud que labora en el área en mención. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo lickert. **Resultados:** en cuanto a la determinación de la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del 100% (33) de los encuestados, el 21.2% (7) tiene una actitud positiva, 60.2% (20) indiferente y el 18.2% (6) negativa; acerca de la identificación de la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico, el 63.6% (21) tiene una actitud positiva, 30.3% (10) indiferente y el 6.1% (2) negativa; acerca de la identificación de la presencia del componente afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico, el 63.6% (21) es indiferente, el 21.2% (7) negativa y el 15.2% (5) tiene una actitud positiva y con respecto a la identificación de la presencia del componente conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico, 84.8% (28) indiferente, el 9.1% (3) tiene una actitud positiva y el 6.1% (2) negativa. **Conclusiones:** un porcentaje considerable de personal de salud tiene una actitud indiferente frente al actuar del paciente terminal; se observa que prima la presencia del componente cognitivo el cual está regido por los conocimientos en el cuidado del paciente terminal.

**Palabras Claves:** Actitud, Personal de Salud, Paciente terminal.

**ATTITUDE OF HEALTH PERSONNEL IN FRONT OF THE STAGE  
TERMINAL CANCER PATIENT SERVICE OF ONCOLOGY.  
HOSPITAL MARY HELP. LIMA - PERU 2014**

AUTHOR: Lic. Edith Pañihuara Quispe Inga

ADVISORY: Lic. Ilda Borda Olivas

**SUMMARY**

The **Objective** of this study was to determine the attitude of health personnel in front of the terminal stage of cancer patients. **Material and Method**; fue de study level application, quantitative, descriptive method of cross section. Being a sample of 33 comprised of health personnel working in the area .The technical note was the survey and instrument type rescaled one lickert. **Results**; regarding the determination of the attitude of health personnel in front of the terminal stage of the cancer patient 100% (33) of respondents, 21.2% (7) has a positive attitude, 60.2% (20) indifferent and 18.2% (6) negative; about the identification of the presence of cognitive component of attitude of health personnel outside the terminal stage of cancer patients, 63.6% (21) has a positive attitude, 30.3% (10) indifferent and 6.1% (2) negative; about the identification of the presence of affective component of attitude of health personnel outside the terminal stage of cancer patients, 63.6% (21) is indifferent, 21.2% (7) negative and 15.2% (5) has positively and with respect to the identification of the presence of behavioral component in the attitude of health personnel in front of the terminal stage of cancer patients, 84.8% (28) indifferent attitude 9.1% (3) has a positive attitude and 6.1% (2) negative. **Conclusions**; a significant proportion of health personnel has an indifferent attitude to act terminal patient; shows that the presence of cognitive premium component which is governed by the knowledge in the care of terminally ill patients.

**Keywords:** Attitude, Personal Health, Patient terminal.



# PRESENTACION

En la actualidad existen enfermedades de grave repercusión en la salud de las personas, afectando no solo de manera grave al organismo sino que además afecta de manera significativa el ámbito psicológico y del alma resultando en momentos de angustia, desesperación y sufrimiento. Entender todo lo que enfrenta el paciente hace que surja la necesidad de brindar un cuidado basado en actitudes positivas que denoten calidez, empatía y sensibilidad. El personal de salud requiere por tanto brindar cuidados continuos para esa sintomatología tan cambiante, aplicados en un entorno multidisciplinario, el cual aunque está altamente especializado no es ajeno a sufrir todo los sentimientos de pena, impotencia, frustración que emanan del dolor, ira, pena y frustración que sufren los pacientes, más aun los que padecen de cáncer terminal.

El cuidado del personal de salud hacia el paciente con enfermedades terminales es uno de los más difíciles, el cual debe demostrar a diario, también debe poseer principios éticos y adicionalmente debe tener en cuenta las reflexiones para brindar un cuidado y tratamiento basado en una cultura en donde la actitud del personal de salud hacia los pacientes en fase terminal sea la más idónea, siendo los conocimientos, valores, vocación y aceptación las fortalezas que deben ser formadas o reforzadas, mientras el temor, ansiedad, rechazo que enfrenta el personal de salud sean controlados para lograr un cuidado holístico y oportuno que ayudara a enfrentar la fase terminal de la enfermedad oncológica en un estado de aceptación.

Por ende el presente estudio sobre “Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora. Lima - Perú 2014”, tuvo como objetivo determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del

paciente oncológico. Con el propósito de brindar una información válida y actualizada al Departamento de Oncología a fin de que se elabore e implemente talleres, seminarios permanentes orientados a formar actitudes positivas en el personal de salud hacia la atención del paciente terminal y familia en situaciones difíciles y dolorosas como son el enfrentar día a día el dolor extremo producido por una enfermedad oncológica y la que emana de vivenciar como la parte holística de la persona se devasta hasta llegar a la muerte, por lo que se necesitan buscar fortalezas en los aspectos emocionales y conductuales.

En general, el trabajo consta de cinco capítulos, complementarios entre sí. La primera trata sobre la Situación Problemática, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito.

La segunda, hace referencia al Marco Teórico: antecedentes, bases teóricas, definición operacional de términos y planteamiento de la hipótesis.

La tercera hace referencia a la Metodología: tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, muestra y muestreo, criterios de selección, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimientos para el análisis e interpretación de datos .

La cuarta, hace referencia a los Resultados - Discusión y la quinta a Conclusiones y Recomendaciones que se obtuvieron a partir de la presente investigación. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y Anexos.

La tercera hace referencia a los resultados y discusión, hace un recorrido por la presentación de los resultados obtenidos a partir del instrumento, representando a través del análisis descriptivo.

La cuarta hace referencia a las Conclusiones y Recomendaciones

## **CAPITULO I: INTRODUCCION.**

## 1.1. Situación Problemática.

En la actualidad existen enfermedades de grave repercusión en la salud de las personas, afectando no solo de manera grave al organismo sino que además afecta de manera significativa el ámbito psicológico y del alma resultando en momentos de angustia, desesperación y sufrimiento; una de estas enfermedades es el cáncer, definida como un grupo de enfermedades proliferativas agresivamente invasivas, caracterizadas por atacar la unidad funcional de los órganos in situ y luego infiltrándose a otros tejidos, afectando de ese modo su funcionalidad y alterando el bienestar integral de la persona que lo padece, que de no ser diagnosticado de manera oportuna, en general tiende a llevar a la muerte, por su complejidad y la repercusión que tiene para la persona afectada abarcando además el entorno familiar y social de los pacientes.

Es por ello que, la noticia de saber que son portadores del cáncer lleva a las personas a la desesperación, negación y generación del duelo anticipado, puesto que podría significar prepararse para una muerte próxima. Estas etapas fueron definidas por la psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro *On death and dying*, describiendo, en cinco etapas distintas, un proceso por el cual la gente lidia con la tragedia, especialmente cuando es diagnosticada con una enfermedad terminal o una pérdida catastrófica. (1)

El cáncer es una enfermedad curable que al ser detectado en sus primeras etapas como afirma la American Cancer Society es prevenible, pero también es de evolución silente y se hace evidente casi en sus últimas etapas; de cualquier manera es una enfermedad que atenta contra la vida del paciente. Entrando el paciente en estado terminal y que solo requiere de los cuidados básicos y algunos específicos según cada situación, en este caso es la familia quien permanece al lado del paciente y el personal de salud se convierte en un apoyo, más, el personal de enfermería ya que es la responsable del cuidado.

La OMS define al paciente terminal como: "Aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes" (2). Así el proceso de morir del paciente en el ámbito hospitalario es un evento cada vez más frecuente. En Estados Unidos de Norteamérica, hasta un 80% de muertes hospitalarias corresponden a pacientes con enfermedades crónicas terminales.

Los esfuerzos del cuidado de enfermería en el ámbito hospitalario para la etapa terminal están enfocados en hacer que el paciente esté cómodo, en aminorar su dolor y otros síntomas molestos y en darle apoyo a la familia durante un momento difícil y triste. Trata de proporcionar la mejor calidad de vida para las personas moribundas proporcionándoles un enfoque "holístico"; es decir que da consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, familia y a las demás personas encargadas de su cuidado. Sin embargo estudios de investigación revelan que el personal de salud evade enfrentar a la muerte como es el caso de Hernández: "los médicos no valoran a la muerte como un pasaje o tránsito a una vida mejor ni 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 sufrimiento”(3 );Así mismo Cordero refiere: “el sentimiento que produce la muerte al personal de enfermería es la depresión en un 59%; el 69% no indaga con los familiares del paciente sobre su percepción acerca de la muerte, el 72% no acompaña al médico a notificar la muerte del paciente.”(4); Cinta refiere :“El personal de enfermería prefiere evitar el proceso de la muerte, en la cual expresan tener miedo a ello, con solo hecho de pensarlo, considerando que después de la muerte no hay nada más y una salida a la carga de la vida, por lo cual se muestran indiferentes ante los familiares del paciente terminal.”(5) y Frías - Martínez citando a Berger mencionan que "los profesionales de enfermería estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas, pero a menudo intentamos evitar el tema ignorando(6), posiblemente porque no se sienten preparados para enfrentar esta situación de la persona que va a morir, aquí es donde se genera una confusión en el personal de enfermería sobre su rol ante el paciente y se siente frustrado porque no lo puede curar, cuando su función es la del cuidado, más allá del tiempo de vida que le quede al enfermo, o si este se va a curar o no.

Muchos temores están asociados con la muerte, entre ellos encontramos autores como Corbella, Clave, Plaxats, La Marne que concuerdan que la muerte es un proceso que a todos nos lleva a ver nuestros temores, donde poder asumir que debemos dejar de ser parte de esta vida y entregarnos a la muerte, es una situación que cuesta enfrentarla y es temida, nadie quiere morir, todos sueñan en un momento de la vida con el milagro de la eternidad.

Al hablar de actitud, según: Floyd Allport define como “Una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia que ejerce una influencia, directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las

situaciones que les corresponden” (7). Nos referimos a la forma de actuar de una persona, es decir comportamiento que emplea el individuo para hacer las cosas, la cual está regido por componentes cognitivo, afectivo y conductual, que están entrelazados uno con otro.

En el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora, se atienden pacientes en el área de hospitalización y quimioterapia ambulatoria, con un alto flujo y demanda de pacientes que en la mayoría de los casos ingresan con un diagnóstico avanzado de la enfermedad, los servicios en mención tratan de cubrir de manera integral y holística el manejo del paciente oncológico desde sus estadios iniciales hasta la etapa terminal, la cual es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario. Pero ello que el personal de salud para brindar un cuidado al paciente terminal requiere de una cultura de actitud. Por lo que es mi interés estudiar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico, que labora en mi realidad institucional, para lo cual me formuló la siguiente interrogante:

## **1.2. Formulación del Problema.**

Frente a lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora. Lima - Perú 2014?

## **1.3. Justificación /Importancia.**

Actualmente el cuidado del personal de salud, no solo ha tomado una connotación mística sino que además, busca un enorme sentido humanístico con calidez y calidad en la atención de manera holística, más aun en aquellas personas que por su enfermedad avanzada y de incierta evolución, que por su complejidad y agresiva evolución pone



en riesgo la vida e integridad física, psicológica y emocional de la persona, por ende requieren de un cuidado asertivo reflejado en conductas, emociones y conocimientos que permitan de manera efectiva, reducir el dolor, sufrimiento, angustia, tristeza, desesperación y la soledad en una de las etapas más críticas de la vida, siendo esta cuando está por terminar. Es en este contexto que el presente estudio busca identificar y determinar la actitud llevando a mejorar el cuidado de enfermería y del equipo de salud en coordinación y cooperación para el paciente y familia, la cual se sentirán comprendidas y acompañadas.

#### **1.4. Objetivos:**

##### **1.4.1. Objetivo General.**

- Determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2014.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2014.
- Identificar la presencia del componente afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2014.
- Identificar la presencia del componente conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora. Lima – Perú 2014.

## **1.5. PROPOSITO**

A través de los resultados, servirá como evidencia científica de la necesidad de una preparación de los profesionales de la salud para brindar una atención holística ante la muerte de la persona, por una de las enfermedades que ha causado mucho miedo, rechazo, evasión y negación en nuestra sociedad, siendo esta la enfermedad oncológica y por otro lado es posible realizarlo en mi institución y es factible porque se cuenta con el recurso humano disponible a colaborar con la aprobación de los directivos de mi institución .

