



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte
de sus pacientes en el Servicio de Emergencia de
Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martins - 2010**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias
y Desastres

AUTOR

Jenny Mery ALVAREZ MANTARI

ASESOR

Maribel GIL CONDE

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Alvarez J. Actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2010 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2011.

A Dios, por darme la fortaleza y permitirme seguir adelante por el camino que me he trazado.

A Víctor Hugo, por su amor y comprensión incondicional en cada momento de mi vida.

A mis Padres y Hermanos, por su comprensión y apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A la Lic. Juana Durand Barreto, por su apoyo y valiosa asesoría durante la realización del presente estudio.

A la Institución HNERM, por las facilidades otorgadas para la realización del presente estudio.

A los Enfermeros(as), quienes de manera incondicional y voluntaria participaron en el presente estudio.

Al Servicio de Emergencia de Adultos del HNERM, por facilitarme el campo de estudio para realizar el presente estudio.

INDICE

	Pág.
Índice de Gráficos	vi
Resumen	vii
Presentación	1
CAPITULO I. INTRODUCCION	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema	4
B. Formulación del Problema	6
C. Justificación	6
D. Objetivos	7
E. Propósito	8
F. Marco Teórico	8
F.1. Antecedentes	8
F.2. Base Teórica	15
G. Definición Operacional de Términos	41
CAPITULO II. MATERIAL Y METODO	
A. Nivel, Tipo y Método	43
B. Descripción de la Sede	43
C. Población y Muestra	43
D. Técnica e Instrumento	44
E. Procedimiento de Recolección de Datos	45
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos	45
G. Consideraciones Éticas	45
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSION	46
CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, Y LIMITACIONES	
A. Conclusiones	59
B. Recomendaciones	60
C. Limitaciones	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	61
BIBLIOGRAFIA	64
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Dirección de la actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos del HNERM.	48
2	Intensidad de la actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos del HNERM.	51
3	Diferenciación de la actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado en el antes y después en el servicio de emergencia de adultos del HNERM.	54

RESUMEN

AUTOR: JENNY MERY ALVAREZ MANTARI

ASESOR: LIC. MARIBEL GIL CONDE

Los objetivos fueron: determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, e identificar la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte. Material y Método; el estudio fué de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras(os) que laboran en el servicio de Emergencia de Adultos y la muestra estuvo conformada por 39 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Resultados; en cuanto a la dirección de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes del 100% (39), 61.5% (24) tienen una actitud de indiferencia, 20.5% (8) aceptación y 18% (7) rechazo; acerca de la intensidad de la actitud 48.2% (19) tienen una intensidad moderada, 47.1% (18) fuerte, y 4.7% (2) débil; y la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 74.4% (29) tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, 59% (23) después de la muerte; 28.2% (11) tienen una actitud de aceptación después de la muerte, 12.8% (5) una actitud de aceptación antes de la muerte. Conclusiones; un porcentaje considerable de enfermeros(as) tiene una actitud que esta direccionado a la indiferencia referido a que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, expresa que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, acompaña al medico a dar la noticia a la familia sobre el fallecimiento del paciente, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido; un menor porcentaje significativo tiene una actitud de aceptación; y un minino porcentaje tiene una actitud de rechazo.

PALABRAS CLAVES. ACTITUD DEL ENFERMERO, PROCESO DE LA MUERTE, ACTITUD HACIA EL PROCESO DE LA MUERTE.

SUMMARY

AUTHOR: JENNY MERY ALVAREZ MANTARI

ADVISORY: LIC. MARIBEL GIL CONDE

The objectives were to determine the direction and intensity of the attitude of the nurse (s) to process the death of their patients, and identify the differentiation of the attitude of the nurse (a) to the process of death for patients in the dimension of care before and after death. Material and Method The study was application-level, quantitative, cross sectional method. The population consisted of all nurses working in the Adult Emergency Service and the sample consisted of 39 nurses. The technique was the survey instrument and the Lickert scale. Results, in terms of the direction of the attitude of the nurse (a) to the process of their patients died of 100% (39), 61.5% (24) have an attitude of indifference, 20.5% (8) acceptance and 18 % (7) rejection, about the intensity of the attitude 48.2% (19) have a moderate intensity, 47.1% (18) strong, and 4.7% (2) weak, and differentiation of the attitude of the nurse (a) to the process of the death of their patients, 74.4% (29) have an attitude of indifference in the dimension of care before death, 59% (23) after death, 28.2% (11) have an attitude of acceptance after of death, 12.8% (5) an attitude of acceptance before death. Conclusions, a considerable percentage of nurses (as) has an attitude that is directed to the indifference referred to provides guidance to the patient and family about your health, says that the dying patient care is time consuming, accompanies the doctor to give the news to the family on the death of the patient, avoids contact with the family of the deceased patient, a significantly smaller percentage has an attitude of acceptance, and a pussycat percentage have a negative attitude.

KEYWORDS. ATTITUDES OF NURSES, DEATH PROCESS, THE PROCESS OF ATTITUDE TOWARD DEATH.

PRESENTACION

La convivencia profesional con la experiencia de la muerte y su proceso se encuentra claramente descrita en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los profesionales de la salud, el proceso del fin de la vida ha constituido un importante tema de interés científico y ha sido considerado como uno de los mayores retos que deben afrontar los profesionales de la salud.(1)

Todos somos conscientes de que la muerte es la consecuencia inevitable de la propia vida. Sin embargo, a pesar de tratarse de un fenómeno absolutamente natural, ello no significa que exista siempre una aceptación plena de esta realidad, siendo un hecho temido por la mayor parte de las personas. Este hecho afecta a profesionales de la salud experimentados produciéndoles muchas veces malestar, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección. (2)

La presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, influye en el proceso de atención del paciente moribundo al que se está asistiendo y de sus familiares. Es decir, existe un feed-back entre el proceso de la muerte del paciente y las actitudes del personal sanitario. De ahí la necesidad de que nuestras actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con nuestros cuidados a una mejora en la calidad de vida y una muerte tranquila de los enfermos terminales.

De ahí que siendo la enfermera el profesional del equipo de salud que se enfrenta cada día a situaciones cercanas al morir y a la muerte, y

dado que se encuentra en contacto directo con pacientes moribundos y sus familiares, precisa de una formación específica en estos temas tan difíciles de afrontar. La enfermera, además de poseer habilidades para el control de síntomas, debe ser capaz de ofrecer un cuidado integral a las personas cercanas a la última etapa de su vida. Para ello, debe poseer habilidades sociales y de comunicación que le permitan acercarse y acompañar en todo momento a este tipo de pacientes y a sus familiares quienes posteriormente se enfrentarán al proceso de duelo.

En este marco el presente estudio sobre: “Actitud del Enfermero(a) hacia el Proceso de la Muerte de sus Pacientes en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2010”, tuvo como objetivo determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, e identificar la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado en el antes y después. Con el propósito de brindar información válida y actualizada a los directivos de la institución, al departamento de enfermería y a la enfermera jefe del servicio de emergencia a fin de que se elabore estrategias de educación permanente orientadas a fomentar el cambio de actitudes del profesional de enfermería hacia la atención al paciente moribundo y su familia, y hacia el proceso de la muerte como tal, así como fortalecer las actitudes positivas que presente el profesional de enfermería hacia este proceso.

El estudio está organizado en cuatro capítulos. Capítulo I. Introducción, el cual contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito,

antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II. Material y Método que incluye el nivel, tipo y método, descripción de la sede, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La muerte es el fin de la vida, opuesto al nacimiento, es lo contrario a la vida. El evento de la muerte es la culminación de la vida de un organismo vivo. Se suele decir que una de las características clave de la muerte es que es definitiva, y en efecto, los científicos no han sido capaces hasta ahora de presenciar la recomposición del proceso homeostático desde un punto termodinámicamente recuperable.⁽³⁾

En torno a la muerte giran todas las culturas y organizaciones sociales humanas, es por ese motivo que el concepto de muerte es muy difícil de explicar ya que va a depender de cómo perciban y/o definan los individuos de cada grupo social este término. Así, su concepción de la muerte como fin o como tránsito, su creencia en una vida después de la muerte, en el juicio final, actúan como condicionantes para la actuación de los individuos en un sentido u otro. ⁽⁴⁾

Teniendo en cuenta que el concepto de muerte depende de muchos factores y varía de una cultura a otra, es importante que el profesional de enfermería en especial el que trabaja en emergencias, que es el que tiene un contacto más directo con el dolor y con la muerte de los pacientes tenga presente cuál es el concepto que ellos manejan sobre el tema para que de esta manera tengan la capacidad de reaccionar ante este hecho. La manera en que la enfermera(o) se comporte o actúe ante este hecho depende mucho de cómo este(a) conceptualice el tema. La actitud se puede definir como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder

de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas (Kimball Young). "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida"(R.Jeffress).(5)

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Las actitudes se componen de 3 elementos y/o componentes: componente cognitivo (lo que piensa); componente afectivo o emocional (lo que siente); y componente conductual (la tendencia a manifestar los pensamientos y emociones). (6)

La Enfermera se encuentra ligada al proceso de muerte en el paciente, ya que lo vive con mucha frecuencia en su actuar diario, al estar en contacto más directo con el paciente muchas veces esta presente al final de su vida. Trabajar en un contexto de pérdida como es el proceso de morir, implica vivir día a día con las emociones generando un fuerte impacto en el personal de enfermería, el cual puede ser positivo o negativo, dependiendo de cómo este lo conceptualice.

Ernestine Wiedenbach conceptualiza que "en la filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la realidad que emana de sus creencias y su código de conducta, reside su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones. La filosofía es de naturaleza personal, única para cada enfermera y se expresa externamente en su forma de ejercer su profesión". (7)

Durante los diferentes turnos en el servicio de emergencia de adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins, se pudo observar que ante la

cercanía de la muerte de un paciente la enfermera expresa diferentes reacciones que pueden oscilar desde un rechazo, indiferencia, miedo, apatía, hasta la aceptación en pocos casos a la atención de los pacientes y familiares durante todo este proceso.

Al interactuar refieren: “ya no hay nada que hacer ya se va a morir”, “tal vez no tenga sentido todo lo que hacemos, si no va a vivir”, “pobrecito no me gustaría estar en su lugar”, “hay que llamar rápido para que se lleven el cuerpo”, “ya quítenle todo para que lo lleven a la morgue”, “el doctor ya le comunicará a la familia”, “uno mas en mi turno”, entre otras expresiones; ó en algunas ocasiones mueven la cabeza o se dan la vuelta y dejan que otro colega atienda a ese paciente.

Frente a esta situación surgen diversas interrogantes como: ¿Estará el profesional de enfermería preparado para acompañar al paciente en el proceso de muerte?, ¿Qué factores intervienen en la actitud del profesional de enfermería frente al proceso de la muerte?, entre otras.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Ante lo anteriormente expuesto se creyó conveniente plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cual es la actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2010?

C. JUSTIFICACION

La muerte es un proceso irreversible por lo tanto requiere de un adecuado manejo frente al paciente y familia, y aunque hay lugares donde ocurre con mayor frecuencia este hecho como son las unidades de emergencia donde ingresan pacientes graves; se puede apreciar

diferentes actitudes en el personal de enfermería ante la muerte inminente de una persona, este proceso debe ser comprendido por las enfermeras que laboran en todos los servicios y debe ser tratado con interés y respeto.

Los profesionales de la salud especialmente las Enfermera(o)s continuamente asisten al fallecimiento de los pacientes por lo que pueden reaccionar de acuerdo a sus sentimientos y emociones y estos marcan, en diferentes situaciones de la vida su forma de ejercer la profesión. De modo que ante ello la actitud que adopte el enfermero debe de estar enmarcado en los derechos del paciente y los deberes del personal de enfermería ya establecidos, de modo que contribuyan al proceso de la muerte del paciente y permita al familiar enfrentar el proceso del duelo de la mejor manera posible.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el estudio son:

- Determinar la dirección de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar la intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Determinar la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado en el antes y después en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

E. PROPOSITO

Los resultados que se obtuvieron de este estudio permitieron brindar información válida y actualizada a los directivos de la institución, departamento de enfermería y a la Enfermera jefe del servicio de emergencia a fin de que se elaboren estrategias de educación permanente orientadas a fomentar el cambio de actitudes del profesional de enfermería hacia la atención del paciente moribundo y su familia, y hacia el proceso de la muerte como tal, así como fortalecer las actitudes positivas que presenta el profesional de enfermería hacia este proceso.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Entre los antecedentes que se encontraron relacionados al tema de estudio tenemos que:

A NIVEL INTERNACIONAL

Maritza Maza Cabrera, Mercedes Zavala Gutiérrez, y José M. Merino Escobar, el 2008, en Chile, realizaron un estudio titulado; "Actitud del Profesional de Enfermería ante la Muerte de Pacientes de los Hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano"; con el objetivo de valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan e identificar instancias de preparación en esta temática. El método fue descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería. El instrumento fue con tres escalas: la primera, para Características Biosociodemográficas, tomado de Tejada; la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, creado por Urrutia, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la

Muerte (CAM), adaptación de Templer. La técnica fue la encuesta. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los factores que influyen en que el profesional de enfermería tenga una actitud tanto negativa o positiva están dados por las variables: Edad de los encuestados, Edad de su primer contacto con la muerte, Años de experiencia profesional y Preparación de pregrado en relación a la muerte”. “...el promedio de aquellos que poseen una actitud negativa ante la muerte corresponde a un 67,72 %, esto comprende a los profesionales de enfermería de edad joven (22-34) y edad madura (> a 50 años)”. “...se aprecia que un 69,43% de los encuestados (con experiencia profesional baja y alta) presenta una actitud negativa ante la muerte... es coincidente que los grupos de edad joven y madura también presentan una actitud negativa (67,72%)”. “...el 81,53% de ellos poseen una actitud negativa ante la muerte, asociada a una percepción de preparación pobre a regular en el pregrado en esta temática”. “A su vez, 69,43% de los encuestados reconoce que en su institución no existen sistemas de apoyo a los profesionales que enfrentan día a día la muerte, y en sus respuestas sugieren consejería, apoyo psicológico, seminarios o talleres respecto del tema”.(8)

Ramón Colell Burnet, el 2005, en España, realizó un estudio titulado; “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña”; el cual tuvo como objetivos; valorar el interés que tienen los estudiantes de enfermería para trabajar con enfermos al final de su vida; averiguar la importancia del factor emocional en la atención al enfermo moribundo; verificar la influencia de algunos procesos cognitivos y emocionales ante la ansiedad y el miedo que genera la muerte. El método fue un estudio comparativo. La muestra estuvo conformada por 444 estudiantes. El instrumento fue un cuestionario. La técnica fue la entrevista. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los estudiantes de este estudio manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente, para cuidar a enfermos terminales. Se sienten mas preparados para cuidar

otro tipo de enfermos; solo el 7% de los estudiantes catalanes y el 4.7% de los andaluces, manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales". "Existe una relación entre competencia percibida frente a la muerte y deseo de trabajar con enfermos terminales". "Los alumnos de Andalucía presentan una mayor claridad de los sentimientos y una mayor capacidad de reparación o regulación de los mismos". "Existe mayor miedo a la propia muerte que al proceso de morir. En comparación existe más miedo a la muerte y proceso de morir de la persona querida".(9)

Yisseka Cordero, Aracelys Jiménez, y Rosario Marrero, el 2003, en Venezuela, realizaron un estudio titulado; "Actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del turno de 7am. A 1 pm y su Relación con la Atención al Paciente Moribundo y sus Familiares"; el cual tuvo como objetivo; 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"; conocer la percepción sobre la muerte que tiene el personal de enfermería; describir la actitud del personal de enfermería con relación a la percepción de los familiares ante la muerte; identificar la conducta que sigue el personal de enfermería al informar sobre la muerte; informar los cuidados proporcionados al paciente moribundo por el personal de enfermería. El método fue descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 32 enfermeras. El instrumento fue una encuesta con 6 ítems. La técnica fue la entrevista. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

"Entre los sentimientos que produce la muerte, la depresión es el estado que mayormente siente el personal de enfermería". "El personal de enfermería no indaga con los familiares sobre su percepción acerca de la muerte, este hecho señala una actitud de evasión con respecto al tema y el abordaje y/o orientación del grupo familiar de un paciente terminal". "Al producirse la muerte del paciente el personal de enfermería NO acompaña al medico a notificar el fallecimiento; de esta forma se pone en evidencia una paradoja: "Quienes estuvieron las 24 horas del día con el paciente y en mayor contacto con los

familiares, no están presentes en minutos finales”. Solo una pequeña parte de enfermeras asume esta actitud profesional”. “El personal de enfermería proporciona una atención de tipo integral que abarca 3 aspectos: físico, espiritual y psicosocial”.(10)

Los investigadores de la City of Hope National Medical Center de Duarte, el 2001, en California, realizaron un estudio titulado; “Cuidados de Enfermería al Paciente Terminal”; el cual tuvo como objetivo; determinar hasta que punto las enfermeras atienden bien las necesidades de los pacientes terminales. La muestra estuvo constituida por 2333 enfermeras del City of Hope National Medical Center y en el Oncology Nursing Society; llegando a la siguiente conclusión:

“La enfermera tiene mas confianza en lo que se refiere a los aspectos físicos de los cuidados en su centro, en cambio, se encuentran menos confiadas en cuanto a proporcionar atención espiritual o a poder dar respuestas a las necesidades psicosociales. En términos generales, las enfermeras consideran que su preparación básica en enfermería es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal. La inmensa mayoría considero que su formación en enfermería era inadecuada en todas las áreas (dolor, aspectos generales de la atención al paciente moribundo, necesidades de los familiares como cuidadores, control de los síntomas, proceso de duelo, objetivo de los cuidados, cuestiones éticas y cuidado en el momento de la muerte)”.(11)

A NIVEL NACIONAL

Julia Mallma Cotrado, el 2006, en Lima, realizó un estudio sobre; “Vivencias de la Enfermera en el Cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”; el cual tuvo como objetivo; describir, comprender e interpretar las vivencias de la enfermera en la atención al paciente moribundo. El método fue cualitativo. La muestra estuvo conformada por 12 enfermeras. El instrumento fue un cuestionario. La técnica fue una

entrevista a profundidad. Las consideraciones finales a las que llegó entre otras fueron:

“Ocho de las entrevistadas en su testimonio manifiestan que la muerte es el fin del ciclo vital o el cese de las funciones vitales, dándole a la muerte un significado estrictamente biológico”. “La totalidad de enfermeras considera la agonía como una situación muy dolorosa difícil de manejar y difícil de tolerar, refieren sentir sentimientos de pena, tristeza y mucho dolor al presenciar la agonía del paciente moribundo”. “Las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos: necesidades de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, movilización. Reposo, sueño, abrigo y alivio del dolor”. “Las enfermeras consideran que es necesario brindarle apoyo espiritual al paciente moribundo, refieren que además de cubrir los aspectos corporales y emocionales es necesario ocuparse del nivel espiritual”.(12)

Jenny Acosta Olivera, el 2004, en Lima, realizó un estudio sobre; “Actitudes de los Internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del Paciente Terminal”; el cual tuvo como objetivo; determinar las actitudes de los internos de enfermería hacia los cuidados paliativos de un paciente terminal. El método fue cuantitativo-comparativo de corte transversal. La muestra estuvo conformada 100 internos de enfermería de la U.N.M.S.M., U.P.S.M.P., U.N. Callao, U.N. de Ancash “Santiago Antúnez de Mayolo”, U.N. de Huacho “José Faustino Sánchez Carrión”. El instrumento fue un formulario de diferencial semántico, con una escala del uno al cinco. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los internos de enfermería presentan una mayor inclinación a la actitud de la indiferencia hacia el cuidado paliativo del paciente terminal”. “Existe una actitud de rechazo hacia el familiar del paciente moribundo, identificándose que los internos de enfermería lo consideran como perturbadores y conflictivos”. “Los internos de enfermería en su mayoría, consideran que el soporte psicológico a la familia del paciente es posible, trascendental, reconfortante, oportuno y necesario”.(13)

Francisco Vásquez, Tula Espinoza, Shering Kredert, y Edna Ramírez, el 2001, en Lima, realizaron un estudio sobre; “Significados y Actitudes frente a la muerte en estudiantes de las ciencias medicas de la UNMSM”; el cual tuvo como objetivo; indagar experiencias frente a situaciones de muerte, que poseen los estudiantes de las ciencias medicas de la Facultad de Medicina de la UNMSM; caracterizar las actitudes frente al significado de la muerte: como realidad personal, como perdida de un ser querido, como muerte de un paciente y prolongación tecnológica de la vida. El método fue descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 766 estudiantes de las cinco escuelas. El instrumento fue un cuestionario tipo Likert modificada con 40 ítems. La técnica fue la entrevista. Las conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

“Los estudiantes de las Escuelas de Medicina y Enfermería muestran una actitud mas positiva frente a la muerte”. “La muerte representa para los estudiantes de las ciencias medicas, un fracaso tecnológico de la vida, un fracaso profesional y un trabajo inútil y deprimente”. “El estudiante de las ciencias medicas, no esta preparado emocionalmente para hacer frente a la muerte, evidenciando bloqueo y conflicto en la expresión de sus sentimientos”. “La muerte no es aceptada como condición ontológica individual, familiar ni como parte de la existencia humana”.(14)

Jael Padilla Cárdenas, en 1999, en Lima, realizó un estudio sobre; “Emociones de los estudiantes de Enfermería al Vivificar la Muerte del Paciente”; el cual tuvo como objetivo; caracterizar las emociones de los estudiantes de enfermería al vivificar la muerte del paciente. El método fue cuali-cuantitativo, nivel descriptivo exploratorio, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 26 alumnos de la U.N.M.S.M.. El instrumento fue un cuestionario. La técnica fue de grupo focal. Llegando a las siguientes conclusiones entre otras:

“Los estudiantes de enfermería al vivificar la muerte existencial del paciente frecuentemente perciben las emociones: amor espiritual y satisfacción personal al haber brindado una atención personal, entera, informada e individualizada; y tristeza al observar la muerte del paciente”.(15)

Violeta Arroyo Oyola, en 1991, en Lima, realizó un estudio sobre; “Actitud de los Estudiantes de Enfermería del Segundo y Cuarto Año hacia la atención del Paciente en Fase Terminal de la Universidad Particular Cayetano Heredia”; el cual tuvo como objetivo; establecer la actitud de los estudiantes de enfermería del segundo y cuarto año de estudios hacia la atención del paciente en fase terminal en relación al nivel de conocimientos, edad, procedencia y experiencias previas. El método fue descriptivo comparativo de corte transversal. La muestra estuvo dada por 120 estudiantes. Se utilizó tres instrumentos: una ficha de selección, un cuestionario de conocimientos, y un test de Likert. La técnica fue lista de chequeo y la entrevista. Llegando a las siguientes conclusiones entre otras:

“Los estudiantes de enfermería en su mayoría con actitud indiferente hacia la atención del paciente en fase terminal presenta nivel de conocimientos alto en ambos grupos”. “Los estudiantes de enfermería con actitud indiferente en ambos grupos vivieron en su mayoría una experiencia con un paciente en fase terminal, no existiendo relación significativa”. “Los estudiantes de enfermería en ambos grupos de edades presentaron una actitud indiferente hacia la atención del paciente en fase terminal”.(16)

Los estudios expuestos permitieron tener un panorama más amplio y fueron el motor para establecer la direccionalidad del presente estudio de investigación, de igual manera despertaron el interés para la aplicación del mismo.

F.2. BASE TEORICA

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS ACTITUDES

Según la real academia de la lengua una actitud es “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”.⁽¹⁷⁾ También se define como: “La forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas”. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas. Podría definirse la actitud de la siguiente forma: “predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social”(Eiser).⁽¹⁸⁾

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.⁽¹⁹⁾

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.⁽²⁰⁾

Según Kimball Young: “se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico,

por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas".(21)

"La actitud se puede definir como una respuesta evaluativa relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales." (Whittaker).(22)

R.Jeffress refiere: "la actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida".(23)

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: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- Intensidad: Es la fuerza que reviste la actitud, es decir su magnitud. Existen 3 niveles: mínima, media y máxima. No debemos confundir intensidad con dirección; por ejemplo, a una persona puede parecerle desagradable (-) que fumen a su lado, pero quizás la intensidad de la actitud sea mínima, y por tanto, acepta pacientemente que el humo le moleste.
- Más o menos durables: son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.
- Polaridad afectiva: De la aceptación, hasta el rechazo.(24)

Newcomb, Turner y Converse (1965) dicen que en la mayoría de los casos las actitudes pueden ser descritas de manera completa por medio de dos propiedades: la dirección de la actitud, y el grado del sentimiento que representa. Además dicen también que pueden ser

consideradas como algo en una sola dimensión; es decir, las actitudes van desde lo fuertemente positivo hasta lo fuertemente negativo. Por positivo se dice que es el acercamiento hacia algo (persona u objeto), mientras que por negativo se refiere a la evitación, éstas actitudes fuertemente positivas o negativas van acompañadas de sentimientos intensos.⁽²⁵⁾

COMPONENTES DE LA ACTITUD

- **Componente cognoscitivo(lo que piensa):** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo(lo que siente):** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo .

- **Componente conductual(su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones):** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.⁽²⁶⁾

FORMACION DE LAS ACTITUDES

Según describe Whittaker en su libro, las actitudes se forman en una serie de situaciones:

- ✓ La acumulación y la integración de numerosas experiencias.
- ✓ La individualización, diferenciación y segregación de experiencias.
- ✓ Trauma o experiencias dramáticas.
- ✓ La adopción de actitudes convencionales.⁽²⁷⁾

Stephen Worchel menciona que las actitudes se adquieren, fundamentalmente, por cuatro mecanismos psíquico-sociales diferentes que son:

- ✓ La imitación, represente un tipo de formación de actitudes, en la que los hombres aprenden modos de conducta o reacción, es una forma espontánea de actitudes.
- ✓ La identificación, al imitar conscientemente a un ser vivo uno se identifica con el y adopta inconscientemente.
- ✓ La instrucción, es un tipo de formación en la que la persona esta siendo instruida directamente por otra.
- ✓ La educación, consiste en una forma de adquisición de actitudes que transcurre con la mayor cantidad subjetiva y por ello también compromete la mayor efectividad.⁽²⁸⁾

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

En los procesos cognitivos, emotivos, conductuales y sociales, son múltiples. La principal función resulta ser la cognoscitiva. Las actitudes están en la base de los procesos cognitivos-emotivos prepuestos al conocimiento y a la orientación en el ambiente. Las actitudes pueden

tener funciones instrumentales, expresivas, de adaptación social, ego defensivo.

Este concepto resulta central en toda la psicología social porque tiene una aplicación en muchos campos distintos:

- Frente a objetos o conductas específicas con finalidad predictiva de la conducta, en los estudios de mercado.
- Grupos o minorías étnicas, mediante el estudio de los prejuicios y de los estereotipos.
- Fines y objetivos abstractos, donde este tipo de actitud está definido como valor personal.
- La actitud en relación a si mismo, definida como autoestima.⁽²⁹⁾

TIPOS DE ACTITUD

Existen diferentes tipos de actitudes que a continuación se mencionaran:

- **Actitud Emotiva.-** Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.
- **Actitud Desinteresada.-** Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Esta compuesta por 4 cualidades: *Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.*

- **Actitud Manipuladora.-** Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.
- **Actitud Interesada.-** Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.
- **Actitud Integradora.-** La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.⁽³⁰⁾

TEORIAS DE LA ACTITUD

- **TEORIA DEL APRENDIZAJE:** Según esta teoría, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos. ⁽³¹⁾
- **TEORIA DE LA CONSISTENCIA COGNITIVA:** Según las teorías de la consistencia cognitiva, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.⁽³²⁾

- **TEORIA DE LA DISONANCIA COGNITIVA:** Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de *disonancia cognitiva* o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta disonancia.⁽³³⁾

MEDICION DE LAS ACTITUDES

La medición de las actitudes viene siendo modificada desde 1924 en que Bogardus desarrollo la primera escala de medición. Las escalas antiguas son francas y no ocultan el objeto de prueba; en cambio las más recientes utilizan situaciones disfrazadas, en las que las actitudes son reveladas de una manera no deliberada, es decir, sin que el que opina se percate del asunto.

Hay 2 tipos de escalas para medir las actitudes la medición directa y la indirecta según sea o no advertido por el sujeto. Esta diferencia es importante ya que sea comprobado que al sentirse observado puede modificar probablemente los resultados. Las escalas de actitudes o sistemas de mediciones directas, constituyen el método más empleado.

Las técnicas mas elaboradas para medir actitudes están diseñadas de tal forma que obtengan información sobre dos dimensiones: dirección e intensidad, la forma general de escala de actitudes distingue entre la aceptación, indiferencia o rechazo del objeto de referencia, juntos con una indicación de la intensidad de sus sentimientos al respecto.⁽³⁴⁾

Medición Directa

Estas son las escalas antiguas y donde no tratan de ocultar su finalidad, podemos mencionar:

Escala de Bogardus de las distancias sociales (1924).- Para estudiar los prejuicios ideó una serie de declaraciones que se presentan en diferentes grados de intimidad social en grupos sociales variables. Se le pide que el sujeto marque las aseveraciones que cree las adecuadas para los grupos étnicos específicos. Las declaraciones son de la forma: “Yo admitiría a (nombre del grupo étnico)”.