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO.**

## **2.1. Antecedentes.**

### **2.1.1. Internacionales.**

**CABRERA MAZA, Maritza y Col;** En 2007, Concepción-Chile; realizaron un trabajo titulado: “Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes”, de estudio Descriptivo Correlacional, cuyo propósito fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las higueras de Talcahuano ; las consideraciones finales fueron:

*“Es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes.”*

*“... mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas.”(8)*

**BONILLA MERIZALDE, Jacqueline;** En el año 2011, Quito-Ecuador, realizo un trabajo titulado: “El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de

Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre 2011”, el objetivo fue optimizar la calidad de la atención brindada al paciente terminal oncológico al momento de su agonía y muerte, aplicando un estudio de tipo cuali-cuantitativo, la población estuvo conformada por el personal multidisciplinario que labora y los Pacientes terminales en el tiempo de estudio y familiares allegados, teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“...los profesionales de salud experimentan un impacto único de frustración, pesar, dolor, relacionado con el tiempo de permanencia ante el fallecimiento de un paciente, relacionado a una falta de manejo emocional ante la muerte”. (9)*

**GONZALES NAVA, Oriana.;** En el 2009, Maracaibo, realizo un estudio titulado:“Actitud y Ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la actitud y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería a través de un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con una población de 876 estudiantes de enfermería de la universidad del Zulia, con una muestra de 180 participantes aplicando instrumentos de un cuestionario “ah doc”,perfil revisado de actitud hacia la muerte y la escala de ansiedad ante la muerte, teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“los participantes presentaron una actitud dirigida a la aceptación de acercamiento y la aceptación neutral de la muerte, indicando que temen a la muerte pero comprenden que forma parte de la vida y poseen fuertes creencias religiosas relacionadas con la existencia de una vida después de la muerte”.(10)*

**GRAU ABALO, Jorge y Col.;** En el 2008, Cuba ,realizaron un estudio titulado: “Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en

cuidados paliativos”, cuyo objetivo fue identificar los componentes actitudinales ante la muerte aplicando un estudio de tipo observacional -descriptivo en 141 profesionales de la salud procedentes de diferentes instituciones del país a través del instrumento conocido como Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-versión 2), teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“Los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales de grupos heterogéneos que se capacitan en cuidados paliativos difieren, esencialmente, de los profesionales estudiados anteriormente, ya que ofrecen menos respuestas defensivas ante su acercamiento profesional a la atención a estos enfermos, pero manteniendo respuestas relativamente evasivas, cargadas de temor y ambigüedad.”(11)*

**HERNANDEZ CABRERA, Gisela y Col.;** En el 2001, Cuba, realizaron un estudio titulado: “Actitud ante la muerte en los médicos de familia”, cuyo objetivo fue caracterizar las actitudes ante la muerte en los Médicos de Familia del Policlínico "Plaza de la Revolución", aplicando un estudio de tipo descriptivo con una población total de 50 Médicos de Familia del policlínico "Plaza de la Revolución", cuyo instrumento fue el Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM), teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“La mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un Pasaje o tránsito a una vida mejor ni 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 sufrimiento. Sin embargo, la gran mayoría prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida como actitud prejuiciada sobre la base de un estereotipo cognitivo, afectivamente acuñado, que desconoce la relación existente entre salud y calidad de vida.”(12)*

**Cordero Y, Jiménez A, y Marrero R.;** En el 2003, México realizaron un estudio titulado: “Actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del Turno de 7 a.m. a 1 p.m. y su Relación con la atención al Paciente Moribundo y sus Familiares”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la actitud ante la muerte y el nivel de atención al paciente moribundo del personal de enfermería del Hospital Pediátrico Dr. Agustín Zubillaga, aplicando un estudio de tipo descriptivo transversal, cuya población fue el personal de enfermería que laboran en las unidades de Trauma Shock, Cuidados Intensivos, Oncológicos y Enfermedades Infecto-contagiosas, con una muestra de 32 enfermeras, aplicando una encuesta de 6 ítems, teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“el sentimiento que les produce la muerte al personal de enfermería es la depresión en un 59%; el 69% no indaga con los familiares del paciente sobre su percepción acerca de la muerte, el 72% no acompaña al médico a notificar la muerte del paciente.”(13)*

**ESPARZA GUTIERREZ, Ivonne;** En el 2001, México, realizó un estudio titulado: “Actitud de la enfermera ante el paciente en agonía y muerte”, cuyo objetivo es conocer las actitudes de las enfermeras ante el proceso de la agonía y muerte de enfermos terminales, aplicando un estudio de tipo descriptivo observacional con una muestra de 19 enfermeras y 4 enfermeros de los servicios de cuidados coronarios, terapia intensiva de adultos y medicina interna del hospital general de los servicios de salud DURANGO, teniendo las siguientes consideraciones finales:

*“Es importante que las enfermeras estén conscientes de sus propias reacciones de tal manera que no experimenten estrés excesivo, ya que da paso al fenómeno conocido como consunción que presenta aflicción personal, indiferencia ante el sufrimiento de los demás provocando la pérdida de la*

*relación enfermera paciente llegando a la deshumanización.”(14)*

**CINTA SANCHEZ, Angelica**; en Minatitlán, 2009, realizo un trabajo titulado “Actitud Tanatología de Enfermería con Pacientes en Etapa Terminal”, cuyo objetivo fue: identificar las actitudes tanatológicas de Enfermería con los pacientes en etapa terminal, método descriptivo de corte transversal, utilizando como instrumento un cuestionario de actitudes ante la muerte, teniendo las consideraciones finales:

*“El personal de enfermería prefiere evitar el proceso de la muerte, en la cual expresan tener miedo a ello, con solo hecho de pensarlo, considerando que después de la muerte no hay nada más y una salida a la carga de la vida, por lo cual se muestran indiferentes ante los familiares del paciente terminal.”(15)*

#### **2.1.2. Nacionales.**

**GONZALES PALMA, Mirella**; en Lima, el 2007, realizo un trabajo titulado “Actitud y Conocimiento del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente Geriátrico en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. Los objetivos fueron: Evaluar la actitud y nivel de conocimiento que tiene el personal profesional de enfermería respecto al cuidado del paciente geriátrico ,el método descriptivo, de corte transversal, utilizando como instrumento cuestionario y encuesta basada en la escala de Likert; y las consideraciones finales fueron:

*“La actitud y conocimiento del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico se correlacionan con la preservación del estado de salud previo a la enfermedad aguda, siendo la motivación realizar mejoras en la relación enfermera-paciente –familia y/o cuidador determinantes para el cuidado del paciente geriátrico.”(16)*



## 2.2. Bases Teóricas.

### Generalidades del Cáncer.

Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático.

El cáncer no es solo una enfermedad sino muchas enfermedades. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer. La mayoría de los cánceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcinoma de células basales.

Los tipos de cáncer se pueden agrupar en categorías más amplias. Las categorías principales de cáncer son:

- **Carcinoma:** cáncer que empieza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. Hay varios subtipos de carcinoma, entre ellos, el adenocarcinoma, el carcinoma de células basales, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células de transición.
- **Sarcoma:** cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.
- **Leucemia:** cáncer que empieza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.
- **Linfoma y mieloma:** cánceres que empiezan en las células del sistema inmunitario.
- **Cánceres del sistema nervioso central:** cánceres que empiezan en los tejidos del cerebro y de la médula espinal.

## **Fases del Cáncer.**

La transformación de una célula normal en una cancerosa es un proceso multicasual o multifactorial que resulta en un conjunto de hechos característicos que se desarrollan en el tiempo y en el espacio. El desarrollo del cáncer depende de una larga y compleja sucesión de cambios en el entorno de la célula. Cada una de las etapas permite a la célula precancerosa adquirir alguno de los rasgos que provocan el crecimiento maligno de estas células. La transformación de una célula normal en cancerosa no es debida a una única mutación, sino que es un proceso multifactorial que tiene lugar como resultado de un conjunto de factores que se desarrollan en el tiempo y en el espacio. Así, la aparición de una lesión cancerosa depende de una larga y compleja sucesión de cambios tanto en el entorno como en la propia célula. Cada una de las etapas permite a la célula precancerosa adquirir alguno de los rasgos que juntos provocan el crecimiento maligno.

Los estadios clínicos de una enfermedad neoplásica son: metaplasia (célula genéticamente alterada), hiperplasia, displasia, cáncer in situ y cáncer invasivo.

**Metaplasia:** Así el proceso comienza con una etapa de iniciación, en la que una célula normal sufre una mutación genética que altera sus características, esta etapa se conoce con el nombre de metaplasia.

### **Hiperplasia**

Después de esta fase inicial sigue un período de hiperplasia, en donde la célula alterada y su progenie conservan su apariencia normal pero se reproducen en exceso.

**Displasia:** Al cabo de los años, una de estas células sufre otra mutación que le mina, todavía más, el control del crecimiento celular,

reproduciéndose aún más. El proceso continúa evolucionando de tal manera que además de una proliferación de manera desmesurada, la progenie de esta célula presenta un aspecto anormal en su morfología; se dice entonces que el tejido presenta displasia.

**Cáncer *in situ*:** De nuevo, y al cabo del tiempo estas células pueden desarrollar anomalías crecientes en su desarrollo y aspecto, y es entonces cuando empezamos a hablar de cáncer. Si el tumor no ha traspasado aún ninguna barrera para invadir otro tejido, se habla de un cáncer *in situ* o cáncer localizado.

**Cáncer invasivo:** El tumor puede permanecer localizado indefinidamente, sin embargo algunas células pueden sufrir nuevas mutaciones y el tumor localizado puede ir adquiriendo todavía más rasgos malignos que le facilitan la capacidad invasiva del tejido circundante y la entrada de las células en el torrente sanguíneo o en la linfa, calificamos entonces la masa tumoral como maligna. Así, las células invasoras pueden iniciar nuevos tumores en otras partes del cuerpo (metástasis), que pueden ser letales si afectan a un órgano vital y nos encontramos en ante un cáncer invasivo. (17)

## **Manifestaciones clínicas del Cáncer.**

### ***Manifestaciones locales***

Dependen de la localización y del tamaño del tumor primario y/o de las metástasis, así como del grado de infiltración del tejido adyacente.

- Aumento de volumen e invasión y destrucción de tejidos normales. Estos fenómenos condicionan que los pacientes experimenten dolor por irritación de las terminaciones nerviosas, y que aparezcan manifestaciones de insuficiencia funcional de los órganos afectados (insuficiencia respiratoria, hepática, etc.).
- Conflictos de espacio.

Cuando el tumor o las metástasis se localizan en cavidades inextensibles, como sucede en el caso del cráneo (los tumores cerebrales producen hipertensión intracraneal que se manifiesta con dolor de cabeza, náuseas y vómitos, alteración de la agudeza visual).

➤ Estenosis y obstrucción de órganos huecos.

Si la masa tumoral asienta en la pared de órganos huecos, o la comprime desde fuera, impide el tránsito, ya sea del aire a nivel de los bronquios, de las heces a nivel del intestino, de la bilis a nivel de la vía biliar o de la orina a nivel de las vías urinarias (uréteres, vejiga, uretra).

➤ Ulceración del tumor.

En ocasiones se producen hemorragias (del tubo digestivo en forma de sangre en el vómito o en las heces, del aparato respiratorio en forma de sangre en el esputo, de las vías urinarias en forma de sangre en la orina).

Esto ocurre cuando la formación de vasos sanguíneos no sigue el mismo ritmo de crecimiento que la masa tumoral, como consecuencia de ello, no llega suficiente sangre y parte del tumor se necrosa (las células se mueren), o también si en su crecimiento el tumor afecta las paredes de un vaso sanguíneo.

***Manifestaciones generales y a distancia.***

Es el resultado del gasto producido por el tumor que crece a expensas del huésped y de la liberación de sustancias que pasan a la sangre y provocan una reacción semejante a la que provoca la presencia de un foco inflamatorio.