Esta escala da resultados análogos, dado que esta escala se aplica a un gran número de población, han sido posibles estudiar varios grupos sociales. No tiene valor para el estudio de actitudes que se relacionan con prejuicios étnicos o raciones.⁽³⁵⁾

Escala de actitudes de Thurstone (1929).- Construyó una escala para medir la actitud hacia un problema específico, el primer paso es comprender la necesidad de reunir un gran número de declaraciones que representen diversos puntos de vista o posiciones acerca del problema. Estas declaraciones son entregadas a cierto número de jueces a quienes se piden que las seleccionen formando 11 categorías según el punto de vista o declaración representada. Por lo tanto las declaraciones más extremas sobre determinados problemas deben ser colocados en los grupos finales, mientras la que representan puntos de vista neutrales o medrados deben ser colocados en las pilas centrales.⁽³⁶⁾

Escala de actitudes de Likert.- Toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben de indicar para cada una de ellas si aprueban firmemente, aprueban, están indecisos, desaprueban o desaprueban firmemente, el resultado final para cada individuo es la suma total de las categorías que registra, numerados 5,4,3,2,1. El proceso siguiente es ver en que medida los juicios sobre cada proposición están en correlación con el

resultado final y eliminar aquellos que no manifiesten un acuerdo sustancial. (37)

LA MUERTE

CONCEPTUALIZACION DE MUERTE

B. Kozzier dice: “la muerte es una pérdida fundamental, tanto para la persona que muere como para la que sobrevive. A pesar de que es un proceso inevitable es una experiencia solitaria...la muerte puede ser contemplada no simplemente como una pérdida de la vida, sino como la oportunidad final de la persona que muere de experimentar vida de manera que le proporcione significado y satisfacción”.(38)

La muerte supone el cese irreversible de las funciones vitales del organismo, quebrándose definitivamente esa unidad funcional que es la persona humana. El “Comité para la Definición de la Muerte”, de inspiración cristiana (Grupo de trabajo de la Academia Pontificia de las Ciencias, reunido en la Ciudad del Vaticano en 1989) entiende que “una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida total e irreversible de la capacidad para integrar y coordinar todas las funciones del cuerpo –físicas y mentales- en una unidad funcional”.(39)

La enciclopedia Encarta (2005) define la muerte como: “interrupción irreversible de la vida y proximidad inminente de la muerte. La muerte implica un cambio completo en el estado de un ser vivo, la pérdida de sus características esenciales”. También manifiesta que este concepto varía según las culturas y las épocas, por ejemplo, en las sociedades occidentales la muerte se ha considerado tradicionalmente como la separación del alma del cuerpo. De aquí que, en esta creencia, se ha determinado el cese de la respiración como el signo de muerte. También menciona que en la actualidad, se cree que la muerte se

produce cuando las funciones vitales –la respiración y la circulación (expresada por el latido cardiaco)- se detienen. Por ello el concepto de muerte cerebral ha ganado aceptación, por ello, la perdida irreversible de actividad cerebral es el signo principal de la muerte. (40)

Según la Real Academia de la Lengua Española define la muerte como: “cesación o termino de la vida”. La Sociedad de Tanatología de la Lengua Francesa manifiesta: “La muerte es la certidumbre suprema de la biología, en si misma la muerte tiene carácter atemporal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real”.(41)

Para la medicina forense la muerte se define como la abolición irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo, alude a la cesación de toda actividad en el encéfalo, demandándose además que esta finalización sea completamente irreversible. (42)

Es preciso señalar que la definición de muerte ha sufrido una serie de variaciones a lo largo de la historia. En el pasado, el criterio para declarar clínicamente muerta a una persona era la ausencia de respiración y de latidos en el corazón. Con la evolución de la tecnología empleada, que permitió la conservación artificial de la actividad cardiaca y respiratoria en pacientes, este criterio debió ser revisado. Además, otra circunstancia hacía necesaria esta revisión: la posibilidad de utilizar los órganos de pacientes carentes de actividad cerebral para salvar vidas. Es por ello que luego de un período de evaluación, la comunidad médica decidió adoptar la nueva definición de muerte, aquella que hace énfasis en el papel del cerebro como articulador principal de las funciones del cuerpo.(43)

FASES DE LA MUERTE. según, Gisbert Calabuig

1ª fase: MUERTE APARENTE; es aquella en que desaparecen aparentemente los fenómenos vitales. Disminuye los latidos cardiacos, la respiración, la tensión, hasta llegar a estar inconsciente. El sistema nervioso, esta en menor densidad y con menos reflejos.

2ª fase: MUERTE RELATIVA; prolongación de la agonía, se suspenden de forma efectiva y duradera las funciones nerviosas, circulatorias, respiración y siendo posible todavía mediante maniobras de reanimación, la recuperación en algunos casos.

3ª fase: MUERTE INTERMEDIA; se produce una extinción/ desaparición progresiva e irreversible de la actividad biológica de los diferentes órganos y tejidos.

4ª fases: MUERTE ABSOLUTA; desaparición total / absoluta de cualquier actividad biológica del organismo.⁽⁴⁴⁾

NIVELES EN LOS QUE SE PRODUCE LA MUERTE

La muerte se produce a diversos niveles como son:

- **La Muerte Somática:** es la que se refiere al organismo considerado como un todo. Generalmente es precedida por la de los órganos, células y partes de ellas y se reconoce por la interrupción del latido cardiaco, la respiración, los movimientos, los reflejos y la actividad cerebral. El momento exacto de la muerte somática es difícil de determinar, ya que los síntomas de estados transitorios como el coma, el desvanecimiento y el estupor se parecen mucho a los que aparecen en el momento de la muerte.

Tras la muerte somática, se producen varios cambios que sirven para determinar el momento y las circunstancias de la muerte: la

frialidad cadavérica, enfriamiento del cuerpo después de la muerte, esta determinada principalmente por la temperatura ambiental y por lo general no es de gran ayuda; la rigidez cadavérica, que aparece en los músculos esqueléticos y se inicia entre las 5 y 10 horas posteriores a la muerte y desaparece después de tres o cuatro días; la lividez cadavérica, coloración violácea que aparece en las partes declives del cuerpo, y que es el resultado de la acumulación de sangre. La coagulación de la sangre, así como la autólisis (muerte de las células) se inician al poco tiempo de la muerte. La putrefacción, la descomposición que le sigue esta producida por la acción de enzimas y bacterias.

- **La Muerte de los Órganos:** se produce a distintos ritmos, aunque las células cerebrales no pueden sobrevivir durante más de cinco minutos después de la muerte somática, las del corazón lo hacen durante alrededor de quince minutos, y las del riñón cerca de treinta. Por esta razón, los órganos se pueden extraer de un cuerpo recién muerto y ser transplantados a una persona viva. (45)

MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La ansiedad es el temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. Y como menciona Limonero (1997) la ansiedad ante la muerte es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. (46)

La muerte genera diversas actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las más comunes en las personas ya que son las respuestas

mas primordiales de los seres humanos. La ansiedad es un estado mas negativo que el miedo ya que este se da por un hecho concreto por el contrario la ansiedad se da por un hecho futuro en el caso de la muerte se da por el proceso de morir.

Schulz describe los siguientes temores relacionados con la propia muerte de una persona: el dolor, el mal funcionamiento del cuerpo, la humillación, el rechazo o el abandono, la inexistencia, el castigo, la interrupción de los objetivos, y el impacto negativo sobre los sobrevivientes. (47)

Sheehy, en su exposición sobre los temores comunes en relación con la muerte, incluye el miedo al dolor, la soledad, la dependencia, el momento de la muerte, y la destrucción total. A pesar de que no hay dolor ningún dolor en el momento de la muerte, y la transición de la vida a la muerte parece natural, muchas personas temen este momento. El miedo al momento de la muerte es el resultado de la punzada emocional y del dolor experimentado durante la muerte de uno de los padres (las personas recuerdan este dolor previo y, por lo tanto creen que morir es doloroso). (48)

Los profesionales de enfermería a menudo tienen dificultades para hablar de la muerte con los pacientes que se están muriendo. A pesar de que es natural que las personas se sientan intranquilas al hablar de la muerte, hay una serie de pasos que se pueden tomar para hacer estas conversaciones más fáciles tanto para la enfermera como para el paciente:

- Identificar los sentimientos personales acerca de la muerte y como estos pueden influir en las interacciones con los pacientes. Reconocer los temores personales con respecto a la muerte, y analizarlos con un amigo o con un compañero.

- Centrarse en las necesidades del paciente. Los temores y las creencias del paciente pueden ser diferentes de los del profesional de enfermería. Es importante que el profesional procure no imponer sus temores y sus creencias personales al paciente o a los familiares.
- Comprender al paciente y como afronta este el proceso de la muerte.
- Establecer una relación de comunicación que muestre el interés y el compromiso con el paciente.

*Describir lo que el profesional de enfermería observa en el paciente.

*Poner en claro el interés del profesional de enfermería sobre lo que pasa con el paciente.

*Reconocer los esfuerzos del paciente, por tratar de aceptar la situación que esta atravesando.

*Proporcionar un contacto cariñoso.

- Determinar lo que sabe el paciente acerca de su enfermedad y de su pronóstico.
- Responder con franqueza y sin evasivas a las preguntas del paciente sobre la muerte.
- Reservar tiempo para estar accesible para el paciente y proporcionarle apoyo, escucharlo, y responderle. (49)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PROCESO DE LA MUERTE

CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO

Los cuidados y el apoyo de enfermería al paciente moribundo y a la familia incluyen una valoración correcta de los signos fisiológicos de la muerte próxima. Además de los signos relacionados con la enfermedad específica del paciente, otros determinados signos físicos son

indicativos de la muerte inminente. Los cuatro cambios característicos principales son la pérdida del tono muscular, la lentitud de la circulación, los cambios en las constantes vitales, y el deterioro sensorial. El paciente moribundo expresa sentimientos de temor, desesperanza e impotencia relacionados con todo el proceso de la muerte inminente.

Muchos temores están asociados con la muerte, y el profesional de enfermería tiene que determinar los temores específicos de los pacientes. Gonda y Ruark refieren que los tres objetos que causan temor en la persona moribunda son: el proceso de la muerte, la no existencia, y lo que pasa después de la muerte. El profesional de enfermería por regla general, está más capacitado para ayudar al paciente con el complejo proceso de la muerte que con los temores espirituales de la no existencia y de la otra vida. (50)

Los objetivos principales de la atención de enfermería al paciente moribundo son:

- Mantener el bienestar fisiológico y psicológico.
- Lograr una muerte digna y apacible.

Lo que espera la enfermera de estos pacientes es que no sufran dolor; participen en actividades de auto cuidado de acuerdo a su estado de salud; haga elecciones en cuanto a su cuidado y su tratamiento; verbalice sus sentimientos de cólera, tristeza o pérdida; mantenga una relación abierta con las personas de apoyo y el personal; sea capaz de identificar áreas de control personal; exprese sus sentimientos de control sobre su situación actual; exprese sentimientos de optimismo acerca del presente y el futuro; exprese sentimientos positivos respecto a sus relaciones con las personas allegadas; comparta sus valores y su significado personal de la vida; rememora y revisa su vida personal

positivamente; y acepta las limitaciones y busca ayuda cuando la necesita.

La principal responsabilidad de enfermería respecto a los pacientes moribundos es ayudarlos a lograr una muerte apacible. Las responsabilidades más específicas son las siguientes:

- Proporcionar alivio ante la soledad, el miedo, y la depresión.
- Mantener los sentimientos de seguridad, autoconfianza, dignidad, y autovaloración del paciente.
- Mantener la esperanza.
- Ayudar al paciente a aceptar las pérdidas.
- Proporcionarle bienestar físico.

Las personas que afrontan la muerte necesitan ayuda para hacer frente al hecho de que tendrán que depender de otros. Algunos pacientes que se están muriendo requieren solo unos cuidados mínimos y pueden ser atendidos en sus casas; otros necesitan una atención continuada y los servicios de un hospital y de su personal. ⁽⁵¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos al paciente moribundo son:

- ✓ Alivio del dolor y otros síntomas.
- ✓ No alargar, ni acortar la vida.
- ✓ Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- ✓ Reafirmar la importancia de la vida.
- ✓ Considerar la muerte como algo normal.
- ✓ Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- ✓ Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Estos objetivos se llegaran a conseguir siempre que se actúe con:

- Una comunicación eficaz.
- Control de los síntomas.
- Apoyo a la familia. (52)

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA

La agonía se ha definido como el estado que precede a la muerte, en aquellas enfermedades en que la vida se extingue gradualmente. Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia. Es imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer la aparición de la fase agónica en el paciente, las características más importantes son:

- Aumento de la debilidad.
- Aumento de la postración.
- Aumento del encamamiento.
- Disminución de la alerta.
- Disminución de la ingesta.
- Alteración de las constantes.
- Deterioro físico general.

Se deben observar los signos clínicos siguientes:

- Pérdida del tono muscular:
 - Debilidad.
 - Incontinencia urinaria y rectal.
 - Relajación muscular.

- Dificultad para tragar.
- Pérdida gradual del reflejo faríngeo.
- Disminución de la actividad del tracto intestinal con: náuseas, acumulación de gases, distensión abdominal, retención de heces.
- Disminución de las sensaciones.
 - Cianosis en extremidades.
 - Piel fría primero en los pies, posteriormente manos, orejas y nariz.
- Cambios en los signos vitales:
 - Pulso lento y débil.
 - Tensión arterial disminuida.
 - Respiración rápida y superficial o lenta con fases de apnea.
 - Sequedad en la mucosa oral.
- Afectación sensorial:
 - Visión borrosa.
 - Alteración del gusto y del olfato.
 - Adormilados, estuporosos o comatosos.
 - La audición y el tacto, se cree que hasta el final permanecen.

Los hallazgos físicos de muerte inminente son:

- Pérdida de reflejos.
- Pulso rápido y débil.
- Pupilas dilatadas y fijas.
- Descenso de la presión arterial. - Incapacidad para moverse.
- Distrés respiratorio.
- Fases prolongadas de apnea.
- Respiración ruidosa, (estertores de muerte).

Y como signos de muerte:

- Cese de la respiración y latidos cardiacos durante varios minutos.
- Falta total de respuestas a estímulos externos.
- E.E.G. plano.⁽⁵³⁾

AYUDAR AL PACIENTE A MORIR CON DIGNIDAD

La dignidad puede ser definida como la capacidad de funcionar como una persona trascendente e integrada. Por lo general, la dependencia de los demás y la pérdida de control sobre uno mismo y sobre las interacciones con el entorno se asocian con la pérdida de la dignidad. Los profesionales de enfermería tienen que garantizar que el paciente sea tratado con dignidad, es decir, con honradez y respeto. Los pacientes moribundos sienten a menudo que han perdido el control sobre sus vidas y sobre la vida misma. Los profesionales de enfermería pueden restablecer y dar soporte a los sentimientos de control, mediante la introducción de opciones que estén al alcance del paciente y de las personas allegadas. La mayor parte de los pacientes moribundos indican que quieren ser capaces de dirigir los acontecimientos que preceden a la muerte, para poder morir en paz. Los profesionales de enfermería pueden ayudar a los pacientes a encontrar significado y entereza, y a establecer sus propias prioridades físicas, psicológicas y sociales. Con frecuencia las personas que están muriendo se esfuerzan más por conseguir la realización de sus más íntimos deseos que por el propio instinto de conservación, y necesitan encontrar un significado para seguir viviendo con el sufrimiento. Por lo tanto, una parte del reto de la enfermera es ayudar a mantener, de día en día, el deseo y la esperanza del paciente. (54)

SATISFACER LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE MORIBUNDO

Las necesidades fisiológicas del paciente moribundo están relacionadas con la lentitud de los procesos corporales y con los desequilibrios homeostáticos. Las intervenciones incluyen la prestación de medidas de higiene personal; el control del dolor; el alivio de las

dificultades respiratorias; la ayuda para la movilización; la nutrición, la hidratación, y la eliminación; y el proporcionar medidas relacionadas con los cambios sensoriales. El control del dolor es esencial para permitir que los pacientes mantengan actividades relacionadas con la calidad de vida, como son la alimentación, el movimiento, y el sueño.⁽⁵⁵⁾

APOYO ESPIRITUAL

El apoyo espiritual es de gran importancia al enfrentarse con la muerte. Aunque no todos los pacientes se identifican con una fe o una creencia religiosa específica, la mayoría tienen la necesidad de dar un significado a sus vidas especialmente cuando atraviesan el proceso de la muerte.

El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de garantizar que las necesidades espirituales del paciente sean atendidas, bien por intervención directa o bien facilitando el acceso a las personas que pueden proporcionar la atención espiritual. Los profesionales tienen que ser conscientes de su propio bienestar con respecto a los temas espirituales y tener claras sus propias capacidades para interactuar de una forma compasiva con el paciente. Las enfermeras tienen la responsabilidad de no imponer al cliente sus propias creencias religiosas y espirituales, sino que tienen que responder al paciente con arreglo a sus propias necesidades y circunstancias.

Las intervenciones específicas incluyen el facilitar las expresiones de sentimiento, la oración, la meditación, la lectura, y la conversación con el sacerdote o el consejero espiritual adecuados. Es importante que los profesionales de enfermería establezcan unas relaciones interdisciplinarias eficaces con los especialistas en apoyo espiritual.⁽⁵⁶⁾

APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA

El apoyo a la familia y cuidador principal, es esencial, porque para ellos supone un gran impacto emocional ver que se presenta el final del paciente (su familiar). El apoyo debe basarse en una serie de puntos:

- Es muy importante mantener informada a la familia en todo momento, de la evolución esperada, sobre todo cuando el paciente esta en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.
- Debemos intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
- Cuando el paciente esta inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándoles a hablarle con suavidad.
- Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos.
- Debemos respetar en todo momento la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, etc.), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
- Facilitar la presencia de la familia, incluyendo a los niños, si así lo desean, entendiendo la situación que están atravesando y adaptando en lo posible las normas del centro a sus necesidades (flexibilidad en las horas de visita, posibilidad de espacios para que puedan descansar, sillones, etc.).

- Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
- Algún miembro de la familia, sobre todo los que llegan a ultima hora, pueden producir alguna situación de tensión con el equipo debido a lo que ellos consideran demandas no satisfechas de cuidados. Estas actitudes deben entenderse como signos de estrés emocional. Adoptar una actitud amable y comprensiva, aunque a la vez de firmeza, ante los excesivos requerimientos de cuidados.
- No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos nos son desconocidas.
- Si la familia insiste en la administración de sueros, indicarle pacientemente que estos no son necesarios durante la agonía y que pueden producir más problemas que beneficios (aumento de edemas, secreciones, venopunciones, etc.).
- Las preguntas que la familia suele hacer al equipo sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No deben ser juzgadas como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.
- Entrar en la habitación del paciente para comprobar si necesitan algo. No es necesario decirles nada en especial, solo ofrecerles ayuda y facilitar que expresen su dolor si así lo desean.
- Del tipo de relación establecido con la familia dependerá la eficacia de las medidas de apoyo dirigidas a ella, para lo cual es indispensable crear un clima de confianza en fases previas.
- La información continua y asequible a los familiares es el elemento esencial que les permitirá afrontar con mayor serenidad el final,

además de evitar demandas terapéuticas poco realistas al equipo (mayor intervención médica o administración de sueros, etc.).

- Quizás los familiares avisen al profesional de enfermería por cosas que parezcan triviales, pero hay que tener en cuenta que puede que antes no hayan visto nunca morir a nadie. El desconocimiento del proceso les impulsará a preguntar sobre todo lo que este ocurriendo para comprobar si es normal.
- En todo la evolución de la enfermedad terminal, debemos ofrecer nuestro apoyo a la familia, mediante una adecuada información, escucha activa, comprensión, etc.⁽⁵⁷⁾

CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS LA MUERTE

El profesional de enfermería a cuyo cargo ha estado el paciente, suele ser la persona más adecuada para proporcionar la asistencia post mortem, debido al vínculo establecido entre ambos. El cuerpo del paciente de ser tratado con dignidad y sensibilidad. Cuando un paciente fallece, debe seguirse el siguiente procedimiento:

- **Declaración de muerte:** Es el médico el encargado de declarar que el paciente está muerto. En la historia clínica registrará la hora de muerte del paciente, así como una descripción de cualquier terapia o intervención realizada antes de la muerte.
- **Certificación de defunción:** Este certificado ha de ser cumplimentado por el médico o la institución sanitaria. Informa sobre la hora y la causa de la muerte.
- **Solicitud de exámenes post mortem: (autopsia)** el médico puede solicitar consentimiento escrito o autorización legal al familiar más cercano, salvo en los casos en los que sea la justicia quién realiza esta petición. Habitualmente no es necesario el

consentimiento, cuando las circunstancias de la muerte, son tales que la ley exige, la realización de la autopsia.

- **Solicitud de donación de órganos o tejidos:** Si, por diversos motivos, esto no fue hecho antes del fallecimiento del paciente, la enfermera, el médico o una persona autorizada por la institución, solicita al pariente más próximo o al tutor la donación de órganos o tejidos, si se considera que, desde el punto de vista médico, el paciente fallecido es un donante adecuado.
- **Organización del funeral:** La familia comunica al personal de la funeraria si prefiere embalsamar o incinerar el cadáver.⁽⁵⁸⁾

CUIDADOS DEL CUERPO

El profesional de Enfermería es el responsable de los cuidados después de la muerte. Por ello debe procurar:

- Mantener el ambiente limpio y agradable si es que los familiares o amigos desean ver el cuerpo.
- Retirar todos los equipos y materiales alrededor del paciente.
- Retirar la ropa sucia para evitar malos olores.
- Los cuidados post mortem se dan dependiendo del protocolo de cada institución.
- El profesional de Enfermería debe tener presente la religión del paciente para evitar malos entendidos con la familia.
- Normalmente el cuerpo se coloca en posición de cubito supino, con los brazos a los costados, con las palmas hacia abajo, o bien cruzadas en el abdomen.
- El paciente debe portar una pulsera de identificación.
- Colocar una almohada debajo de la cabeza y los hombros para evitar que la sangre decolore la cara al instalarse en ella.

- Cerrar los párpados y mantenerlos en su lugar unos segundos para que permanezcan cerrados. Si no quedaran cerrados se colocan unas torundas de algodón.
- Cerrar la boca, colocar una toalla enrollada bajo la barbilla para mantenerla cerrada.
- Lavar las zonas sucias.
- Colocar compresas absorbentes bajo las nalgas para recoger las heces y la orina liberadas por la relajación.
- Colocar un camisón limpio, se le cepilla y peina.
- Se le retiran las joyas excepto las de unión.
- Las ropas de cama se ajustan para cubrir al paciente hasta los hombros.
- Después de que el paciente ha sido visto por sus familiares se procede a colocar la identificación en el tobillo y la muñeca, y se envuelve el cuerpo en una mortaja y por último una última identificación en el exterior.⁽⁵⁹⁾

APOYO A LOS FAMILIARES EN EL PROCESO DEL DUELO

Durante nuestra vida, sufrimos múltiples pérdidas que nos provocan periodos de duelo. Estas no tienen porqué ser necesariamente de seres queridos, existiendo otros tipos de pérdidas que pueden afectarnos psicológicamente igual y provocar conductas similares. Los profesionales de la salud ayudan a la sociedad ante cualquier tipo de pérdida que nos provoque duelo; ya sea la imagen corporal, de la persona amada, seguridad y bienestar en el trabajo, etc.

El conocimiento de las pérdidas y diferentes estadios y fases del duelo influyen en nuestra actuación y como enfermeras nos permiten comprender respuestas e identificar necesidades del individuo que facilitan la resolución del duelo de manera positiva. En este caso, como

en todo el trabajo que desarrolla la enfermera a cualquier nivel, la comunicación es la piedra angular que facilita la actuación y aplicación de conocimientos para resolver situaciones de duelo anormales y reconducirlas a un duelo normal. La atención de enfermería en el duelo no es más que la continuación de los cuidados paliativos ofrecidos al moribundo; para ser eficaces en estas situaciones, la enfermera debe tener en cuenta sus propias actitudes para con la pérdida, la muerte y la agonía, pues afectan directamente a la capacidad de cuidado.

Apoyo para el duelo es ayuda para lidiar con la pérdida de un ser querido. Reponerse de una pérdida es un proceso psicológico por el cual deben pasar el personal de un centro de cuidado de enfermería, los miembros de familia y los amigos cuando alguien a quienes cuidan o un ser querido muere. Es necesario sentir el dolor de la pérdida para poder sentirse completo de nuevo.

Reponerse de una pérdida no tiene un horario o calendario y la gente experimenta este proceso de muchas maneras diferentes. Muchas personas sienten rabia, soledad, culpabilidad, confusión y miedo después de que un ser querido se muere. Ayuda poder hablar acerca de la persona que ha muerto.

El duelo, al ser la imagen subjetiva de la pérdida, es esencial para la buena salud mental y física. El duelo es un proceso social. ⁽⁶⁰⁾

Podemos mencionar las siguientes actividades que puede realiza el profesional de enfermería para apoya a la familia en el duelo:

- Proporcionar la oportunidad para que las personas implicadas expresen sus sentimientos.
- Escuchar con atención.

- Evitar los eufemismos. Aprender a sentirse cómodo al escuchar y al decir palabras como *muerte, morir, cáncer*, etc.
- Reconocer y aceptar las diferentes expresiones de la emoción que las personas muestran como respuesta a la pérdida y al duelo. No ser crítico.
- Proporcionar apoyo para la expresión de sentimientos difíciles, como la cólera y la culpabilidad.
- Incluir a los niños en el proceso del duelo.
- Estimular a los dolientes a que mantengan las relaciones establecidas.
- Poner en contacto a la familia y a otras personas implicadas con los grupos de apoyo adecuados.
- Estimular el auto cuidado por parte de los miembros de la familia, especialmente el del cuidador principal del paciente fallecido.
- Proporcionar tiempo para que los miembros de la familia y otras personas allegadas estén con su ser querido, tanto antes como después de su muerte.
- Ayudar a los miembros de la familia y a los seres queridos a tomar decisiones, dejándoles tiempo para la contemplación.⁽⁶¹⁾

G. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos para facilitar su comprensión.

Actitud de la Enfermera hacia el proceso de muerte de sus pacientes: Es la respuesta expresada por la enfermera(o) en relación a la disposición o la reacción que experimenta ante el cuidado que brinda al paciente en proceso de muerte, el cual incluye la dimensión de cuidado antes y después de la muerte. El cual fue obtenido a través de la

escala de Likert modificada, y valorado en dirección (aceptación, indiferencia y rechazo) e intensidad (fuerte, moderada y débil).

Actitud de la Enfermera antes de la muerte de su paciente: Es la respuesta expresada por la enfermera(o) en relación a la disposición o la reacción que experimenta ante el cuidado que brinda al paciente antes que se produzca su muerte. El cual fue obtenido a través de la escala de Likert modificada, y valorado en dirección (aceptación, indiferencia y rechazo) e intensidad (fuerte, moderada y débil).

Actitud de la Enfermera después de la muerte de su paciente: Es la respuesta expresada por la enfermera(o) en relación a la disposición o la reacción que experimenta ante el cuidado que brinda al paciente después de producida su muerte. El cual fue obtenido a través de la escala de Likert modificada, y valorado en dirección (aceptación, indiferencia y rechazo) e intensidad (fuerte, moderada y débil).

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. NIVEL, TIPO Y METODO

El estudio fue de nivel aplicativo ya que permitió proporcionar un aporte significativo a la práctica de enfermería 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 tal y como se obtuvo de acuerdo a la realidad en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCION DE LA SEDE

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.), ubicado en el cruce de la Av. Arenales (Cuadra 7), Jr. Pablo Bermúdez y la Av. Salaverry (cuadra 6), en la provincia de Lima distrito de Jesús María.

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es una institución de salud del IV nivel de atención, dicha institución esta dirigida por el Dr. Walter Higuera Herrera. El servicio de emergencia de adultos del H.N.E.R.M. esta ubicado en la primera planta del hospital ingresando por la puerta de la Av. Domingo Cueto. Su planta física consta de un tópico de medicina, un tópico de cirugía, una unidad de trauma shock, una unidad de UCI, una unidad de UCINE, 4 aéreas de observación, y un laboratorio. El personal del servicio que brinda atención durante las 24 horas del día (mañana, tarde y noche).

C. POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por el total de enfermeras (os) que

laboran en los servicios de Emergencias de Adultos que son aproximadamente 130. La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple el cual estuvo conformado por 39 enfermeras (Anexo E).

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Profesional de enfermería fijo que labore en el H.N.E.R.M. en el servicio de emergencia.
- Profesional de enfermería que acepte participar en el estudio.

Los criterios de exclusión son:

- Personal de enfermería en cargos administrativos y se encuentren de vacaciones y/o licencia por enfermedad.
- Profesional de enfermería de horas extras, de designación provisional de personal y que no labore en el servicio de emergencia.
- Profesional de enfermería que no complete el instrumento.

D. TECNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento una escala de Lickert 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 juicio de expertos a fin de aplicar la prueba binomial mediante la tabla de concordancia (Anexo F). Luego se realizaron los reajustes al instrumento basado en las sugerencias y/o recomendaciones de los jueces expertos, a fin de llevar a cabo la prueba piloto para determinar la validez estadística mediante la prueba ítem-test y el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G) y para la confiabilidad estadística se aplicó la prueba de alfa de Crombach (Anexo H).

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Dirección Hospital Edgardo Rebagliati Martins con copia a la unidad de capacitación, docencia e investigación a fin de obtener la autorización y el permiso respectivo. Luego se realizaron las coordinaciones con la Jefe de Enfermera del servicio de Emergencia de Adultos a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos considerando aproximadamente 30 minutos para su aplicación; el cual fue realizado desde la quincena del mes de Mayo hasta la segunda quincena del mes de Agosto del 2010, previo consentimiento informado.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excell previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Anexo I). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación basados en el marco teórico. Para la medición de la variable se utilizó la escala de Stanones y frecuencias absolutas, y se valoró la dirección de la actitud en aceptación, indiferencia y rechazo (Anexo J), y la intensidad en fuerte, moderada y débil (Anexo M).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para implementar el estudio se tuvo en cuenta contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado del sujeto de estudio. (Anexo D), expresándole que la información obtenida es anónima y confidencial solo para fines del estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos, éstos 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% (39) de enfermeros(as), 18% (7) tienen entre 25 a 32 años, 53.8% (21) entre 33 a 40 años, y 28.2% (11) entre los 41 años a más, 23% (9) son hombres, y 77% (30) son mujeres; 23.2% (9) tienen entre 1 a 5 años en el servicio de emergencia, 30.7% (12) entre 6 a 10, y 46.1% (18) entre 11 años a más; con respecto a experiencias anteriores con la muerte de sus pacientes 12.8% (5) tienen entre 1 a 5, 20.5% (8) entre 6 a 10 y 66.7% (26) entre 11 a más (Anexo O, P).