*Manifestaciones generales habituales*

Son comunes a todos los tipos de cáncer y las más características son:

- Astenia. Es el síntoma más frecuente en los pacientes con cáncer avanzado (90%) y consiste en la sensación de cansancio y debilidad generalizada que padecen estos pacientes. No se dispone de tratamiento eficaz.
- Anorexia (pérdida de apetito). Es el segundo síntoma más frecuente. Se debe a la alteración en la percepción de los sabores, náuseas, disminución de la salivación secundariamente a los tratamientos, alteración de los mecanismos reguladores del hambre y la saciedad, etc.
- Pérdida de peso. Es consecuencia no sólo de la disminución de la ingesta, sino de la secreción por parte del tumor de productos que alteran el metabolismo y de las elevadas demandas energéticas del tumor.
- Náuseas. Aparecen entre el 12-68% de los pacientes. Hay muchos factores causales (obstrucción mecánica, quimioterapia, radioterapia, opiáceos, etc.).
- Fiebre. Se debe a la producción de sustancias que actúan sobre el centro regulador de la temperatura corporal. No suele superar los 38°C y responde a los antiinflamatorios habituales.

### Síndromes paraneoplásicos.

Consisten en manifestaciones generales y a distancia del foco tumoral primitivo y de las metástasis, y que aparentemente no guardan ninguna relación con ellos. Son atribuibles a la secreción ectópica (es decir, fuera del órgano o tejido habitual) de hormonas, factores de crecimiento, antígenos que desencadenan reacciones inmunológicas u otros productos con actividad biológica.

Algunos de ellos son:

a.- Endocrinológicos. Son los más frecuentes. Algunos tumores que no asientan en las glándulas endocrinas son capaces de liberar hormonas dando lugar a los siguientes cuadros:

- Síndrome de Cushing. En la mayoría de los casos se asocia al cáncer de pulmón. Consiste en edemas, debilidad muscular, hipokalemia (disminución de los niveles de potasio en sangre), hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre), hipertensión arterial y pérdida de peso.
- Secreción inadecuada de ADH. El tumor al que más se asocia es el cáncer de pulmón. Los síntomas más frecuentes son anorexia, náuseas, vómitos, confusión, somnolencia, e incluso en casos graves, coma y muerte.
- Hipersecreción de hormonas sexuales. Produce pubertad precoz en niños, alteraciones menstruales en mujeres y ginecomastia (aumento del tamaño mamario) en varones.

b.- Metabólicos:

- Hipoglucemia (disminución de los niveles de glucosa en sangre) si el tumor segrega sustancias de acción similar a la de la insulina. Es raro.
- Hipercalcemia (aumento de los niveles de calcio en sangre). Es muy frecuente. Aparece fundamentalmente en pacientes con cáncer de mama y con cáncer de pulmón de células pequeñas. Suele producir somnolencia, estreñimiento, vómitos y anorexia.
- Hipocalcemia (disminución de los niveles de calcio en sangre). No suele dar síntomas.

C.-Hematológicos:

- Anemia (disminución de glóbulos rojos). Muy frecuente.
- Policitemia (aumento de glóbulos rojos).
- Leucocitosis (aumento de glóbulos blancos). No da síntomas.
- Coagulación intravascular diseminada (alteración de la coagulación que da lugar a hemorragias y trombosis).

d.- Neuromusculares. En más del 50% de los casos estos síntomas preceden al diagnóstico tumoral.

- Miastenia. Se asocia a tumores originados en el timo. Se caracteriza por debilidad muscular generalizada, dificultad para la masticación, ptosis palpebral (caída de los párpados), etc.
- Neuropatía periférica. Es la afectación del sistema nervioso más frecuente. Puede afectar la sensibilidad, o producir hipotensión arterial u obstrucción intestinal (por disminución de la movilidad del tubo digestivo).
- Degeneración cerebelar subaguda. Poco frecuente. Se asocia a tumores ginecológicos. Se caracteriza por inestabilidad en la marcha, alteraciones en el habla y a menudo, demencia.
- Demencia-encefalomielitis. Los síntomas dependen de la zona del sistema nervioso afectada.

e.- Vasculares:

- Trombosis. Los tumores que más se asocian a trombosis son los de páncreas, pulmón, próstata y ovario.

f.- Osteoarticulares.

- Osteoartropatía hipertrófica. Es un cuadro que consiste en la deformación de los dedos que adquieren la forma de palillos de tambor y que se acompaña de dolores articulares.

g.- Cutáneos.

- Dermatomiositis. Manchas de color violáceo en pómulos y región periocular. Se asocia a debilidad muscular generalizada y dolorosa. Se relaciona con neoplasias de mama, pulmón, ovario y del aparato digestivo.
- Acantosis nigricans. Lesiones marronáceas en zonas de pliegues del cuerpo (axilas, cuello, región perianal). Se asocia especialmente a cáncer gástrico.
- Otros. Ictiosis adquirida, eritema giratum repens, eritema migratorio necrolítico, etc.(18)

## ***Dolor***

El dolor es un síntoma frecuente en el paciente con cáncer. Cerca del 50% de los pacientes en el momento del diagnóstico y más del 70% con enfermedad avanzada presentan dolor durante su evolución. Es más frecuente en neoplasias de origen óseo, gástrico, genitourinario y de cabeza y cuello. Hay que tener en cuenta que en estos pacientes la intensidad del dolor es, al menos, moderada en la mayoría de los casos y que además, suelen experimentar más de un tipo de dolor.

Las causas de dolor en el paciente oncológico son básicamente de tres tipos:

- Dolor por invasión directa del tumor: infiltración ósea, de vísceras, nervios, etc.
- Dolor relacionado con el tratamiento: cirugía, radioterapia (úlceras orales, fibrosis, enteritis...), quimioterapia (dolor muscular, úlceras bucales, punciones,...), etc.
- Dolor debido a otras causas. Por debilidad, espasmos musculares, etc.

El dolor puede ser agudo o crónico, siendo éste último el más característico en estos pacientes. El dolor crónico tiene unas connotaciones psicológicas especiales, ya que en muchos casos puede ser interpretado por el paciente como una progresión de su enfermedad, puede interferir en sus relaciones sociales favoreciendo el aislamiento, provocar trastornos del sueño, etc.

Existen distintos tipos de dolor dependiendo del mecanismo que lo desencadena:

- Somático. Es constante, sordo y bien localizado. Es el más frecuente en pacientes con cáncer. Ejemplo: metástasis óseas.



- Visceral. Constante, mal localizado, a veces el paciente refiere sentirlo como una presión en zonas cutáneas. Se acompaña a menudo de sudoración, malestar, náuseas y palidez.
- Neuropático. Por afectación del sistema nervioso. Es como una sensación de quemazón o un latigazo. Responde mal a los analgésicos habituales.(19)

### **Paciente terminal.**

Paciente terminal es la persona que se encuentra en la etapa final de algunas enfermedades crónicas, especialmente de las cancerígenas. Esta fase se inicia en el momento en que es preciso abandonar los tratamientos de finalidad curativa, ya que no le aportan beneficios a su estado de salud, para sustituirlos por otros cuyo objetivo es controlar y paliar los síntomas, tanto físicos como psíquicos que origina la enfermedad.

A veces, se usa sólo la palabra "terminal". Es sinónimo de enfermo o paciente desahuciado. Pero no debe confundirse con "enfermo o paciente agónico", que se refiere a la fase de agonía de un paciente (la previa al fallecimiento).

### **Características.**

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica, las cuales son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente; es por ello que cuenta con derechos. (20)

### **Derechos del paciente terminal**

A lo largo de los últimos años, en varios países y organizaciones internacionales, este tema se ha trabajado con especial interés debido al aumento de presiones por los movimientos de la Eutanasia y el Suicidio Médicamente asistido. Existe la necesidad moral de prestar mejor atención a los enfermos en estado terminal pues muchos de ellos sienten que están perdiendo autonomía y además temen que sus dolores no sean controlados.

En 1945, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, menciona a los moribundos, (Artículo 25); también en 1966 la ONU en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hace una cita sobre enfermos terminales (Artículos 7 y 27). En la Asamblea Médica Mundial, Helsinki 1964 y Tokio 1975, se refirieron al cuidado de los pacientes moribundos. En la declaración de Lisboa, en 1981, se concretaron los Derechos del Paciente. La Asociación Americana de Hospitales publicó en 1975 su "Patient's Bill of Rights" que fue revisada en 1992. La Asociación Médica Americana presentó al Congreso de los Estados Unidos los llamados "Derechos del Paciente" en 1999, en donde la Asociación Médica Americana insiste en que se deben implementar estos derechos para protección de los enfermos, las cuales son:

- El paciente tiene derecho a mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y autonomía a las que ha tenido derecho en la vida.
- El paciente tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.
- El paciente tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
- El paciente tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
- El paciente tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.
- El paciente tiene derecho a obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas, aun si los medicamentos o medidas requeridas para ello le redujeran el tiempo de vida restante.
- El paciente tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
- El paciente tiene derecho a recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que sean.
- El paciente tiene derecho a conocer y recibir explicaciones sobre los costos de los servicios recibidos. En situación de urgencia, se le debe atender sin exigir pago previo.
- El paciente tiene derecho a morir con dignidad, tan comfortable y apaciblemente como sea posible.

## **Muerte.**

La muerte es un proceso terminal que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida. El proceso de fallecimiento -aunque está totalmente definido en algunas de sus fases desde un punto de vista neurofisiológico, bioquímico y médico-, aún no es del todo comprendido en su conjunto desde el punto de vista termodinámico y neurológico y existen discrepancias científicas al respecto. Adicionalmente no se ha definido científicamente en qué parte del proceso está el umbral en que se pasa de la vida a la muerte.(21)

## **Fases del Duelo.**

Elisabeth Kübler-Ross identificó cinco etapas las cuales son:

- **Fase de negación:** la mayoría de los pacientes al enterarse de que padecen una enfermedad mortal reaccionan con la negación insisten en que no puede ser verdad y que tienen que haber un error, lo cual da lugar con frecuencia a una peregrinación por diferentes médicos, buscando a alguien que encuentre una solución. Esta fase tiene su ventaja ya que funciona como amortiguador ante la noticia inesperada, permitiendo que el paciente se recupere y movilice otras defensas. En esta fase es necesario detectar si el paciente desea hablar de la muerte, si es así, debe iniciarse un dialogo con él y sus familiares, ya que la muerte se percibe más lejana porque aún existe un estado de relatividad salud y bienestar.
- **Fase de ira:** la reacción es ¿Por qué yo, habiendo gente mala? ¿Qué hice para merecer ese castigo? Esta cólera se proyecta hacia la familia y el personal de salud con lo cual resulta difícil atender al paciente. En esta etapa el enfermo necesita de gran apoyo y comprensión ya que su ira no solamente es porque va a

morir, sino porque se ha visto obligado a abandonar su proyecto de vida, no es pues contra nadie en particular, todo el mundo, incluso a Dios. Puede suceder que los familiares y amigos se alejan para no ser blancos de los ataques, con lo cual empeora la situación ya que el paciente se sentirá profundamente abandonado, aunque es posible que grite que no quiere que nadie lo acompañe.

- **Fase de pacto:** Generalmente es una fase de duración corta, en la cual el paciente abandona la cólera y se porta bien para obtener el privilegio de seguir viviendo, aunque sea un poco más de tiempo o que desaparezca el dolor, o que sea concebido un determinado deseo.
- **Fase de depresión:** Hay una sensación de pérdida relacionado con el tipo de enfermedad, por eso es distinta en cada paciente. Puede ser por pérdida de la belleza, de la posibilidad de tener hijos, de casarse, de concluir un proyecto, de perder el empleo, es así donde toma mayor importancia el rol que puede desempeñar el personal de salud puesto que, este debe descubrir la causa de la depresión para tratar de aliviar el sufrimiento que esto ocasiona con la conversación pueril e incluso irritante de decirle que no debe estar triste, sino con el diálogo franco que perciba al paciente expresar su dolor, y al personal de salud contestar sus preguntas acerca de las múltiples interrogantes que atormentan al paciente.
- **Fase de aceptación:** En esta última fase, probablemente el paciente estará agotado por los estragos de su enfermedad, se sentirá cansado y resignado, y es posible que desee estar solo más tiempo, no conversará mucho, pero aceptará con gusto la compañía silenciosa de alguien que le de la seguridad de que aún es amado y necesario, pues en estos casos el silencio va más allá de las palabras. (22).