Por lo que podemos evidenciar que la mayoría de enfermeros(as) en el servicio de Emergencia de Adultos tiene entre 33 y 40 años de edad, es decir son adultos jóvenes y maduros, hay más mujeres que hombres en el servicio, la mayoría tienen más de 6 años trabajando en el servicio y han tenido más de 11 experiencias respecto a la muerte en pacientes.

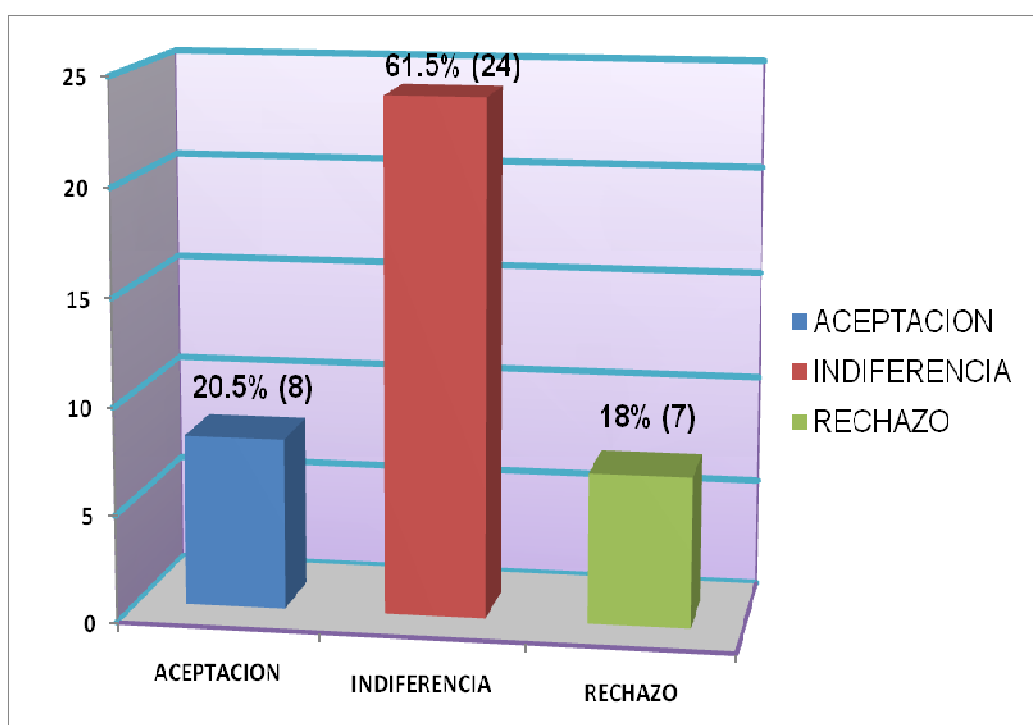
Datos Específicos

Respecto a la dirección de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes del 100% (39), 61.5% (24) tienen una actitud de indiferencia, 20.5% (8) aceptación y 18% (7) rechazo (Gráfico N° 1). Los aspectos relacionados a la indiferencia esta dado

porque el enfermero(a) brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, asiste al paciente hasta el final, realiza cambios posturales al paciente, refiere que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, acompaña al medico a dar la noticia a la familia sobre fallecimiento del paciente, considera que dar el pésame a la familia es importante, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido, delega la responsabilidad del retiro de materiales y/o equipos que el paciente haya tenido al momento de su muerte; la aceptación esta referido a que el enfermero(a) mantiene la continuidad del tratamiento y atención, alivia el dolor del paciente, respeta la creencias del paciente y familia sobre la muerte, considera el apoyo espiritual importante, permite que el paciente tenga contacto con su familia, considera que los cuidados después de la muerte son de mucha importancia, deja en buenas condiciones de higiene al paciente fallecido, permite que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente fallecido, considera irrelevante consolar a la familia; el rechazo esta referido a que el enfermero(a) evita hablar con el paciente sobre su estado actual, evita realizar el baño al paciente moribundo, no cambia de posición al paciente, considera que el cuidado post-mortem es desagradable, no brinda un ambiente adecuado a la familia del paciente que ha fallecido y no apoya a la familia en el duelo y evita tener contacto con la misma (Anexo K, L).

La muerte genera diversas actitudes en las personas tanto para la que esta muriendo como para la que sobrevive, ya que esta es un proceso irreversible e ineludible en todos. La presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, influye positiva o negativamente en el proceso de atención del paciente moribundo al que se está asistiendo y en sus familiares. Es decir, existe un feedback entre el proceso de la muerte del paciente y las actitudes del

GRÁFICO N° 1
DIRECCION DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL PROCESO
DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos HNERM - 2010

personal sanitario. De ahí la necesidad de que las actitudes, como profesionales de Enfermería ante esta realidad cotidiana, sean lo más positivas y acertadas posible, y así contribuir con sus cuidados a una mejora en la calidad de vida de los pacientes en proceso de muerte. Los objetivos principales de la atención de enfermería al paciente moribundo son: mantener el bienestar fisiológico, psicológico y religioso y lograr una muerte digna y apacible. (62)

Jenny Acosta Olivera, el 2004, en Lima, concluye que “los internos de enfermería presentan una mayor inclinación a la actitud de la indiferencia hacia el cuidado paliativo del paciente terminal”. (63)
Violeta Arroyo Oyola en 1991 en Lima, concluyó que “los estudiantes de enfermería de ambos grupos de edades presentaron una actitud indiferente hacia la atención del paciente en fase terminal”. (64)

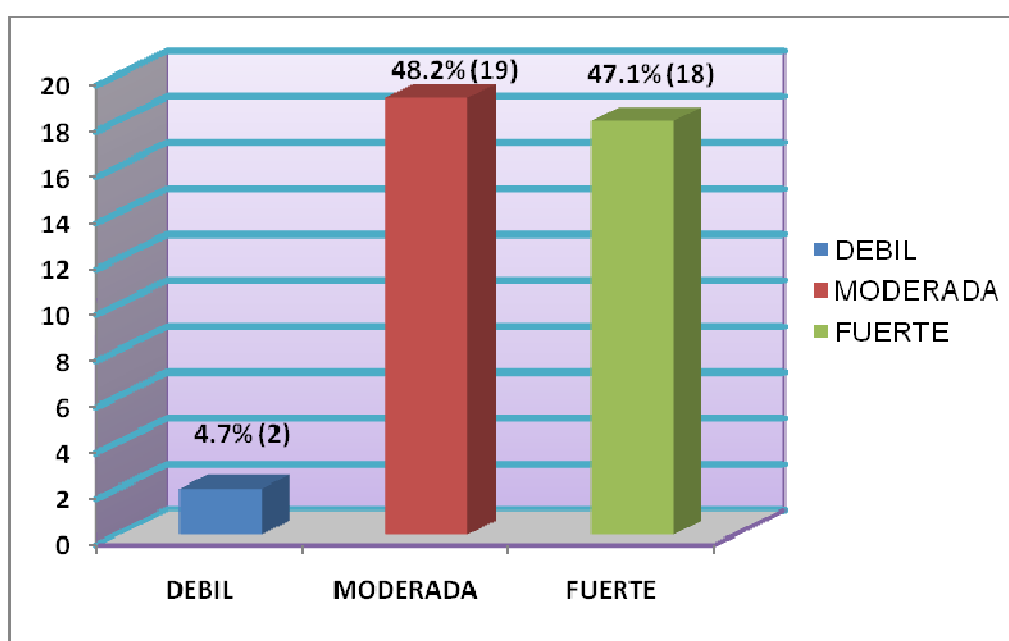
Por lo expuesto se puede deducir que la actitud de un porcentaje considerable de enfermeros(as) (61.5%) esta direccionado a la indiferencia hacia el proceso de la muerte de sus pacientes referidos a que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, asiste al paciente hasta el final, realiza cambios posturales al paciente, refiere que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, acompaña al medico a dar la noticia a la familia sobre fallecimiento del paciente, considera que dar el pésame a la familia es importante, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido, delega la responsabilidad del retiro de materiales y/o equipos que el paciente haya tenido al momento de su muerte; un menor porcentaje significativo (20.5%) de aceptación referido a que el enfermero(a) mantiene la continuidad del tratamiento y atención, alivia el dolor del paciente, respeta la creencias del paciente y familia sobre la muerte, considera el apoyo espiritual importante, permite que el paciente tenga contacto con su familia, considera que los cuidados después de la muerte son de mucha importancia, deja en buenas condiciones de higiene al paciente fallecido, permite que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente fallecido, considera irrelevante consolar a la familia; y un minino porcentaje (18%) de rechazo que esta dado porque el enfermero(a) evita hablar con el paciente sobre su estado actual, realiza el baño al paciente moribundo, no cambia de posición al paciente, considera que el cuidado post-mortem es desagradable, no

brinda un ambiente adecuado a la familia del paciente que ha fallecido y no apoya a la familia en el duelo y evita tener contacto con la misma, lo cual puede repercutir de manera desfavorable en el cuidado y la calidad de atención que brinda al paciente que se encuentra en proceso de muerte.

Acerca de la intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de muerte de sus pacientes se puede observar que del 100% (39), 48.2% (19) tienen una intensidad moderada, 47.1% (18) fuerte, y 4.7% (2) débil (Gráfico N° 2). Los aspectos referidos a intensidad moderada esta dado a que la enfermera(o) le conforta asistir a un paciente hasta el final, brinda información al paciente sobre su estado de salud, no cambia de postura al paciente, evita hablar con la familia de un paciente en agonía, no acompaña al medico cuando da la noticia del fallecimiento a la familia, considera importante dar el pésame; los aspectos referidos a la intensidad fuerte están dados a que la enfermera(o) mantiene la continuidad del tratamiento y atención en el paciente, permite que la familia ingrese a apoyar al paciente, alivia el dolor del paciente, considera el apoyo espiritual importante, respeta las creencias religiosas del paciente y/o familia sobre la muerte, es la responsable de retirar materiales y/o equipos que el paciente halla tenido al momento de su muerte; y los aspectos referidos a la intensidad débil están dado a que enfermera(o) evita hablar con el paciente sobre su estado de salud, considera que el cuidado a un paciente que ha muerto es desagradable, considera irrelevante el apoyo espiritual, delega la responsabilidad de retirar materiales y/o equipos que halla tenido un paciente a su muerte a otro personal (Anexo M).

Newcomb, Turner y Converse (1965) dicen que en la mayoría de los

GRÁFICO N° 2
INTENSIDAD DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL PROCESO
DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos HNERM - 2010

casos las actitudes pueden ser descritas de manera completa por medio de dos propiedades: la dirección de la actitud, y el grado del sentimiento que representa(intensidad). Además dicen también que pueden ser consideradas como algo en una sola dimensión; es decir, las actitudes van desde lo fuertemente positivo hasta lo fuertemente negativo. Por positivo se dice que es el acercamiento hacia algo (persona u objeto), mientras que por negativo se refiere a la evitación,

éstas actitudes fuertemente positivas o negativas van acompañadas de sentimientos intensos.⁽⁶⁵⁾

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: Aprendidas en interacción, no existen actitudes innatas.
- Intensidad: Es la fuerza que reviste la actitud, es decir su magnitud. Existen 3 niveles: mínima, media y máxima. No debemos confundir intensidad con dirección; por ejemplo, a una persona puede parecerle desagradable (-) que fumen a su lado, pero quizás la intensidad de la actitud sea mínima, y por tanto, acepta pacientemente que el humo le moleste.
- Más o menos durables: son relativamente durables pero al mismo tiempo son factibles de ser modificadas por influencias externas.
- Polaridad afectiva: De la aceptación, hasta el rechazo.⁽⁶⁶⁾

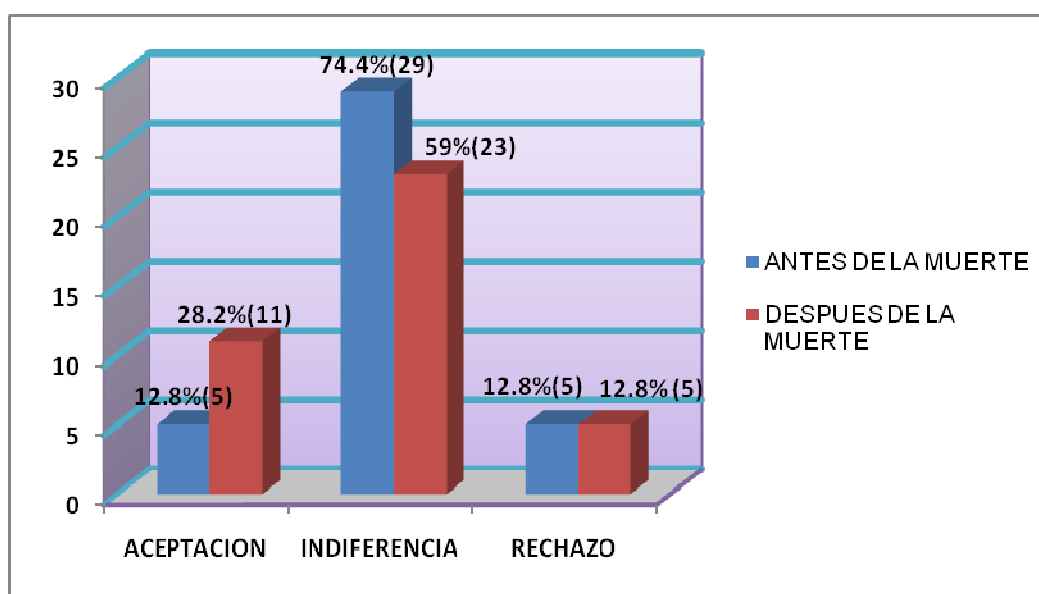
La Enfermera se encuentra ligada al proceso de muerte en el paciente, ya que lo vive con mucha frecuencia en su actuar diario, al estar en contacto más directo con el paciente muchas veces esta presente al final de su vida. Trabajar en un contexto de pérdida como es el proceso de morir, implica vivir día a día con las emociones generando un fuerte impacto en el personal de enfermería, el cual puede ser positivo o negativo, dependiendo de cómo este lo conceptualice. ⁽⁶⁷⁾

Por lo que se puede concluir que la intensidad de la actitud que presentan los enfermeros(as) están directamente relacionadas con la dirección, encontrándose que un porcentaje considerable (48.2%) presenta intensidad moderada relacionada a la dirección de

indiferencia, seguido de un menor porcentaje considerable (47.1%) que tienen intensidad fuerte relacionada a la dirección de aceptación y un mínimo porcentaje (4.7%) presenta intensidad débil relacionada al rechazo. Los aspectos referidos a intensidad moderada esta dado a que la enfermera(o) le conforta asistir a un paciente hasta el final, brinda información al paciente sobre su estado de salud, no cambia de postura al paciente, evita hablar con la familia de un paciente en agonía, no acompaña al medico cuando da la noticia del fallecimiento a la familia, considera importante dar el pésame; los aspectos referidos a la intensidad fuerte están dados a que la enfermera(o) mantiene la continuidad del tratamiento y atención en el paciente, permite que la familia ingrese a apoyar al paciente, alivia el dolor del paciente, considera el apoyo espiritual importante, respeta las creencias religiosas del paciente y/o familia sobre la muerte, es la responsable de retirar materiales y/o equipos que el paciente halla tenido al momento de su muerte; y los aspectos referidos a la intensidad débil están dado a que enfermera(o) evita hablar con el paciente sobre su estado de salud, considera que el cuidado a un paciente que ha muerto es desagradable, considera irrelevante el apoyo espiritual, delega la responsabilidad de retirar materiales y/o equipos que halla tenido un paciente a su muerte a otro personal; lo cual puede interferir en el actuar del enfermero(a) hacia la atención que brinda al paciente en proceso de muerte y la familia.