## **Actitud.**

Según la Real Academia Española define a la actitud como “postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo o expresa algo con eficacia. Disposición de ánimo manifestada de algún modo”.

Rodríguez definió la actitud 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 a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables. (23)

“la actitud se puede definir como una respuesta evaluativa relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales” (24).

La actitud también ha sido definida como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.

Por lo tanto, la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.

Es por ello que, la psicología social se encarga de estudiar las actitudes de los seres humanos para predecir posibles conductas. Cuando se observan las actitudes de un individuo, es factible prever su modo de accionar.

Las actitudes cumplen con diversas funciones en la vida social. Puede darse el caso de alguien que adopta una actitud defensiva y, de esta manera, se predisponga de una forma particular ante las interacciones. La actitud también puede orientarse a la adaptación, en un intento por minimizar los conflictos.

Entre las características de las actitudes podemos citar las siguientes:

- **Direccionalidad:** la actitud implica una relación sujeto-objeto o idea en particular que le da direccionalidad y la diferencia del rasgo de carácter o el hábito.
- **Adquirida:** aprendida en interacción, no existen actitudes innatas.
- **Intensidad:** es la fuerza que reviste la actitud, es decir su magnitud.
- **Más o menos Durables:** son relativamente durables, pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.

Existen varios tipos de actitudes:

- **Actitud desinteresada.-** Es la que lleva a una persona tener presente a otra no como un medio para conseguir algo, sino como un fin para alcanzar un beneficio propio. Para conseguirla hacen falta cuatro cualidades: disponibilidad, apertura, aceptación y solicitud.
- **Actitud manipuladora.-** Es la que ejerce una persona para alcanzar un fin personal y tiene en cuenta al otro como un medio, otorgándole la atención suficiente para conseguir su objetivo.

- Actitud interesada.-Es causada por una situación de indigencia. Una persona se ve privada de algo que necesita y busca por todos los medios recuperar o conseguir satisfacer sus necesidades. Los demás, son también un recurso que puede ayudarla a salir de esa situación de desamparo.
- Actitud integradora.-Es la que tiene una persona que busca no sólo su beneficio sino también el de quienes la rodean. Se basa en una estrecha comunicación entre dos personas cuyo objetivo es la unificación y la integración.

A lo largo de la historia se han realizado muchas teorías en torno a la actitud, aquí presentamos algunas de ellas.

- Teoría del aprendizaje .- Las actitudes se aprenden al igual que todo en la vida. Captamos nueva información y aprendemos los sentimientos, acciones y pensamientos que se encuentran relacionados con ellos. En esta línea de pensamiento se concibe a las personas como seres sujetos pasivos donde el aprendizaje es el detonador de la actitud que puedan tomar. La misma depende íntimamente de la cantidad de elementos positivos y negativos que haya aprendido el sujeto.
- Teoría de la consistencia cognitiva.-Afirman que las personas buscan la coherencia en su vida y que en base a conseguirla es que varían sus actitudes y pensamientos para sentir una unicidad en su ser interno pues la presencia de dos estados de consciencia (incoherencia) les incomoda. En este caso la actitud tendría que ver con la sucesión de acciones que aseguren un equilibrio para el individuo.
- Teoría de la disonancia cognitiva.-Se sostiene que, al igual que lo explicado en la teoría anterior, los sujetos se sienten incómodos cuando poseen ideas o actitudes que se contradicen (disonancia) y



como consecuencia de ello buscan disminuir dicha disonancia. Lo mismo ocurre cuando se realiza una acción que va en contra de lo que el sujeto cree o no se relaciona con la vida que desea llevar, con quién es.

La actitud se encuentra estrechamente relacionada con las emociones de una persona frente a determinada situación, cosa o persona, demostrando así una disposición o inclinación para actuar en diversos momentos de la vida del ser humano.

## **Componentes de la Actitud.**

### ***Componente Cognitivo.***

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

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 o la educación.

### ***Componente Afectivo.***

El componente afectivo de una actitud, se refiere a los procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en

sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado...), la cual es necesario que exista un componente cognitivo.

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 el actuar de las personas.
- Apatía: falta de emoción, motivación o entusiasmo. Es un término psicológico para un estado de indiferencia, en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.
- Temor: sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.
- Ansiedad: respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

### ***Componente Conductual.***

Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

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

- 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, siempre en el plano de lo moral.
- 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.(25)

### **Personal de Salud.**

La noción de personal de salud abarca por lo general los siguientes elementos: número de personas capaces de ejercer o que se preparan para ejercer una profesión sanitaria; características demográficas de esas personas; características sociales (estudios, experiencia y escala de valores); y cambios necesarios en la plantilla como en la calificación del personal para prestar a la población los servicios de salud correspondientes a las necesidades y a la demanda. Por lo tanto el personal de salud comprende:

- Personas que ya trabajan en el sector de los servicios sanitarios.
- Los posibles trabajadores sanitarios, es decir, las personas con la competencia necesaria para ejercer una determinada ocupación sanitaria, pero que de momento no lo hacen.
- Los futuros trabajadores sanitarios, es decir, los que están recibiendo una formación teórica y práctica que les permitirá incorporarse a los servicios de salud pública.

## **Funciones del personal de salud en la atención del paciente Terminal.**

La atención para enfermos terminales la entrega un equipo de médicos, enfermeras, ayudantes, asistentes sociales, cuidadores espirituales, consejeros, terapeutas y voluntarios, que están capacitados para ayudar a controlar el dolor y los síntomas que el paciente tiene. También ayudan y apoyan a las familias durante las últimas etapas de la vida de una persona.

### ➤ **Enfermera.**

Función asistencial:

- Identificar problemas y necesidades actuales y potenciales del paciente y la familia.
- Realizar diagnósticos de enfermería y planificación de cuidados según objetivos y prioridades.
- Ayudar a satisfacer las necesidades del paciente en el ámbito donde se encuentre: hospital o domicilio.
- Crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermero-paciente y permita un conocimiento más profundo e integral de la persona con enfermedad terminal.
- Proveer medidas de alivio y confort, contribuyendo al bienestar del paciente.
- Preservar la dignidad de la persona frente al sufrimiento y la inminencia de la muerte.
- Permanecer al lado del paciente estableciendo una relación de ayuda a través del acompañamiento.
- Alentar al máximo la participación del enfermo en el proceso de atención, fomentando el autocuidado y la autoestima.
- Realizar la evaluación del dolor, identificando causas, mecanismo fisiopatológico y poner en práctica las medidas adecuadas para aliviar el sufrimiento.

- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Observación, registro y comunicación al resto del equipo sobre los cambios en el estado del paciente.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.
- Alentar la comunicación a través del tacto y otras medidas no verbales.
- Brindar soporte, información y entrenamiento a la familia permitiendo una activa participación de la misma en los cuidados.
- Orientar el apoyo emocional del paciente y sugerir alternativas de ayuda de otros profesionales.
- Brindar soporte a la familia en el período de duelo.

#### Función docente:

- Responder a las necesidades del paciente en relación a explicación acerca de medidas farmacológicas y no farmacológicas propuestas.
- Entrenamiento y supervisión de la familia en técnicas de cuidados y administración del tratamiento.
- Capacitación de colegas, miembros del equipo de salud y la comunidad, en temas de Cuidados Paliativos.

#### Función administrativa:

- Provisión y coordinación de recursos.
- Implementación de sistemas de registro y comunicación interprofesionales.
- Coordinar las intervenciones del equipo interdisciplinario.
- Supervisión de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, así como de la calidad en la asistencia.

Función de investigación:

- Intervenir en la elaboración y aplicación de protocolos clínicos y trabajos de investigación científica.
- Difusión de los resultados en eventos y publicaciones relacionadas con Cuidados Paliativos.

➤ **Auxiliar de enfermería.**

- Mantener la buena imagen del paciente (higiene personal).
- Proporcionar un ambiente agradable (habitación ordenada, ventilada, luz adecuada).
- Proporcionar al paciente cuidados de confort y bienestar.
- Mantener el orden en la unidad de trabajo para facilitar el de otros profesionales.
- Proporcionar al paciente los mejores cuidados posibles.
- Contribuir a aumentar su confort y bienestar.

➤ **Médico.**

La atención médica debe volver a ser personal, íntima, informada e individualizada, como primera medida anti sufrimiento de los pacientes terminales. La labor del clínico debería incluir detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo siempre que sea posible, mucho más si la práctica profesional pone en contacto con la muerte de los pacientes. Sin embargo, día tras día se observa que los estudiantes de Medicina desarrollan rápidamente destrezas tecnológicas para enfrentar virtualmente cualquier crisis que el paciente pueda presentar; pero para su propia supervivencia emocional, aprenden a ignorar o a minimizar las señales de sufrimiento personal de sus pacientes.

➤ **Sacerdote.**

“Las enfermedades y los dolores han sido siempre considerados como una de las mayores dificultades que angustian la conciencia de los hombres.

Sin embargo, los que tienen la fe cristiana, aunque sienten y experimentan lo mismo, se ven ayudados por la luz de la fe, gracias a la cual perciben la grandeza del misterio del sufrimiento y soportan los mismos dolores con mayor fortaleza.

En efecto: los cristianos no solamente conocen, por las propias palabras de Cristo, el significado y el valor de la enfermedad de cara a la salvación del mundo, sino que se saben amados por el mismo Cristo, que en su vida tantas veces visitó y curó a los enfermos”.

En esta misma vertiente, adquiere nueva luz y significado el Sacramento de la Unción de los Enfermos. Lejos de ser el sacramento de los moribundos inconscientes o una especie de “pasaporte” para el más allá, exento de toda interpretación mágica o supersticiosa, puede expresar su verdadero sentido: signo de la presencia orante de la comunidad para exhortar al enfermo a la fe y ofrecerle la gracia de santificación, a fin de que viva su enfermedad como Cristo. “Este sacramento otorga al enfermo la gracia del Espíritu Santo, con lo cual el hombre entero es ayudado en su salud, confortado por la confianza en Dios y robustecido contra las tentaciones del enemigo y la angustia de la muerte, de tal modo que pueda no sólo soportar sus males con fortaleza, sino también luchar contra ella.

### **2.3. Definición Operacional de Términos.**

**Actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico.-** Son aquellas disposiciones voluntarias del personal de salud evidenciadas en el cuidado que brindan al paciente terminal, la cual serán obtenidas mediante la aplicación de la encuesta formulada y se valorada si la actitud es positiva, negativa o indiferente.

### **2.4. Planteamiento de la Hipótesis.**

Hipótesis Nula.

- H<sup>o</sup>: Es Indiferente o Negativa la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora, Lima-Perú 2014.

Hipótesis Alterna.

- H<sub>1</sub>: Es Positiva la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología-Hospital María Auxiliadora, , Lima-Perú 2014.



## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.**

El estudio fue de nivel aplicativo ya que permitió proporcionar un aporte significativo a la práctica profesional para buscar soluciones; tipo cuantitativo ya que se asignó un valor numérico a los datos obtenidos, método descriptivo de corte transversal ya que permitió presentar la información total y como se obtuvo de acuerdo a la realidad en un tiempo y espacio determinado, se considera un estudio descriptivo cuando los datos son utilizados con finalidad puramente descriptiva, no enfocados a una presunta relación causa-efecto.

### **3.2. Lugar del Estudio.**

Se realizara en el Hospital María Auxiliadora, de dependencia del Ministerio de Salud, considera como una institución asistencial de Tercer Nivel que funciona como único centro hospitalario de referencia en el Cono Sur de Lima Metropolitana, ubicada en AV. Miguel Iglesias 968-San Juan de Miraflores. Este nosocomio presta atención Integral Básica en los servicios de Salud a la población (Estimado-2008) de distritos urbano, marginal y rural que representan aproximadamente 1'903,527 personas (Fuente, Población y Vivienda INEI). Cuenta con el Área de consultorios Externos, Emergencia y Unidad Hospitalaria.

El presente estudio se llevara a cabo en el servicio de Oncología 5º piso, la cual consta de dos áreas: Quimioterapia Ambulatoria y Hospitalización, está última cuenta con una capacidad instalada de 14 pacientes, disponiéndose de una enfermera para la atención en cada turno laboral.

### **3.3. Población de Estudio.**

La población estuvo conformada por el total de personal que labora en el servicio de Oncología que son 43. La muestra trabajada fue de 33.

### **3.4. Unidad de Análisis.**

La Unidad de Análisis en este presente trabajo fue la participación de Médicos, licenciados en Enfermería y Técnicos en Enfermería.

### **3.5. Muestra y Muestreo.**

No se trabajó con una muestra puesto que la población en dicho servicio es finita.

### **3.6. Criterios de Selección.**

#### **3.6.1. Criterios de Inclusión.**

- Profesional de salud fijo que labora en el servicio de Oncología.
- Profesional de salud que desea participar.

#### **3.6.2. Criterios de Exclusión.**

- Personal de salud que no complete el instrumento.
- Personal de salud que no labore en el servicio de Oncología.

### **3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.**

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento una escala de Likert modificada que consta de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos (Anexo C), el cual fue sometido a validez del contenido y constructo a través de juicios de expertos a fin de aplicar la prueba binomial mediante la prueba binomial mediante la tabla de concordancia (Anexo E). Luego se realizaron los reajustes al instrumento basado en las sugerencias y/o recomendaciones de los juicios de

expertos, a fin de llevar acabo la prueba piloto para determinar la validez estadística mediante la prueba ítem-test y el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo F) y para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach(Anexo G).

### **3.8. Procedimientos para el Análisis e Interpretación de la Información.**

Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excell previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla matriz. Los resultados fueron representados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación basada en el marco teórico .Para la medición de la variable se utilizó la escala de Estanones, valorando de esta forma a la actitud como positiva, indiferente o negativa.

## **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION**

#### **4.1. Resultados.**

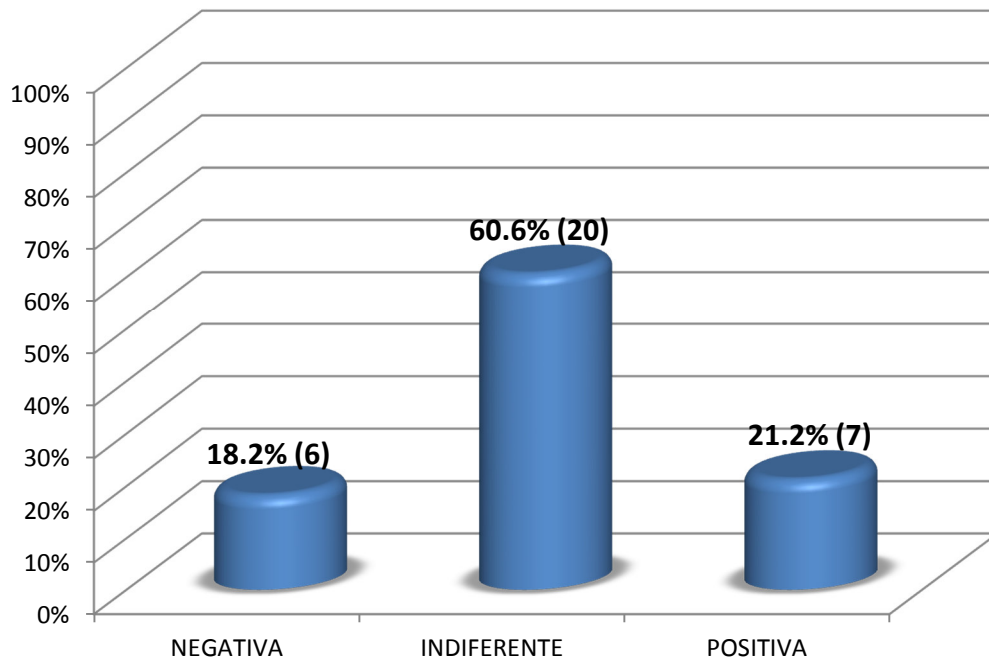
Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico .Así tenemos que:

Datos Generales.

En cuanto a los datos generales ;del 100%(33) de personal de salud,48.5%(16) tienen entre 25 a 32 años ,30.3%(10) entre 33 a 40 años ,y 21.2%(7) entre los 41 años a más;21.2%(7) son hombres y 78.8%(26)son mujeres; con respecto al tiempo de servicio 66.7%(22) tienen entre 1 a 5 años en el servicio de Oncología ,27.3%(9) entre 6 a 10,y 6%(2) entre 11 años a más ;con respecto a experiencias anteriores con la muerte de sus pacientes 30.3%(10) tienen entre 1 a 5 ,18.2%(6) entre 6 a 19 ,y 51.5%(17) entre 11 a más (Anexo N,Ñ).

Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de personal de salud que labora en el servicio de Oncología tienen entre 25 a 32 años de edad, es decir son adultos jóvenes, hay más mujeres que varones en el servicio, la mayoría tienen entre 1 a 5 años trabajando en el servicio y han tenido más de 11 experiencias respecto a la muerte en pacientes.

**GRAFICO N° 1**  
**DETERMINAR LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A**  
**LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO**  
**DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.**  
**LIMA-PERU 2014.**

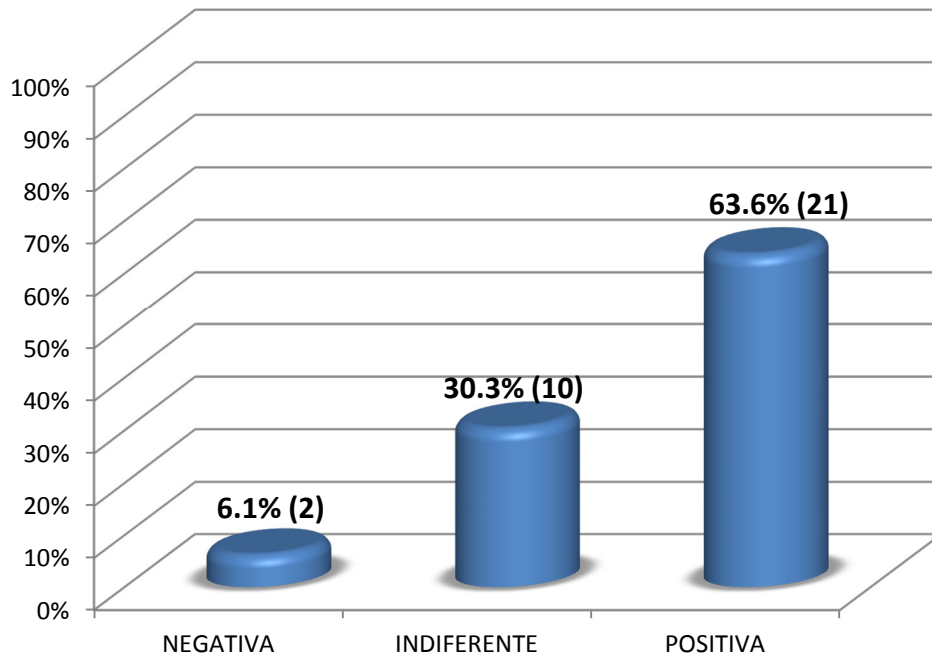


**FUENTE:** Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.2014.

De acuerdo a la gráfica se puede observar del 100%(33) de encuestados, 60.2%(20) tiene actitud indiferente, el 21.2%(7) tiene una actitud positiva, y el 18.2%(6) negativa. Por lo que podemos inferir que la actitud del personal de salud que labora en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora frente a la etapa terminal del paciente oncológico es de indiferente.

## GRAFICO N°2

### IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE COGNITIVO EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.



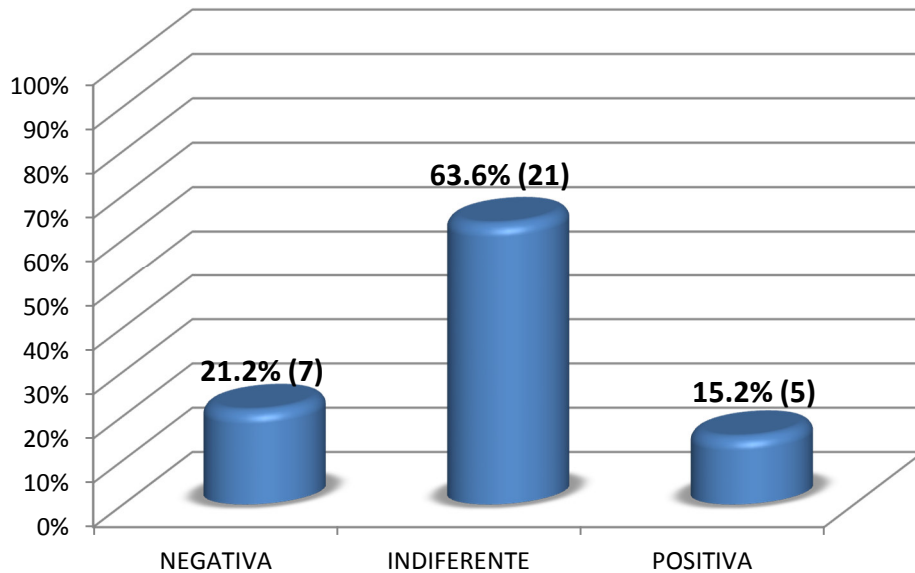
**FUENTE:** Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora

De acuerdo a la gráfica se puede observar la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del 100%(33), el 63.6%(21) tiene una actitud positiva, 30.3%(10) indiferente y el 6.1%(2) negativa.



GRAFICO N°3

**IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE AFECTIVO EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.**

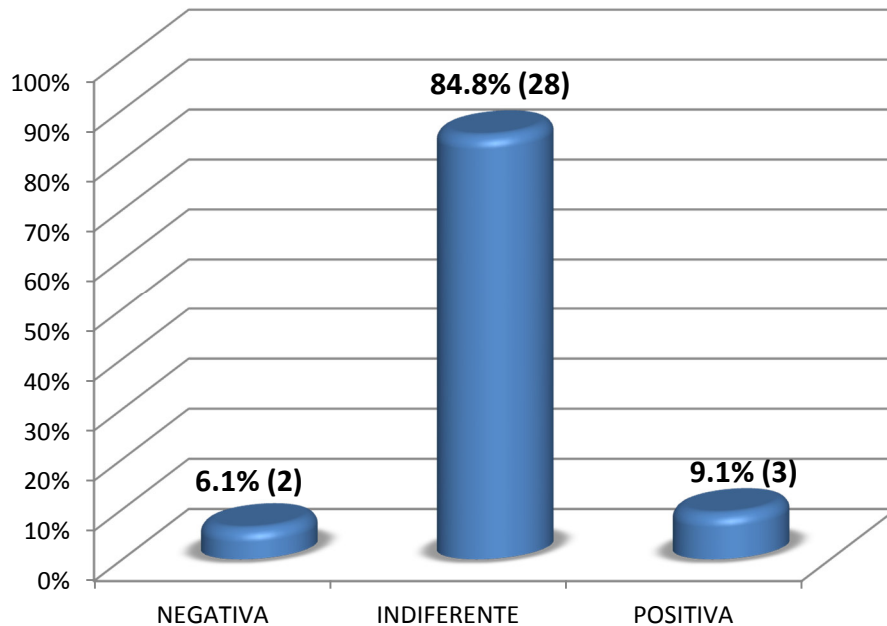


**FUENTE:** Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora

De acuerdo a la gráfica se puede observar la presencia del componente afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del 100%(33) de encuestados, el 63.6%(21) es indiferente, el 21.2%(7) negativa y el 15.2%(5) tiene una actitud positiva.

GRAFICO N°4

**IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE ONDUCTUAL  
EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA  
TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO  
DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.  
LIMA-PERU 2014.**



**FUENTE:** Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora

De acuerdo a la gráfica se puede observar la presencia del componente conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del 100%(33), 84.8%(28) indiferente, el 9.1%(3) tiene una actitud positiva y el 6.1%(2) negativa

## 4.2. Discusión.

Según los resultados encontrados podemos afirmar que la actitud del personal de salud que labora en el servicio de oncología del hospital María Auxiliadora frente a la etapa terminal del paciente oncológico es de indiferente ya que 20 de 33 personas encuestados orientaron sus respuestas a los ítems que mide la indiferencia. Pero observando dicha barra, donde está plasmado el resultado de las 3 dimensiones de la variable podemos inferir que la actitud en el aspecto cognitivo es positiva en un 63.6% con 21 encuestados.