En relación a la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado, del 100% (39), 74.4% (29) tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte de sus pacientes y 59% (23) después de la muerte de sus pacientes; 28.2% (11) tienen una actitud de aceptación en la dimensión del cuidado después de la muerte de

GRÁFICO N° 3
DIFERENCIACION DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) EN LA
DIMENSION DEL CUIDADO EN EL ANTES Y DESPUES DE LA
MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010



Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos HNERM - 2010

sus pacientes y 12.8% (5) antes de la muerte de sus pacientes; y 12.8% (5) tienen una actitud de rechazo en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte de sus pacientes (Gráfico N°3). Los ítems de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte de sus pacientes están referidos a que la enfermera(o) evita aliviar el dolor del paciente, evita realizar la higiene al paciente en agonía, respeta las creencias religiosas del paciente y la familia, considera irrelevante el apoyo espiritual, considera que la familia no debe ingresar porque dificulta su trabajo; en la dimensión después de la muerte la

indiferencia esta dada porque la enfermera(o) considera que el cuidado de un paciente que ha muerto es desagradable, delega la responsabilidad del baño y/o higiene del cuerpo a otras personas, proporciona un ambiente adecuado a la familia del paciente fallecido, evita que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente para evitar preguntas, permite que la familia exprese sus sentimientos y emociones por lo sucedido; los aspectos de aceptación después de la muerte esta dado por que la enfermera(o) evita acompañar al medico a informar a la familia sobre el fallecimiento del paciente, coordina para el traslado del cuerpo a otra área, realiza la higiene del cuerpo, retira materiales que este halla tenido a su muerte, considera importante dar el pésame a la familia, permite que la familia le exprese sus sentimientos, permite que vean el cadáver, y brinda un ambiente adecuado para que la familia pueda estar; los aspectos referidos a la aceptación antes de la muerte están dados a que la enfermera(o) evita hablar con el paciente y la familia sobre su estado actual, realiza la higiene a todos sus pacientes por igual, considera que los cuidados a un paciente terminal son irrelevantes, cambia de posición al paciente; los aspectos referidos al rechazo antes de la muerte están dados por que la enfermera(o) mantiene la continuidad del tratamiento y atención del paciente, impone al paciente y familia sus propias creencias religiosas, considera irrelevante el apoyo espiritual, mantiene a la familia informada sobre el estado del paciente y permite que ingresen a apoyar al paciente en proceso de muerte; y lo referido a después de la muerte esta dado a que la enfermera(o) no participa activamente el la certificación de la muerte del paciente, delega a otras personas la preparación e higiene del cadáver, así como también es indiferente ante el dolor de la familia (no brinda el pésame, no interactúa con ellos, y no permite que ingresen a ver el cadáver). (Anexo K, L, M)

Los cuidados y el apoyo de enfermería al paciente moribundo incluyen una valoración correcta de los signos fisiológicos de la muerte próxima (relacionadas con la lentitud de los procesos corporales y con los desequilibrios homeostáticos). Además de los signos relacionados con la enfermedad específica del paciente. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad de garantizar que las necesidades espirituales, fisiológicas y psicológicas tanto del paciente como de la familia sean atendidas, bien por intervención directa o bien facilitando el acceso a las personas que pueden proporcionar la atención.⁽⁶⁸⁾

Julia Mallma Cotrado, el 2006, en Lima, concluyó que “las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida...”, “...refieren que además de cubrir los aspectos corporales y emocionales es necesario ocuparse del nivel espiritual”.⁽⁶⁹⁾; Yisseka Cordero, Aracelys Jiménez, y Rosario Marrero, el 2003, en Venezuela, concluyeron que “el personal de enfermería proporciona una atención de tipo integral que abarca 3 aspectos: físico, espiritual y psicosocial”.⁽⁷⁰⁾

El profesional de enfermería a cuyo cargo ha estado el paciente, suele ser la persona más adecuada para proporcionar la asistencia post mortem, debido al vínculo establecido entre ambos. El cuerpo del paciente de ser tratado con dignidad y sensibilidad, cuando un paciente fallece, debe seguirse el siguiente procedimiento: declaración de la muerte, certificación de la defunción, preparación del cadáver y organización del funeral (depende de la decisión de la familia).⁽⁷¹⁾

El conocimiento de las pérdidas y diferentes estadios y fases del duelo influyen en nuestra actuación y como enfermeras nos permiten comprender respuestas e identificar necesidades del individuo que

facilitan la resolución del duelo de manera positiva. La atención de enfermería en el duelo no es más que la continuación de los cuidados paliativos ofrecidos al moribundo, que se volcaran después en el apoyo a la familia para asimilar su pérdida. (72). Yisseka Cordero, Aracelys Jiménez, y Rosario Marrero, el 2003, en Venezuela, concluyeron que “al producirse la muerte del paciente el personal de enfermería no acompaña al medico a notificar el fallecimiento...solo una pequeña parte de enfermeras asume esta actitud profesional”.(73)

Por lo expuesto se puede concluir que la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después, la mayoría (74.4%) tiene una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, seguida por un porcentaje considerable (59%) en la dimensión del cuidado después de la muerte. Los ítems de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte de sus pacientes están referidos a cuando la enfermera(o) evita aliviar el dolor del paciente, evita realizar la higiene al paciente en agonía, respeta las creencias religiosas del paciente y la familia, considera irrelevante el apoyo espiritual, considera que la familia no debe ingresar porque dificulta su trabajo; en la dimensión después de la muerte la indiferencia esta dada porque la enfermera(o) considera que el cuidado de un paciente que ha muerto es desagradable, delega la responsabilidad del baño y/o higiene del cuerpo a otras personas, proporciona un ambiente adecuado a la familia del paciente fallecido, evita que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente para evitar preguntas, permite que la familia exprese sus sentimientos y emociones por lo sucedido; mientras que un porcentaje significativo (28.2%) tienen una actitud de aceptación después de la muerte de sus pacientes y un menor porcentaje (12.8%) antes de la muerte, los aspectos de aceptación

después de la muerte esta dado por que la enfermera(o) evita acompañar al medico a informar a la familia sobre el fallecimiento del paciente, coordina para el traslado del cuerpo a otra área, realiza la higiene del cuerpo, retira materiales que este halla tenido a su muerte, considera importante dar el pésame a la familia, permite que la familia le exprese sus sentimientos, permite que vean el cadáver, y brinda un ambiente adecuado para que la familia pueda estar; los aspectos referidos a la aceptación antes de la muerte están dados a que la enfermera(o) evita hablar con el paciente y la familia sobre su estado actual, realiza la higiene a todos sus pacientes por igual, considera que los cuidados a un paciente terminal son irrelevantes, cambia de posición al paciente; y un menor porcentaje 12.8% tienen una actitud de rechazo en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte de sus pacientes, referidos a que la enfermera(o) mantiene la continuidad del tratamiento y atención del paciente, impone al paciente y familia sus propias creencias religiosas, considera irrelevante el apoyo espiritual, mantiene a la familia informada sobre el estado del paciente y permite que ingresen a apoyar al paciente en proceso de muerte antes de la muerte; y lo referido a después de la muerte esta dado a que la enfermera(o) no participa activamente el la certificación de la muerte del paciente, delega a otras personas la preparación e higiene del cadáver, así como también es indiferente ante el dolor de la familia (no brinda el pésame, no interactúa con ellos, y no permite que ingresen a ver el cadáver); lo cual puede condicionar que la enfermera adopte actitudes no asertivas que puede conllevar a una percepción inadecuada del paciente y familia, lo que repercute no sólo en la calidad de atención sino también en el manejo del profesional y el cuidado que brinda al paciente en proceso de muerte.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio fueron que:

- La actitud del enfermero hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, un porcentaje considerable de enfermeros(as) esta direccionado a la indiferencia referidos a que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, expresa que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, acompaña al medico a dar la noticia a la familia sobre el fallecimiento del paciente, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido; un menor porcentaje significativo tiene una actitud de aceptación; y un minino porcentaje tiene una actitud de rechazo.

- La intensidad de la actitud que presentan los enfermeros(as) hacia el proceso de muerte de sus pacientes un porcentaje considerable presenta intensidad moderada relacionada a la dirección de indiferencia referido a que la enfermera(o) le conforta asistir a un paciente hasta el final, no cambia de postura al paciente, evita hablar con la familia de un paciente en agonía, no acompaña al medico cuando da la noticia del fallecimiento a la familia, considera importante dar el pésame; seguido de un menor porcentaje considerable que tienen intensidad fuerte relacionada a la dirección de aceptación; y un mínimo porcentaje presenta intensidad débil relacionada al rechazo.

- Respecto a la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después, la mayoría tiene una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, seguida por un porcentaje considerable después de la muerte; un porcentaje significativo tienen una actitud de aceptación después de la muerte de sus pacientes y un menor porcentaje antes de la muerte; un menor porcentaje tienen una actitud de rechazo en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte de sus pacientes.

B. RECOMENDACIONES

Las Recomendaciones derivadas del estudio fueron:

- Que las autoridades del Departamento de Enfermería y la Enfermera jefe del servicio de Emergencia de Adultos elabore y/o diseñe estrategias de educación permanente dirigida al personal profesional orientadas a mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en proceso de muerte y fortalecer las actitudes positivas en el profesional de enfermería hacia este proceso.
- Realizar estudios similares, utilizando enfoques cualitativos.
- Realizar estudios comparativos en instituciones del MINSA y FFAA que cuenten con el servicio de Emergencia de adultos.

C. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio esta dado por que:

- Las conclusiones no pueden ser generalizadas a otras poblaciones, pues sólo son válidas para el Servicio de Emergencia de Adultos del HNERM- ESSALUD.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1)(2)(11)(62) City of Hope National Medical Center de Duarte. Cuidados de Enfermería al Paciente Terminal. Revista española Nursing. 2001.
- (3)(4)(43) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte>.
- (5)(18)(19)(21)(23)(26)(29) ACTITUD. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.es.wikipedia.org.
- (6)(34)(35)(36)(37) ACTITUD. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/actitud.html>
- (7)(67) J. Sanz .Consideraciones Actuales sobre el Morir. Editorial Panamericana. España. 1998. Pág. 9-12.
- (8) Maritza Masa; Mercedes Zavala; José Merino. Actitud del Profesional de Enfermería ante la Muerte de Pacientes de los Hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Ciencia y Enfermería XV. Chile. 2008. Pág. 39-48.
- (9) Ramón Colell. Análisis de las Actitudes ante la Muerte y el Enfermo al final de la vida en Estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis Doctoral]. España.2005. Pág. 55, 219-221.
- (10)(70)(73) Yisseka Cordero; Aracelys Jiménez; Rosario Marrero. Actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del turno de

7am. A 1 pm y su Relación con la Atención al Paciente Moribundo y sus Familiares. Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería. Venezuela.2003.

(12)(69) Julia Mallma. Vivencias de la Enfermera en el Cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería. Lima. 2006.

(13)(63) Jenny Acosta. Actitudes de los Internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del Paciente Terminal. Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería. Lima. 2004.

(14) Francisco Vásquez, Tula Espinoza, Shering Kredert, Edna Ramírez. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 64.Suplemento Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2003. Pág. 52-58.

(15) Jael Padilla. Emociones de los estudiantes de Enfermería al Vivificar la Muerte del Paciente. Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería. Lima. 1999.

(16)(64) Violeta Arroyo. Actitud de los Estudiantes de Enfermería del Segundo y Cuarto Año hacia la atención del Paciente en Fase Terminal de la Universidad Particular Cayetano Heredia. Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería. Lima. 1991.

(17) ACTITUD. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: <http://definicion.de/actitud>.

(20)(25)(65) Aroldo Rodríguez. Psicología Social. México. 1993.

(22)(27) James Whittaker. Psicología. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana. México.1999.

- (24)(66) ACTITUD. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.espaciologopedico.com.
- (28) Stephen Worchel, Joel Cooper, George Goethals, James Olson. Psicología Social. Editorial Thomson – México 2002
- (30)(31)(32)(33) ACTITUD. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.scribd.com.
- (38)(49)(50)(51)(53)(54)(55)(56)(57)(58)(59)(60)(61)(62)(71)(72) Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica. 5ta Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Vol. 2. México. 1999.
- (39) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.definicionabc.com/general/muerte.php.
- (40)(41) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.definicion.org/diccionario/135.
- (42)(44) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.entornomedico.org/tanatologia.
- (45) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.buenastareas.com/search.php.
- (46)(47)(48) MUERTE. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.termpapersangel.com.
- (52)(68) CUIDADOS PALIATIVOS. [artículo en Internet]. Perú 2010. [citado 02 de marzo 2010]. Disponible en: www.avert.org/palliative-care.htm.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ ACOSTA, Jenny. “Actitudes de los Internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del Paciente Terminal”. [Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería]. Lima. 2004.
- ✓ ARROYO, Violeta. “Actitud de los Estudiantes de Enfermería del Segundo y Cuarto Año hacia la atención del Paciente en Fase Terminal de la Universidad Particular Cayetano Heredia”. [Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería]. Lima. 1991.
- ✓ City of Hope National Medical Center de Duarte. “Cuidados de Enfermería al Paciente Terminal”. Revista española Nursing. 2001.
- ✓ COLELL, Ramón. “Análisis de las Actitudes ante la Muerte y el Enfermo al final de la vida en Estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña”. [Tesis Doctoral]. España.2005.
- ✓ CORDERO, Yisseka; JIMÉNEZ, Aracelys; MARRERO, Rosario. “Actitud ante la Muerte del Personal de Enfermería del turno de 7am. A 1 pm y su Relación con la Atención al Paciente Moribundo y sus Familiares”. [Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería]. Venezuela.2003.
- ✓ HERNADEZ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la Investigación. 3ra Edición. Editorial McGRAW-HILL. México. 2003.
- ✓ HUATUCO, María. “Actitudes de la familia de Pacientes Hospitalizados hacia la Donación de Órganos en el Hospital Augusto B. Leguía”. [Tesis Digitales]. UNMSM. 2002.

- ✓ KOZIER, Bárbara. Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Proceso y Práctica. 5ta Edición. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. Vol. 2. México.1999.
- ✓ MALLMA, Julia. "Vivencias de la Enfermera en el Cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza". [Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería]. Lima. UNMSM. 2006.
- ✓ MAZA, Maritza; ZAVALA, Mercedes; Merino, José. "Actitud del Profesional de Enfermería ante la Muerte de Pacientes de los Hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano". Ciencia y Enfermería XV. Chile. 2008.
- ✓ PADILLA, Jael. "Emociones de los estudiantes de Enfermería al Vivificar la Muerte del Paciente". [Tesis para optar el Título de Licenciatura en Enfermería]. Lima. 1999.
- ✓ PAPALIA, Diane E. Psicología. Editorial McGRAW-HILL.1998.
- ✓ RODRIGUEZ, Aroldo. Psicología Social. México. 1993.
- ✓ SANZ. J. "Consideraciones Actuales sobre el Morir". Editorial Panamericana. España. 1998.
- ✓ VÁSQUEZ, Francisco; ESPINOZA, Tula; KREDERT, Shering; RAMÍREZ, Edna. "Anales de la Facultad de Medicina". Vol. 64. Suplemento Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2003.
- ✓ WHITTAKER, James O. Psicología. México. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.1990.