La dimensión cognitivo de la actitud está dado por las creencias, valores y conocimientos, los ítems en las cuales la mayoría de encuestados asintieron fueron, “cuando veo que un paciente tiene dolor acudo de inmediato a ayudarlo”, “Procuro durante la atención que brindo al paciente darle buenos ánimos evitando que se deprima” y “frente a la agonía de un paciente deseo estar a su lado y darle seguridad”; las aseveraciones responden a actitudes positivas, pues en el momento del dolor agudo, del miedo, la desolación y ansiedad, incluso en el último momento de la vida, la presencia del profesional de salud juega un rol fundamental pues brinda un soporte a la persona que se encuentra en estado terminal.

Según Hernández C G y Col.; En el 2001, Cuba, concluye que “La mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un Pasaje o tránsito a una vida mejor ni 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 sufrimiento. Sin embargo, la gran mayoría prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida como actitud prejuiciada sobre la base de un estereotipo cognitivo, afectivamente acuñado, que desconoce la relación existente entre salud y calidad de vida.” (26)

Por ende se puede deducir que el personal de salud posee un alto componente cognitivo 63.6%, en el actuar hacia el paciente terminal, pues los conocimientos adquiridos tanto en la formación profesional de pregrado u estudios posteriores permiten conocer que el fin es mantener la vida del paciente terminal sin tener en cuenta lo primordial ante el cuidado que se debe brindar. Los conocimientos que adquirimos durante nuestra formación profesional ayudaran a mitigar, disminuir y calmar las dolencias físicas del paciente en estado terminal mas no suplirá la satisfacción de la esencia que es un buen morir.

Como se ve, la dimensión afectiva es indiferente en el mismo porcentaje que el cognitivo. La dimensión está dada por la sensibilidad, apatía, temor y ansiedad. Las respuestas a los ítems planteados denotan un rechazo por parte del personal de salud a la muerte, una negación interior a enfrentar la etapa terminal de la vida; las respuestas a los ítems planteados se centraron principalmente en la ansiedad y temor del mismo personal y no lo que realmente el paciente necesita, por ejemplo al ítem "Siento que percibo el dolor y sufrimiento de mis pacientes" los encuestados respondieron estar de acuerdo (55%) y muy de acuerdo (21%) dando un porcentaje acumulado del 76% quienes al creer que sienten lo que el paciente padece en esos momentos de miedo y angustia, siendo un impedimento para enfocar y canalizar lo que realmente se debe realizar en momentos donde la vida se va del paciente, por el contrario al ítem "Mi experiencia me dice, que es mejor evadir las esperanzas en un paciente terminal" un 69% de encuestados manifiestan estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, lo que indica que la mayor parte de encuestados mantienen esperanzas hasta el final, lo cual es contraproducente pues en los últimos momentos donde la agonía y el sufrimiento se apodera del paciente lo mejor es afrontar con una actitud realista y brindar cuidados que permitan brindar calidad de vida basada en cuidados paliativos, pero además es importante

mencionar la característica particular de arraigo por parte del personal de salud por miedo a la muerte como un concepto social arraigado en cada persona. El no afrontar la realidad, el ser evasivos o demasiado realistas, nos desprenden de lo que realmente debemos canalizar hacia quien necesita por su estado de agonía.

Según así encontramos que Cordero Y y Col.; En el 2003, demostró en su investigación que “el sentimiento que les produce la muerte al personal de enfermería es la depresión en un 59%; el 69% no indaga con los familiares del paciente sobre su percepción acerca de la muerte, el 72% no acompaña al médico a notificar la muerte del paciente.” (27). A su vez Cinta Sánchez A, en el 2009, concluye que “El personal de enfermería prefiere evitar el proceso de la muerte, en la cual expresan tener miedo a ello, con solo hecho de pensarlo, considerando que después de la muerte no hay nada más y una salida a la carga de la vida, por lo cual se muestran indiferentes ante los familiares del paciente terminal”. (28)

Las personas conviven con el miedo a la muerte, pero pueden posponer el plantearse el problema ,que resulta angustioso, así se defienden de la ansiedad que les crea .Pero los profesionales de Enfermería ,por responsabilidades inherentes ,están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas que a menudo resulta dolorosa o difícil es por ello encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo la necesidad del paciente terminal. (29)

Por lo expuesto se concluye que es muy importante la presencia del componente afectivo dentro del actuar del personal de salud que brinda atención a un paciente terminal, pero cabe resaltar que el personal para no hacerse daño personalmente considera una actuar superfluo ante la

atención del paciente terminal y de esta manera evadir lo que realmente debemos de canalizar que es nuestro actuar hacia el paciente terminal. Y

Por ultimo tenemos la dimensión conductual que están dados por comodidad, responsabilidad, vocación, aceptación y rechazo. Por lo tanto la conducta muestra la manera como el personal de salud se comporta en un momento crítico y difícil de asumir, la muerte. La indiferencia no está dada por la importancia que pone el personal de salud ante el dolor o sufrimiento del paciente, está dado por la conducta de brindar aquello que creemos que es lo correcto y no lo que realmente necesita la persona en agonía; el dolor, miedo angustia por la muerte, hace que el personal de salud se ensimisme y vea sus propias debilidades evadiendo el principio fundamental del cuidado, el cual recae en brindar un cuidado humanizado con calidez y calidad hasta el final de la vida, es pues entonces donde se debe disipar aquellos miedos propios y enfocarse en este único e irrepetible momento que es cuando una persona está agonizando. Los ítems donde se evidencia lo anteriormente planteado son, “Hago todo lo necesario, para que mi paciente se sienta cómodo, aun cuando se encuentra en estado terminal”, esta proposición alcanzo un 94% de encuestados a favor de la proposición, lo cual denota la preponderancia de hacer y dar “todo” lo que creemos que es necesario dar, siendo innecesario brindar un todo, cuando lo factico es centrarse en aquello que necesita el paciente y es calma, tranquilidad, sosiego pero sobre todo afrontar el último momento con paz en su ámbito interno. Otra proposición que determina la aseveración planteada es “Lucho con todos mis medios para evitar la muerte de mi paciente” obteniendo 70% de aceptación y que demuestra la necesidad imperiosa de seguir luchando dejando de lado lo que realmente necesita la persona que padece una enfermedad terminal.

Según Esparza G I; En el 2001, México, concluye que "...Es importante que las enfermeras estén conscientes de sus propias reacciones de tal manera que no experimenten estrés excesivo, ya que da paso al fenómeno conocido como consunción que presenta aflicción personal, indiferencia ante el sufrimiento de los demás provocando la perdida de la relación enfermera paciente llegando a la deshumanización". (30). A su vez Grau A J y Col.; En el 2008, concluyen que "Los componentes actitudinales ante la muerte en profesionales ofrecen menos respuestas defensivas ante su acercamiento profesional a la atención a estos enfermos, pero manteniendo respuestas relativamente evasivas, cargadas de temor y ambigüedad."(31)

Sin embargo Cecily Saunders refiere: "Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida, y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para que muera de manera pacífica, sino también para que mientras viva, lo haga con dignidad".(32)

Por lo expuesto se concluye que la presencia del componente conductual 84.8% es indiferente frente a la etapa terminal ,puesto que nosotros como seres humanos debemos de aplicar una triada pensar ,sentir y actuar ;y creo que a mi apreciación personal es de suma importancia la aplicación de la triada en nuestro actuar como profesionales que brindamos atención a un paciente cuya característica es la agonía ,ya que implica una serie de sentimientos ,sensaciones agradable y desagradables en sentido manejar una adecuada inteligencia emocional.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



## 5.1. Conclusiones.

- El personal de salud del servicio de oncología posee un actitud indiferente frente a la atención que brinda al paciente oncológico en etapa terminal generando un impacto único de frustración, pesar, dolor, pero sobre todo, de soledad en los últimos momentos de la vida donde el interés o creencia individual debe ser secundario a la real necesidad del paciente oncológico en fase de agonía.
- Se identifica la presencia del componente cognitivo como ente interviniente en la atención al paciente terminal, la cual nos da una visión hacia el cuidado del paciente, enfocándose en los conocimientos aplicados en su actuar.
- Se identifica la presencia del componente cognitivo como positivo lo cual indica que sus creencias, valores y conocimiento modulan su actitud de forma tal que el profesional de salud se adapta de forma activa frente al paciente terminal.
- En contraste con los componentes afectivos y conductual destaca la actitud de indiferencia lo cual es muy preocupante porque se ponen de manifiesto la apatía , ansiedad , sensibilidad , temor tal como la vocación , responsabilidad que da a entender el rechazo al paciente terminal en un momento que más lo necesita que es el final de su vida.

## **5.2. Recomendaciones.**

- Coordinar con el Comité de Capacitación con la finalidad de considerar en la programación anual de educación continua la realización de talleres teóricos y prácticos en la cual enfoquen temas relacionados al cuidado integral del paciente Oncológico en estado terminal ,de esta forma promoveremos cambio actitudinales frente a ello.
- Motivar a todo el personal del Servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora, el cambio de actitud de indiferente a positivo frente al paciente terminal con reflexiones diarias antes de cada jornada laboral.
- Coordina con el capellán del Hospital María Auxiliadora para programar sesiones de reflexión con el personal de salud que motiven el cambio de actitud positiva frente al paciente terminal
- Coordinar con el Departamento de Psicología para su apoyo en la programación de talleres conductuales y afectivos para todo el personal de salud que se enfrenta al paciente en estado terminal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Kübler-Ross, "On death and dying".Macmillan, USA 1969.
- (2) Organización Mundial de la Salud "Paciente Terminal", 1988.
- (3)(12)(26) Hernández C.G. y Col. "Actitud ante la muerte en los médicos de familia", 2001-Cuba. (Artículo de Revista Médica). 2001 Pag.22-32.
- (4)(13)(27) Cordero Y y Col "Actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del Turno de 7 a.m. a 1 p.m. y su Relación con la atención al Paciente Moribundo y sus Familiares",2003-Mexico, (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [bibmed.ucla.edu.ve](http://bibmed.ucla.edu.ve).
- (5)(15)(28) Cinta S.A. "Actitud Tanatología de Enfermería con Pacientes en Etapa Terminal" 2009-Minatitlan,(extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/30064/1/AngelicaCintaSan.pdf>.
- (6)(29) Yagüe F.M y Col. "Actitudes de los profesionales de Enfermería ante los pacientes terminales". (extraído el 10 de Agosto 2014) Disponible en:<http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>.
- (7) Allport F.H, "Social Psychology, Houghton Mifflin 1924.
- (8) Cabrera M.M y Col. "Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes",2007-Chile. (artículo de revista), (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532009000100006&script=sci_arttext).
- (9) Bonilla M.J. "El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre 2011- Quito-Ecuador (Programa de Maestría en Bioética), (extraído el 10 de Mayo

- 2013) Disponible en: [enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf](http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf).
- (10) Gonzales N.O. “Actitud y Ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería”,2009-Maracaibo. (Trabajo de grado para optar título de Psicólogo), (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.isis/tesis/3201-09-03196.pdf](http://www.isis/tesis/3201-09-03196.pdf).
  - (11)(31) Grau A.J.y Col. “Revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos”,2008-Cuba. (Revista Científica de Pensamiento Psicológico),(extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: <http://www.redalyc.org>.( Vol. 4, N°10, 2008, pp. 27-58).
  - (14)(30) Esparza G.I. “Actitud de la enfermera ante el paciente en agonía y muerte”,2001-Mexico, (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.imbiomed.com/1/1/articulos](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos).
  - (16) Gonzales P.M. “Actitud y Conocimiento del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente Geriátrico en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen”. Tesis para optar el Título Especialista en Emergencia y Desastre. Lima 2007.
  - (17) Cáncer (artículo en internet).Perú 2013, (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.cancer.org](http://www.cancer.org).
  - (18) Cáncer (artículo en internet), (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en:<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus>.
  - (19) Dolor. Revista sobre: “Conocimientos Fundamentales sobre el dolor” Farmaproyectos Latinoamericana.Pag.20-23.
  - (20) Paciente Terminal. “Guía de Actuación Clínica.en A.P” Pag.3-8.
  - (21) Muerte. (Artículo en Internet .Perú 2013. (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.definicion.org/diccionario](http://www.definicion.org/diccionario).
  - (22) Fases de la Duelo. (Artículo en Internet .Perú 2013. (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [psicologosenmadrid.eu/fases-del-duelo](http://psicologosenmadrid.eu/fases-del-duelo).
  - (23) Rodríguez A. “Psicología Social” México: Trillas 1991.

- (24) Whittaker J. Psicología. Ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana. México. 1999.
- (25) Actitud (Artículo en Internet .Perú 2013. (extraído el 10 de Mayo 2013) Disponible en: [www.biopsychology.org](http://www.biopsychology.org).
- (32 )Saunders Cecily .Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat. Barcelona 1980.

# **ANEXOS**

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		<b>Pag.</b>
<b>A</b>	Operacionalización de la Variable	I
<b>B</b>	Matriz Operacional de la Variable	II
<b>C</b>	Instrumento	III
<b>D</b>	Consentimiento Informado	VI
<b>E</b>	Tabla de Concordancia	VII
<b>F</b>	Validez Estadística del Instrumento	VIII
<b>G</b>	Confiabilidad Estadística del Instrumento	IX
<b>H</b>	Matriz General de Datos	X
<b>I</b>	Medición de la variable Actitud. Escala de Estanones	XI
<b>J</b>	Determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora. Lima-Perú 2014.	XV
<b>K</b>	Identificación de la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora. Lima-Perú 2014.	XVI

<b>L</b>	Identificación de la presencia del componente afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora. Lima-Perú 2014.	XVII
<b>M</b>	Identificación de la presencia del componente conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora. Lima-Perú 2014.	XVIII
<b>N</b>	Edad y Sexo del profesional de salud del servicio de oncología.hospital María Auxiliadora.2014	XIX
<b>Ñ</b>	Tiempo de servicio del personal de salud relacionado con experiencias anteriores con la muerte. Servicio de oncología.hospital María auxiliadora.2014	XIX



**ANEXO A**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TEMA	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ANTECEDENTES	BASE TEÓRICA
<p style="text-align: center;">ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA HOSPITAL MARIA AUXILIADORA - 2014</p>	<p>¿Cuál es la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora- 2014?</p>	<p>Determinar la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora- 2014.</p>	<p>Identificar la presencia del componente cognitivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora- 2014. Identificar la presencia del componente afectivo en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora- 2014. Identificar la presencia del componente conductual en la actitud del personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico del servicio de oncología. Hospital María Auxiliadora- 2014.</p>	<p><b>CABRERA MAZA, Maritza y Col;</b> En 2007, Concepción-Chile: "Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes" <b>HERNANDEZ CABRERA, Gisela y Col;</b> En el 2001, Cuba: "Actitud ante la muerte en los médicos de familia". <b>ESPARZA GUTIERREZ, Ivonne;</b> En el 2001, México.; "Actitud de la enfermería ante el paciente en agonía y muerte".</p>	<p><b>CÁNCER</b> Generalidades. Fases del cáncer. Manifestación clínica del cáncer.</p> <p><b>PACIENTE TERMINAL</b> Características. Muerte. Fases de la muerte.</p> <p><b>ACTITUDES</b> Componentes.</p> <p><b>PERSONAL DE SALUD</b> Funciones del personal de salud en la atención del paciente terminal ❖ Enfermera. ❖ Auxiliar de enfermería. ❖ Médico. ❖ Sacerdote.</p>

ANEXO B

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL VAR.
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACINTE ONCOLOGICO	Son aquellas disposiciones voluntarias del personal de salud evidenciadas en el cuidado que brindan al paciente terminal y que pueden influir de manera positiva, negativa o neutral.	La actitud está compuesta por tres dimensiones, siendo la cognitiva, afectiva y conductual, las cuales fueron definidas por sus características cualitativas y para su medición se utilizara la escala de Likert mediante la aplicación de la encuesta formulada y se valorada si la actitud es positiva, negativa o indiferente.	COGNITIVO	Creencias Valores Conocimiento	Positivo Indiferente Negativo
			APECTIVO	Sensibilidad Apatía Temor Ansiedad	
			CONDUCTUAL	Comodidad Responsabilidad Vocación Aceptación Rechazo	

## ANEXO C

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS CUESTIONARIO N° 1

#### PRESENTACIÓN:

Sr., Srta., Sra. le saludo cordialmente, soy la Licenciada en Enfermería EDITH PAÑIHUARA QUISPE INGA, estoy realizando una investigación con la finalidad de obtener información sobre “**ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA**”, motivo por el cual, solicito a Usted su colaboración respondiendo con veracidad las siguientes preguntas que son de carácter anónimo y confidencial. Se agradece anticipadamente su colaboración.

#### Instrucciones:

Lea detenidamente cada uno de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o una equis(X) la respuesta que Usted crea correcta, por cada ítem hay 5 probabilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO.....TA  
DE ACUERDO.....A  
INDECISO.....I  
DESACUERDO.....DA  
TOTALMENTE EN DESACUERDO.....TD

#### I. DATOS GENERALES

1. **Edad:** .....
2. **Sexo**                      Masculino ( )                      Femenino ( )
3. **Tiempo de servicio en la unidad:**.....
4. **Experiencias anteriores con la muerte:** 1-5( ) 6-10( ) Más de 10( ).

## II. ITEMS.

Nº	ITEMS	T.A	A	I	D.A	T.D
1	Cuando veo que un paciente tiene dolor acudo de inmediato a ayudarlo.					
2	Al observar que mi paciente está tranquilo después de un dolor crónico, evito acercarme para no estresarlo.					
3	Procuro durante la atención que brindo al paciente darle buenos ánimos evitando que se deprima.					
4	Generalmente mi proceder frente al dolor que padece el paciente terminal se basa en hacer lo que pienso y no lo que está indicado hacer.					
5	Frente a la agonía de un paciente deseo estar a su lado y darle seguridad.					
6	Los conocimientos adquiridos durante la formación profesional son suficientes para atender a pacientes con cáncer o en estado terminal.					
7	Siento que percibo el dolor y sufrimiento de mis pacientes.					
8	Mi experiencia me dice, que es mejor evadir las esperanzas en un paciente terminal.					
9	Me conmueve interrelacionarme con la familia de un paciente en estado terminal.					
10	Cuando veo el sufrimiento de una persona con cáncer, me siento vulnerable.					
11	El personal de salud no se debe comprometer emocionalmente con el paciente y familia.					
12	Es mejor morir a estar soportando el dolor crónico de la enfermedad por cáncer.					
13	Dejar que mis sentimientos interfieran en mis intervenciones, solo hace que proceda emocionalmente dejando de lado lo que realmente debo hacer con objetividad y precisión.					
14	Prefiero evitar acercarme a un paciente que se encuentre en estado terminal, pues me afecta emocionalmente.					
15	Cuando pienso que un paciente puede fallecer durante mi turno, me estreso percibiendo que brindo las atenciones de manera inadecuada.					

N°	ITEMS	T.A	A	I	D.A	T.D
16	Hago todo lo necesario, para que mi paciente se sienta cómodo, aun cuando se encuentra en estado terminal.					
17	Permito que el paciente exprese su dolor, escuchándolo y brindándole seguridad.					
18	El contacto frecuente ante la muerte me ha hecho verla como algo natural					
19	Acepto la enfermedad y la muerte como un proceso natural de la vida.					
20	Lucho con todos mis medios para evitar la muerte de mi paciente.					
21	Preferiría mantener un pronóstico reservado, evitando explicar a los familiares acerca de la evolución del paciente.					

GRACIAS POR SU COLABORACION.

## ANEXO D

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....con D.N.I .....a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. LIMA – PERÚ 2014”** habiendo sido informando (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será sólo y exclusivamente para fines de investigación.

-----  
Firma del Personal de Salud

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado (a) Sr. Srta. Sra.:

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

-----  
Edith Pañihuara Quispe Inga  
Responsable de la Investigación.

**ANEXO E**  
**TABLA DE CONCORDANCIA**  
**PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS**

ITEMS	N° DE JUEZ									P VALOR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0.018
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002

Favorable: 1(SI).

Desfavorable: 0(NO)

Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa.

## ANEXO F

### VALIDEZ ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO. ESCALA DE LIKERT.

Para la validez estadística, se aplicó la fórmula de ítem test coeficiente de R de Pearson, obteniéndose:

$$r_{xy} = \frac{\sum x_i y_i - n \bar{x} \bar{y}}{n s_x s_y} = \frac{n \sum x_i y_i - \sum x_i \sum y_i}{\sqrt{n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2} \sqrt{n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2}}$$

Item1: r=0.23	Item7: r=0.18(*)	Item13: r=0.32	Item19: r=0.39	Item25: r=-0.14(*)
Item2: r=0.35	Item8: r=-0.4(*)	Item14: r=0.37	Item20: r=0.66	Item26: r=0.19(*)
Item3: r=0.05(*)	Item9: r=0.23	Item15: r=0.45	Item21: r=0.17(*)	Item27: r=0.23
Item4: r=0.63	Item10: r=0.74	Item16: r=0.16(*)	Item22: r=0.35	Item28: r=0.34
Item5: r=0.66	Item11: r=-0.35(*)	Item17: r=0.34	Item23: r=0.21	Item29: r=0.25
Item6: r=0.47	Item12: r=0.28	Item18: r=0.58	Item24: r=0.12(*)	Item30: r=0.46

Si  $r > 0.20$ , el ítem es válido ;por lo tanto el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto por los ítems (\*)3,7,8,11,16,21,24,25,26 que no alcanzaron el puntaje deseado ,por lo cual fueron eliminados ,quedando de esta manera el instrumento constituido por 21 ítems validos (ANEXO C).



## ANEXO G CONFIABILIDAD ESTADISTICA DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

K : N° de preguntas o ítems válidos.

$\sum S_i^2$  : Sumatoria de las varianzas de cada ítem.

$S_T^2$  : Varianza de los totales.

$$\text{Alfa} = 21/20 [1 - (15.32/55.58)]$$

$$\text{Alfa} = 1.05 \cdot [1 - 0.28]$$

$$\text{Alfa} = 1.05 \times 0.72$$

$$\text{Alfa} = 0.76$$

Para que exista confiabilidad alfa >0.7, por lo tanto este instrumento es confiable.