- ✓ XIX CONGRESO de la AEEC. Aspectos Éticos en Enfermería “Atención al Duelo”. 2000.
- ✓ <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
- ✓ <http://html.rincondelvago.com/actitud.html>
- ✓ <http://bestslavetraining.com/spanish/spanishattitude.htm>
- ✓ <http://es.wikipedia.org/wiki/Muerte>
- ✓ <http://www.entornomedico.org/medicos/tanatologiaem/tanatologia/forense-2-1>.
- ✓ <http://www.definicionabc.com/general/muerte.php>
- ✓ http://html.rincondelvago.com/muerte_2.html
- ✓ www.definicion.org/diccionario/135
- ✓ www.definicion.org/diccionario/220
- ✓ <http://definicion.de/actitud>
- ✓ <http://www.espaciologopedico.com/recursos>
- ✓ <http://www.buenastareas.com/search.php>
- ✓ http://www.termpapersangel.com/fear_of_death.htm
- ✓ <http://www.avert.org/palliative-care.htm>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la Variable	I
B	Matriz Operacional de la variable	II
C	Instrumento	III
D	Consentimiento Informado	VI
E	Determinación de la Muestra	VII
F	Tabla de Concordancia	IX
G	Validez Estadística del Instrumento	X
H	Confiabilidad Estadística del Instrumento	XI
I	Matriz General de Datos	XII
J	Medición de la Variable	XIV
K	Actitud del enfermero(a) hacia la dimensión cuidados antes de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos HNERM-2010.	XVII
L	Actitud del enfermero(a) hacia la dimensión cuidados después de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos HNERM-2010.	XVIII
M	Intensidad de las actitudes por frecuencias Absolutas.	XIX
N	Intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos HNERM-2010.	XXI
Ñ	Dirección de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos HNERM-2010.	XXII

ANEXO		Pág.
O	Diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte en la dimensión antes y después de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos HNERM-2010.	XXIII
P	Edad y sexo de los enfermeros en el servicio de Emergencia de adultos HNERM-2010.	XXIII
Q	Tiempo de servicio relacionado con experiencias anteriores con la muerte HNERM-2010.	XXIV

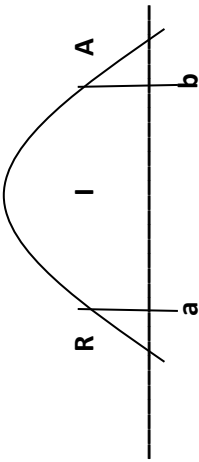
ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Actitud de la enfermera(o) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencia de adultos del HNERM.	Es una respuesta afectiva positiva o negativa que se muestra en el comportamiento de aceptación o rechazo hacia el proceso de la muerte, que es un fenómeno inevitable y que requiere de una serie de cuidados especiales en cada una de sus etapas (antes y después de producirse la muerte), la manera como se comporte una persona frente a la muerte va a depender de muchos factores (experiencias previas, creencias religiosas, entre otras) que van a hacer que actúe de forma adecuada o no ante este hecho.	Es la respuesta expresada de la enfermera en relación a la disposición y/o reacción que experimenta ante el cuidado que brinda al paciente en proceso de muerte; el cual incluye la dimensión de cuidado antes y después de la muerte de su paciente. El cual fue obtenido a través de la escala de Likert modificada y valorado en dirección (aceptación, indiferencia y rechazo) e intensidad (fuerte, moderada y débil).	Cuidados antes de la muerte. Cuidados después de la muerte (post mortem)	-Satisfacción de necesidades fisiológicas (higiene corporal, alivio del dolor, movilización, y tratamiento). -Satisfacción de necesidades psicológicas. -Satisfacción de necesidades espirituales. -Apoyo a la familia -Participación en la certificación de la muerte. -Preparación del cadáver. -Acompañamiento en el duelo a la familia.	Dirección: -Aceptación -Indiferencia -Rechazo Intensidad: -Fuerte -Moderada -Débil

ANEXO B

MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLE

VALOR FINAL	CRITERIO	APROXIMACION DE TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICION	ESCALA DE MEDICION
<p>Dirección:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aceptación -Indiferencia -Rechazo <p>Intensidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fuerte -Moderada -Débil 	<p>Los criterios para asignar en aceptación, indiferencia y rechazo fue de acuerdo al puntaje obtenido en la encuesta, en el cual las proposiciones positivas tienen un puntaje de 5 a 1 y las proposiciones negativas un puntaje de 1 a 5 luego de analizar las encuestas fueron ubicados en la escala de Stanones y colocados en la campana de Gauss donde:</p> <p>Aceptación: $> "b"$ Indiferencia: $"a"$ y $"b"$ Rechazo: $< "a"$</p> 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Escala tipo Likert modificada</p>	<p>Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Dirección Hospital Edgardo Rebagliati Martins con copia a la unidad de capacitación, docencia e investigación para obtener la autorización y el permiso respectivo. Luego se realizó las coordinaciones con la Jefe de Enfermería del servicio de Emergencias a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos el cual se inició en Mayo del 2010.</p>	<p>ORDINAL</p>

ANEXO C

UNMSM-FM-UPG
PSEE - 2010

INSTRUMENTO

Presentación

Buenos días mi nombre es Jenny Alvarez Mantari, soy alumna de la segunda especialidad de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de la E.A.P. Enfermería; y en esta oportunidad le solicito su participación en el estudio orientado a obtener información sobre la Actitud de la Enfermera(o) hacia el proceso de la Muerte de sus Pacientes, a través de sus respuestas sinceras y veraces.

Le agradezco de antemano su colaboración, garantizándole que la información brindada se mantendrá en estricta reserva.

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 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

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

I. Datos Generales

Edad:

Sexo: Masculino (M) Femenino (F)

Numero de años de servicio (en este servicio):

Experiencias anteriores con la muerte: 1-5 () 6-10 () Mas de 10 ()

II. Ítems

N°	ITEMS	TA	A	I	D	TD
1	Evito en lo posible hablar con un paciente moribundo sobre su estado actual, así el lo pida.					
2	Mantengo la continuidad de tratamiento y atenciones a mi paciente aun si se que este va a morir.					
3	Permito que la familia ingrese a apoyar al paciente en etapa de agonía.					
4	Evito realizar baño a un paciente cuando se que este va a morir.					
5	Cuando un paciente fallece le retiro todos los materiales y equipos que este haya tenido.					
6	El cuidado de un paciente que ha muerto es desagradable.					
7	Impongo al paciente y/o la familia mis propias creencias religiosas sobre la muerte.					
8	Le conforta asistir a un paciente moribundo hasta el final.					
9	Considero que es irrelevante consolar a la familia de un paciente que ha fallecido.					
10	La familia de un paciente en agonía no debe ingresar a verlo porque a menudo dificulta el trabajo.					
11	Dejo a la familia de mi paciente fallecido sola para que entre ellos se apoyen.					
12	Procuro que la familia no ingrese a ver al paciente fallecido para evitar que pregunten sobre la causa.					
13	La atención a un paciente moribundo demanda mucho tiempo que puede utilizarse en realizar otras actividades.					
14	En el caso de que mi paciente este por morir es irrelevante el apoyo espiritual.					
15	Cuando un paciente fallece trato en lo posible de no ser yo quien realice la higiene o el baño al paciente.					
16	Cuando un paciente moribundo manifiesta dolor trato de aliviar su malestar inmediatamente.					
17	Brindo información al paciente moribundo sobre su estado de salud, para que pueda enfrentar mejor este proceso.					
18	Realizo la higiene a todos mis pacientes por igual aun si se que este va a morir.					
19	Evito en lo posible hablar con la familia sobre el estado del paciente.					
20	Permito que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente fallecido.					

N·	ITEMS	TA	A	I	D	TD
21	Cambio de posición al paciente cuando este lo requiere aún si se que esta en proceso de muerte.					
22	Cuando un paciente fallece hay personal encargado de retirar materiales y equipos que esta haya tenido.					
23	Considero que el apoyo espiritual es de gran importancia para el paciente que se va a enfrentar con la muerte.					
24	Considero que los cuidados después de la muerte son de mucha importancia.					
25	Si un paciente fallece lo dejo en buenas condiciones de higiene.					
26	Mantengo a la familia informada sobre el estado del paciente					
27	Prefiero no enfrentar a la familia cuando el medico da la noticia del fallecimiento del paciente.					
28	Permito que el paciente y/o familia decida sobre sus propias creencias religiosas como enfrentar la muerte.					
29	Los cuidados a un paciente en estado terminal son irrelevantes.					
30	Proporciono un ambiente adecuado para que la familia del paciente que ha fallecido pueda permanecer.					
31	Considero que es importante dar el pésame a la familia del paciente que ha fallecido.					
32	Permito que la familia del paciente que ha fallecido me exprese sus sentimientos y emociones por lo sucedido.					
33	Evito tener contacto con la familia de un paciente que ha fallecido.					
34	Trato de no cambiar de posición a mi paciente cuando se que este va a morir.					

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: "Actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2010"

Investigador: Jenny Mery Alvarez Mantari, Enfermera de la Segunda especialidad de Emergencias y Desastres.

La Srta. Jenny Mery Alvarez Mantari es Enfermera de la Segunda Especialidad de Emergencias y Desastres, que estudia: Actitud del Enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes. El presente estudio tiene el propósito de mejorar la atención que brinda la enfermera al paciente moribundo, con los resultados que se obtengan de este estudio se espera que sirvan como guía en la formación y capacitación del personal de enfermería, contribuyendo en la implementación, el incremento o mejora de las actitudes del personal hacia el proceso de la muerte, evidenciándose en las actitudes positivas en relación a la atención del mismo.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas responsables, Comité de Ética y Comités de revisión de la Universidad Mayor de San Marcos y del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. El procedimiento de estudio implica que Ud. deberá responder el instrumento. La técnica a utilizar será la encuesta. La participación en el estudio será la resolución del cuestionario en un tiempo no mayor de 20 min. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación.

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, asegurándome la máxima confidencialidad.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento en participar en este estudio.

.....
Firma del sujeto
DNI:.....

.....
Fecha

He explicado el estudio a la persona arriba representada y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado

.....
Firma del investigador

.....
Fecha

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra.

$$n = \frac{z^2 \times N \times pq}{N-1 (d^2) + z^2 (pq)}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

Z: Nivel de confianza. (95% = 1,96)

N: Población

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar.

q: 1 – p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés y por tanto representa la probabilidad de obtener al azar un individuo sin esas característica.

d²: Margen de error permisible establecido por el investigador.

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 (130) (0,5) (0,5)}{129 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)} = 55 \text{ enfermeras}$$

$$129 (0,1)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)$$

Reajuste del tamaño de muestra.

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

Nf: Corrección por tamaño de muestra.

N: Tamaño Poblacional.

Reemplazando:

$$Nf = \frac{55}{1 + \frac{55}{130}} = 39 \text{ enfermeras}$$

ANEXO F

TABLA DE CONCORDANCIA PRUEBA BINOMIAL : JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº JUECES									P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.020
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	1	1	1	1	1	1	1	0.002
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.002
6.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.020
7.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.020

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO G

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE LIKERT

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

$$r = \frac{N(\sum x Y) - (\sum x) \cdot (\sum y)}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Item 1: r= 0.40	Item 14: r= 0.73	Item 27: r= 0.42
Item 2: r= 0.37	Item 15: r= 0.68	Item 28: r= 0.63
Item 3: r= 0.52	Item 16: r= 0.43	Item 29: r= 0.29
Item 4: r= 0.11 (*)	Item 17: r= 0.43	Item 30: r= 0.54
Item 5: r= 0.33	Item 18: r= 0.44	Item 31: r= 0.45
Item 6: r= 0.38	Item 19: r= 0.45	Item 32: r= 0.41
Item 7: r= 0.43	Item 20: r= 0.23	Item 33: r= 0.48
Item 8: r= 0.29	Item 21: r= 0.15 (*)	Item 34: r= 0.35
Item 9: r= 0.40	Item 22: r= 0.05 (*)	Item 35: r= 0.56
Item 10: r= -0.32 (*)	Item 23: r= 0.56	Item 36: r= 0.55
Item 11: r= 0.40	Item 24: r= 0.38	Item 37: r= 0.70
Item 12: r= 0.78	Item 25: r= 0.24	Item 38: r= 0.49
Item 13: r= 0.35	Item 26: r= 0.54	

Si $r > 0.20$, el ítem es válido; por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto por los ítems (*)4, 10, 21, 22 que no alcanzaron el puntaje deseado, por lo cual fueron eliminados, quedando de esta manera el instrumento constituido por 34 ítems válidos (Anexo C).

ANEXO H
CONFIABILIDAD ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO
ESCALA DE LIKERT

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

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

Donde :

k : N° de preguntas o items válidos.

$\sum Si^2$: Sumatoria de las Varianzas de cada ítem.