## ANEXO H

### MATRIZ GENERAL DE DATOS

	DIMENSION COGNITIVA					DIMENSION AFECTIVO										DIMENSION CONDUCTUAL					TOTAL	MATORIA TO		
	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	TOTAL	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	TOTAL	ITEM 16	ITEM 17	ITEM 18			ITEM 19	ITEM 20
encuestado 1	4	2	5	2	4	1	18	4	2	4	3	3	2	2	2	2	24	4	5	2	5	4	3	23
encuestado 2	5	4	5	1	4	1	20	3	1	4	4	4	2	3	3	1	25	2	1	4	4	4	5	20
encuestado 3	5	4	5	5	5	4	28	4	2	2	4	4	4	3	3	2	28	5	5	4	5	4	5	28
encuestado 4	5	2	4	3	4	4	22	4	3	4	3	2	4	3	2	2	27	5	4	2	4	4	3	22
encuestado 5	4	4	5	4	3	2	22	3	1	4	4	3	2	3	2	2	24	4	4	3	4	4	2	21
encuestado 6	4	4	4	2	3	3	20	3	2	3	3	2	3	4	2	2	24	4	4	2	4	4	3	21
encuestado 7	4	4	4	1	3	4	20	3	2	4	3	3	3	1	2	1	22	4	4	4	4	4	2	22
encuestado 8	5	2	5	3	4	4	23	4	2	5	5	4	4	5	2	4	35	4	5	4	5	4	1	23
encuestado 9	4	2	5	2	4	1	18	4	2	1	2	1	1	5	1	1	18	5	5	5	5	2	4	26
encuestado 10	4	4	5	2	4	2	21	3	3	4	4	4	3	2	2	2	27	5	5	4	4	2	2	22
encuestado 11	5	4	4	3	4	3	23	4	3	4	5	3	4	4	2	2	31	5	4	2	4	3	5	23
encuestado 12	5	2	5	3	5	4	24	4	3	4	3	3	3	3	1	1	25	5	5	4	4	4	4	26
encuestado 13	4	2	4	2	4	4	20	5	4	5	4	5	5	4	2	3	37	5	5	4	4	3	4	25
encuestado 14	5	1	5	4	5	2	22	5	1	4	2	2	2	5	1	1	23	5	5	2	4	2	2	20
encuestado 15	5	1	5	4	4	1	20	1	1	5	1	1	1	5	1	1	17	5	5	5	5	5	5	30
encuestado 16	5	4	5	4	5	4	27	4	2	4	4	2	2	4	2	3	27	5	4	4	4	4	5	26
encuestado 17	5	4	4	2	2	2	19	2	2	4	2	4	2	2	2	2	22	4	4	2	2	5	2	19
encuestado 18	5	2	5	3	4	2	21	4	2	4	4	2	4	3	2	2	27	5	4	3	4	3	2	21
encuestado 19	5	2	5	3	5	4	24	4	3	5	5	5	5	5	2	3	37	5	5	2	3	4	5	24
encuestado 20	5	1	5	1	4	2	18	5	2	3	3	2	1	5	1	3	25	5	5	5	5	5	2	27
encuestado 21	5	2	4	4	2	2	19	4	1	5	5	1	5	5	2	1	29	5	5	5	4	2	1	22
encuestado 22	5	4	5	2	4	4	24	4	2	4	4	4	2	4	2	2	28	4	4	2	4	4	4	22
encuestado 23	4	4	5	2	4	3	22	4	3	3	3	2	4	3	2	1	25	4	4	2	4	4	4	22
encuestado 24	5	1	5	2	5	2	20	5	2	4	1	1	4	3	1	1	22	5	4	4	4	4	4	25
encuestado 25	5	4	4	2	4	3	22	4	2	2	3	5	2	2	3	2	25	5	4	5	4	4	3	25
encuestado 26	5	4	5	1	2	2	19	4	2	4	4	2	1	1	2	2	22	4	4	4	4	2	2	20
encuestado 27	4	2	5	2	5	2	20	5	1	4	2	2	2	4	2	1	23	5	5	4	4	5	2	25
encuestado 28	4	2	4	4	4	2	20	4	1	4	4	2	4	4	4	2	29	4	4	4	4	4	4	24
encuestado 29	4	2	4	1	4	2	17	2	4	4	2	4	2	5	2	2	27	5	4	4	4	4	2	23
encuestado 30	5	5	4	3	5	2	24	4	3	3	5	5	5	4	2	4	35	5	5	4	5	5	1	25
encuestado 31	2	5	5	3	5	4	24	4	1	4	4	1	5	4	1	2	26	1	1	2	2	2	1	9
encuestado 32	5	1	5	3	5	2	21	5	1	4	5	1	1	2	1	1	21	5	5	1	5	3	1	20
encuestado 33	5	4	5	1	5	1	21	5	4	5	5	1	1	1	1	2	28	5	5	4	5	4	2	25

**ANEXO I**  
**MEDICION DE LA VARIABLE ACTITUD.**  
**ESCALA DE ESTANONES.**

Para la clasificación acerca de la actitud que tiene el personal de salud frente a la etapa terminal del paciente oncológico se utilizó la campana de Gaus, usando una constante de 0.75, dividiéndolo en tres categorías: POSITIVA, INDIFERENTE Y NEGATIVA.

Procedimiento:

- Se determina el promedio (X)=70.42
- Se calcula la Desviación Estándar (DS)=7.3
- Se establecieron los valores de a y b mediante la escala de Estanones.

X=70.42

DS=7.3

Min=59

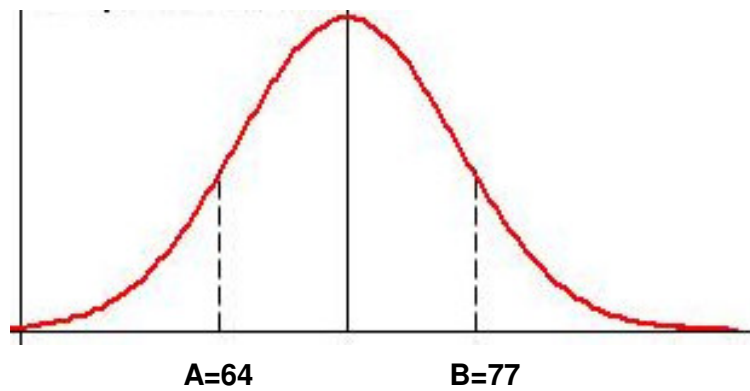
Max=85

$$\text{Alto-Medio} = 70.42 + 0.75 \times 7.3 = 76$$

$$\text{Medio -Bajo} = 70.42 - 0.75 \times 7.3 = 65$$

**Dónde:**

- Positiva:  $\geq 77$
- Indiferente: entre 65 y 76
- Negativa:  $\leq 64$



## CALCULO PARA LA OBTENCION FINAL DE CADA DIMENSION.

### DIMENSION: COMPONENTE COGNITIVO.

$$X=21.3$$

$$DS=2.5$$

$$\text{Min}=17$$

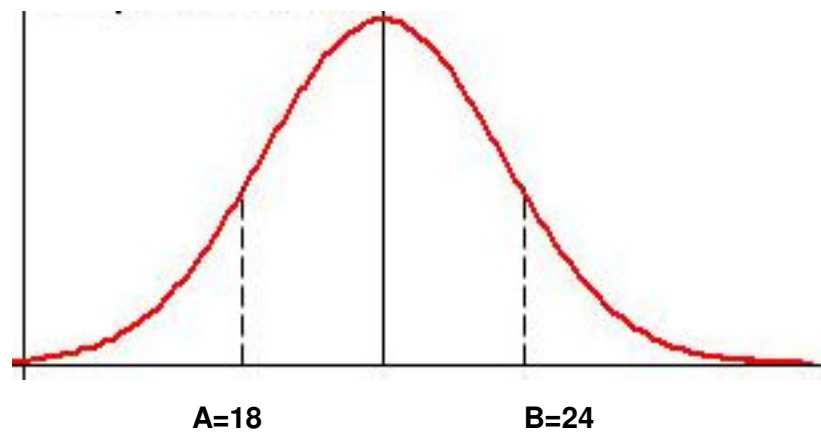
$$\text{Max}=28$$

$$\text{Alto-Medio} = 21.3 + 0.75 \times 2.5 = 23$$

$$\text{Medio -Bajo} = 21.3 - 0.75 \times 2.5 = 19$$

#### Dónde:

- Positiva:  $\geq 24$
- Indiferente: entre 19 y 23
- Negativa:  $\leq 18$



## DIMENSION: COMPONENTE AFECTIVO.

$$X=26.21$$

$$DS=4.8$$

$$\text{Min}=17$$

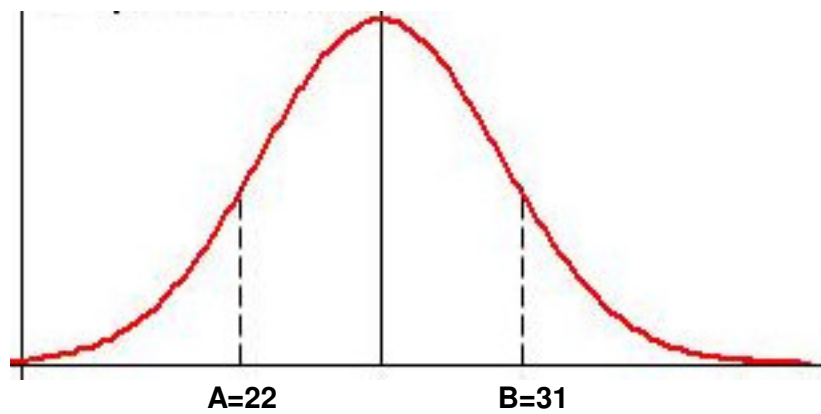
$$\text{Max}=37$$

$$\text{Alto-Medio} = 26.21 + 0.75 \times 4.8 = 30$$

$$\text{Medio -Bajo} = 26.21 - 0.75 \times 4.8 = 23$$

### Dónde:

- Positiva:  $\geq 31$
- Indiferente: entre 23 y 30
- Negativa:  $\leq 22$



## DIMENSION: COMPONENTE CONDUCTUAL.

$$X=22.91$$

$$DS=3.6$$

$$\text{Min}=9$$

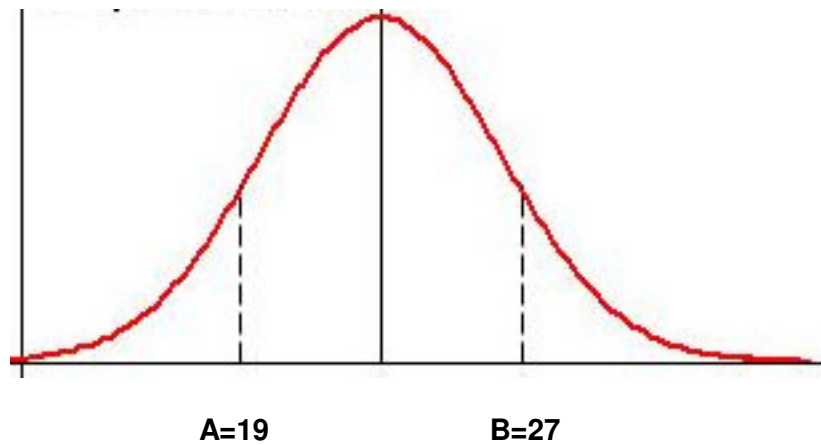
$$\text{Max}= 30$$

$$\text{Alto-Medio} = 22.91 + 0.75 \times 3.6 = 26$$

$$\text{Medio -Bajo} = 22.91 - 0.75 \times 3.6 = 20$$

### Dónde:

- Positiva:  $\geq 27$
- Indiferente: entre 20 y 26
- Negativa :  $\leq 19$



**ANEXO J**

**DETERMINAR LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA  
TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.**

**ACTITUD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NEGATIVA</b>	6	18.2	18.2	18.2
<b>INDIFERENTE</b>	20	60.6	60.6	78.8
<b>POSITIVA</b>	7	21.2	21.2	100.0
<b>Total</b>	33	100.0	100.0	

## ANEXO K

### IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE COGNITIVO EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.

#### COGNITIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NEGATIVA</b>	2	6.1	6.1	6.1
<b>INDIFERENTE</b>	10	30.3	30.3	36.4
<b>POSITIVA</b>	21	63.6	63.6	100.0
<b>Total</b>	33	100.0	100.0	



## ANEXO L

### IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE AFECTIVO EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.

#### AFECTIVO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NEGATIVA</b>	7	21.2	21.2	21.2
<b>INDIFERENTE</b>	21	63.6	63.6	84.8
<b>POSITIVA</b>	5	15.2	15.2	100.0
<b>Total</b>	33	100.0	100.0	

## ANEXO M

### IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DEL COMPONENTE CONDUCTUAL EN LA ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ETAPA TERMINAL DEL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. LIMA-PERU 2014.

#### CONDUCTUAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>NEGATIVA</b>	2	6.1	6.1	6.1
<b>INDIFERENTE</b>	28	84.8	84.8	90.9
<b>POSITIVA</b>	3	9.1	9.1	100.0
<b>Total</b>	33	100.0	100.0	

## ANEXO N

### EDAD Y SEXO DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.2014

EDAD	25-32 años		33-40 años		41 años a mas		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	3	9.1	3	9.1	1	3	7	21.2
FEMENINO	13	39.4	7	21.2	6	18.2	26	78.8
TOTAL	16	48.5	10	30.3	7	21.2	33	100

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.2014.

## ANEXO Ñ

### TIEMPO DE SERVICIO DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADO CON EXPERIENCIAS ANTERIORES CON LA MUERTE.SERVICIO DE ONCOLOGIA.HOSPITAL MARIA AUXILIADORA.2014

EXP.ANT.	1-5 exp.		6-10exp.		11 exp. a mas		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-5 años	10	30.3	4	12.1	8	24.2	22	66.7
6-10 años	0	0	1	3	8	24.2	9	27.3
11 años a mas	0	0	1	3	1	3	2	6
TOTAL	10	30.3	6	18.2	17	51.5	33	100

FUENTE: Encuesta aplicada al personal de salud del servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.2014.