S_t^2 : Varianza de los totales

$$\alpha = \frac{34}{34-1} \left[1 - \frac{40}{273} \right]$$

$$\alpha = 0.87$$

Para que exista confiabilidad $\alpha > 0.6$, por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO I

MATRIZ GENERAL DE DATOS

Enc.	ITEMS																																	TOTAL GENERAL	
	CUIDADOS ANTES DE LA MUERTE															CUIDADOS DESPUES DE LA MUERTE															TOTAL				
	1	19	2	15	18	5	20	9	33	25	38	8	32	16	27	23	30	3	12	TOTAL	31	6	26	7	28	17	29	34	11	35		14	24		37
1	1	3	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	83	1	1	3	3	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	54
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	95	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75	
3	5	4	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	5	5	5	90	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	74		
4	4	1	1	5	1	5	2	5	2	4	2	5	4	5	2	4	4	1	60	2	1	4	5	1	5	4	4	4	4	4	2	4	4	50	
5	1	2	5	5	4	4	5	5	4	4	4	5	2	5	4	2	5	4	75	4	5	2	4	4	1	5	5	2	3	4	5	4	5	57	
6	1	5	4	5	5	4	4	3	5	4	4	5	4	5	3	4	5	5	80	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	4	3	5	66
7	4	3	5	4	4	5	1	4	4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	79	4	2	2	5	4	4	4	4	4	4	5	5	4	3	5	59
8	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	2	5	5	5	84	2	5	1	1	4	5	5	5	5	4	5	5	2	3	5	57
9	2	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	3	4	5	5	82	4	4	4	2	4	3	4	3	5	4	5	4	2	1	4	53
10	4	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	91	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	75
11	2	2	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	1	5	5	5	4	79	5	5	1	2	5	4	5	4	1	5	4	5	5	1	4	56
12	4	3	5	4	5	5	5	4	3	3	4	4	4	4	5	3	4	5	80	3	5	4	2	2	4	3	4	4	4	4	5	4	1	4	53
13	4	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	86	2	5	5	5	5	4	4	4	2	4	5	4	4	1	4	58
14	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	4	5	5	4	86	5	5	1	5	4	5	5	1	5	2	5	5	4	1	2	55
15	4	4	4	4	5	5	4	3	3	3	4	5	1	4	2	4	5	4	72	3	5	2	3	2	3	4	4	5	3	4	5	1	2	2	48
16	5	4	2	4	5	5	2	1	3	4	4	5	2	5	4	4	5	4	73	2	2	2	5	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	51
17	4	2	5	5	5	5	4	5	1	5	4	5	5	5	5	5	4	5	84	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	2	4	70	
18	5	2	5	4	5	5	1	2	5	1	2	5	5	5	5	5	5	5	77	2	5	5	5	1	5	4	5	5	4	5	5	4	2	4	61
19	5	3	5	4	5	4	4	4	4	4	2	5	4	4	5	4	4	5	79	4	5	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	56
20	1	2	5	4	5	4	5	4	4	5	1	5	5	4	5	4	5	4	77	4	5	4	4	5	4	5	5	4	2	4	5	4	1	5	61
21	2	4	4	3	4	4	4	3	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	64	2	4	2	3	3	3	4	3	4	3	4	2	2	4	46	
22	4	4	4	4	5	1	5	2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	5	70	4	5	4	4	5	4	5	5	2	5	4	4	4	4	5	64

Enc.	ITEMS																																	TOTAL GENERAL		
	CUIDADOS ANTES DE LA MUERTE																CUIDADOS DESPUES DE LA MUERTE																			
	1	19	2	15	18	5	20	9	33	25	38	8	32	16	27	23	30	3	12	TOTAL	31	6	26	7	28	17	29	34	11	35	14	24	37		13	36
23	2	3	5	5	4	5	5	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	84	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	66
24	5	4	1	5	5	5	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	86	1	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	65
25	4	3	4	4	5	5	4	4	5	2	5	5	4	5	2	2	2	5	78	2	5	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	5	4	2	4	53
26	4	5	4	5	5	2	4	4	5	4	5	5	5	5	5	2	5	4	83	2	5	4	1	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	2	3	59
27	4	4	5	4	5	2	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	86	4	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	66	
28	3	4	4	5	5	2	2	3	4	2	3	5	4	5	5	4	4	5	74	2	5	4	4	4	5	2	5	4	3	5	5	3	2	4	57	
29	5	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	89	3	5	5	4	5	3	1	1	5	5	5	5	5	5	5	62	
30	2	3	5	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	4	5	2	2	5	72	2	4	4	2	4	4	4	2	5	4	4	4	5	4	1	4	53
31	5	2	5	4	5	5	5	2	5	4	5	4	2	4	2	4	5	5	78	4	5	5	5	5	4	4	1	4	3	3	5	3	4	2	5	7
32	2	4	4	4	5	2	4	5	5	1	2	5	5	5	5	5	5	5	78	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	1	5	5	5	66	
33	2	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	5	81	2	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	2	2	4	5	66	
34	4	5	5	5	5	5	5	5	4	2	1	5	5	5	5	4	4	5	84	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	1	5	66	
35	5	5	5	4	5	4	5	5	2	5	4	5	5	1	5	5	5	5	85	4	5	5	5	2	1	4	4	2	4	5	5	5	4	60		
36	1	2	4	4	5	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	5	67	3	5	2	5	3	4	4	4	4	3	3	4	3	4	54		
37	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	90	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	69	
38	4	2	5	4	4	4	2	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	5	78	4	5	3	5	5	5	4	3	5	5	4	4	5	4	5	66	
39	1	2	4	2	4	1	4	2	4	3	1	4	4	3	4	2	2	2	50	2	4	1	1	2	2	4	2	2	2	2	2	1	1	2	30	

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ACTITUD ESCALA DE ESTANONES

- ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL PROCESO DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS EN EL HNERM

Para la clasificación acerca de la actitud que tiene el enfermero hacia el proceso de la muerte se utilizó la Campana de Gaus, usando una constante de 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: ACEPTACION, INDIFERENCIA Y RECHAZO.

Procedimiento

1. Se determino el promedio (\bar{X})
 $\bar{X} = 138$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)
 $DS = 16.5$
3. Se establecieron los valores de a y b mediante la escala de estanones

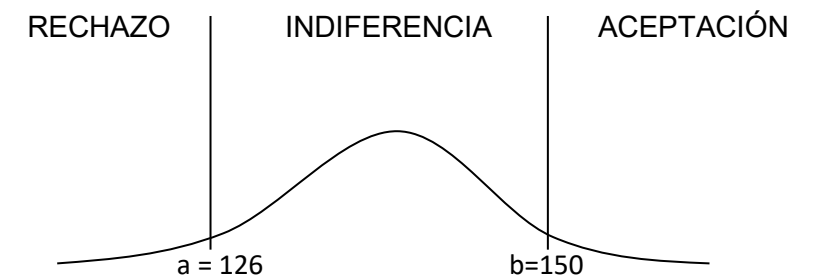
$$\begin{aligned} a &= \bar{X} - 0.75 (DS) & b &= \bar{X} + 0.75 (DS) \\ a &= 138 - 0.75(16.5) & b &= 138 + 0.75(16.5) \\ a &= 126 & b &= 150 \end{aligned}$$

Dirección:

Aceptación: más de 150

Indiferencia: entre 126 y 150

Rechazo: menos de 126



- CALCULO PARA LA OBTENCION FINAL DE CADA DIMENSION

- DIMENSION: ACTITUD ANTES DE LA MUERTE

a) Se determino el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 79$$

b) Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 8.8$$

c) Se establecieron los valores de a y b mediante la escala de estanones

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS)$$

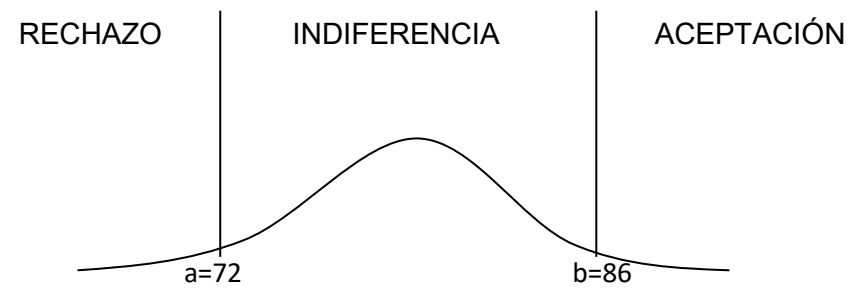
$$b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 79 - 0.75(8.8)$$

$$b = 79 + 0.75(8.8)$$

$$a = 72$$

$$b = 86$$



Donde:

Aceptación: más de 86

Indiferencia: entre 72 y 86

Rechazo: menos de 72

- DIMENSION: ACTITUD DESPUES DE LA MUERTE

a) Se determino el promedio (\bar{X})

$$\bar{X} = 59$$

b) Se calculó la desviación estándar (DS)

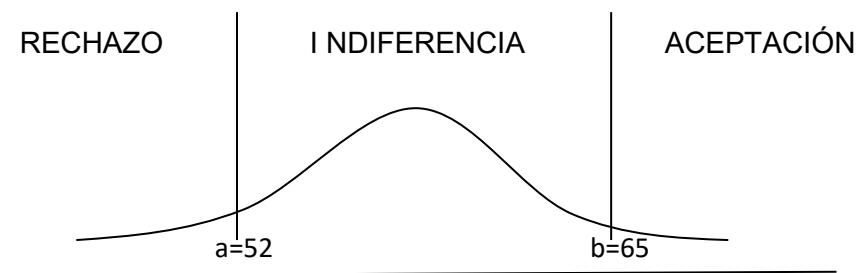
$$DS = 8.7$$

c) Se establecieron los valores de a y b

$$a = \bar{X} - 0.75 (DS) \quad b = \bar{X} + 0.75 (DS)$$

$$a = 59 - 0.75 (8.7) \quad b = 59 + 0.75 (8.7)$$

$$a = 52 \quad b = 65$$



Donde:

Aceptación: más de 65

Indiferencia: entre 52 y 65

Rechazo: menos de 52

ANEXO K

**ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA LA DIMENSIÓN CUIDADOS
ANTES DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010**

LIMA-PERU

2010

Nº	Ítems	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1 APS	Evito en lo posible hablar con un paciente moribundo sobre su estado actual, así el lo pida.	10	25.6	23	59	6	15.4	39	100
19 APS	Brindo información al paciente moribundo sobre su estado de salud, para que pueda enfrentar mejor este proceso.	7	17.9	31	79.5	1	2.6	39	100
2 AF	Mantengo la continuidad de tratamiento y atenciones a mi paciente aun si se que este va a morir.	26	66.7	11	28.2	2	5.1	39	100
15 AF	La atención a un paciente moribundo demanda mucho tiempo que puede utilizarse en realizar otras actividades.	17	43.6	22	56.4	0	0	39	100
18 AF	Cuando un paciente moribundo manifiesta dolor trato de aliviar su malestar inmediatamente.	29	74.4	9	23	1	2.6	39	100
5 AF	Evito realizar baño al paciente que va a morir.	21	53.9	16	41	2	5.1	39	100
20 AF	Realizo la higiene a todos mis pacientes por igual aun si se que este va a morir.	21	53.9	16	41	2	5.1	39	100
9 AF	Le conforta asistir a un paciente moribundo hasta el final.	13	33.3	26	66.7	0	0	39	100
33 AF	Los cuidados al paciente en estado terminal son irrelevantes.	19	48.7	19	48.7	1	2.6	39	100
25 AF	Cambio de posición al paciente cuando este lo requiere aún si se que esta en proceso de muerte.	12	30.8	24	61.5	3	7.7	39	100
38 AF	Trato de no cambiar de posición a mi paciente cuando se que este va a morir.	10	25.6	27	69.3	2	5.1	39	100
8 AE	Impongo al paciente y/o la familia mis propias creencias religiosas sobre la muerte.	26	66.6	12	30.8	1	2.6	39	100
32 AE	Permito que el paciente y/o familia decida sobre sus propias creencias religiosas como enfrentar la muerte.	27	69.2	12	30.8	0	0	39	100
16 AE	En el caso de que mi paciente este por morir es irrelevante el apoyo espiritual.	20	51.3	16	41	3	7.7	39	100
27 AE	Considero que el apoyo espiritual es de gran importancia para el paciente que se va a enfrentar con la muerte.	30	77	9	23	0	0	39	100
23 AFM	Evito hablar con la familia sobre el estado del paciente.	12	30.8	27	69.2	0	0	39	100
30 AFM	Mantengo a la familia informada sobre el estado del paciente	16	41	22	56.4	1	2.6	39	100
3 AFM	Permito que la familia ingrese a apoyar al paciente.	34	87.1	4	10.3	1	2.6	39	100
12 AFM	La familia del paciente en agonía no debe ingresar porque a menudo dificulta el trabajo.	25	64.1	13	33.3	1	2.6	39	100

*APS: Apoyo Psicológico *AF: Apoyo Fisiológico *AE: Apoyo Espiritual *AFM: Apoyo a la Familia

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO L

**ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA LA DIMENSIÓN CUIDADOS
DESPUES DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010**

Nº	Ítems	Aceptación		Indiferencia		Rechazo		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
31 CM	Prefiero no enfrentar a la familia cuando el medico da la noticia del fallecimiento del paciente.	6	15.4	31	79.5	2	5.1	39	100
6 PC	Cuando un paciente fallece le retiro todos los materiales y equipos que este haya tenido.	29	74.4	8	20.5	2	5.1	39	100
26 PC	Cuando un paciente fallece hay personal encargado de retirar materiales y equipos que esta haya tenido.	11	28.2	24	61.5	4	10.3	39	100
7 PC	El cuidado de un paciente que ha muerto es desagradable.	19	48.7	17	43.6	3	7.7	39	100
28 PC	Considero que los cuidados después de la muerte son de mucha importancia.	20	51.3	17	43.6	2	5.1	39	100
17 PC	Cuando un paciente fallece trato en lo posible de no ser yo quien realice la higiene o el baño al paciente.	17	43.6	20	51.3	2	5.1	39	100
29 PC	Si un paciente fallece lo dejo en buenas condiciones de higiene.	20	51.3	18	46.1	1	2.6	39	100
34 AA	Proporciono un ambiente adecuado para que la familia del paciente que ha fallecido pueda permanecer.	17	43.6	19	48.7	3	7.7	39	100
11 AD	Considero que es irrelevante consolar a la familia de un paciente que ha fallecido.	19	48.7	19	48.7	1	2.6	39	100
35 AD	Considero que es importante dar el pésame a la familia del paciente que ha fallecido.	11	28.2	27	69.2	1	2.6	39	100
14 AD	Procuro que la familia no ingrese a ver al paciente fallecido para evitar que pregunten sobre la causa.	20	51.3	19	48.7	0	0	39	100
24 AD	Permito que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente fallecido.	24	61.5	14	35.9	1	2.6	39	100
37 AD	Evito tener contacto con la familia de un paciente que ha fallecido.	13	33.4	24	61.5	2	5.1	39	100
13 AD	Dejo a la familia de mi paciente fallecido sola para que entre ellos se apoyen.	7	17.9	21	53.9	11	28.2	39	100
36 AD	Permito que la familia del paciente que ha fallecido me exprese sus sentimientos y emociones por lo sucedido.	17	43.6	22	56.4	0	0	39	100

*CM: Certificación de la Muerte

*PC: Preparación del Cadáver

*AA: Ambiente Adecuado

*AD: Apoyo en el Duelo

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO M
INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES POR FRECUENCIAS
ABSOLUTAS

N°	ITEMS	DEBIL	MODERADO	FUERTE
1	Evito en lo posible hablar con un paciente moribundo sobre su estado actual, así el lo pida.	6	23	10
2	Mantengo la continuidad de tratamiento y atenciones a mi paciente aun si se que este va a morir.	2	11	26
3	Permito que la familia ingrese a apoyar al paciente en etapa de agonía.	1	4	34
4	Evito realizar baño a un paciente cuando se que este va a morir.	2	16	21
5	Cuando un paciente fallece le retiro todos los materiales y equipos que este haya tenido.	2	8	29
6	El cuidado de un paciente que ha muerto es desagradable.	3	17	19
7	Impongo al paciente y/o la familia mis propias creencias religiosas sobre la muerte.	1	12	26
8	Le conforta asistir a un paciente moribundo hasta el final.	0	26	13
9	Considero que es irrelevante consolar a la familia de un paciente que ha fallecido.	1	19	19
10	La familia de un paciente en agonía no debe ingresar a verlo porque a menudo dificulta el trabajo.	1	13	25
11	Dejo a la familia de mi paciente fallecido sola para que entre ellos se apoyen.	11	21	7
12	Procuro que la familia no ingrese a ver al paciente fallecido para evitar que pregunten sobre la causa.	0	19	20
13	La atención a un paciente moribundo demanda mucho tiempo que puede utilizarse en realizar otras actividades.	0	22	17
14	En el caso de que mi paciente este por morir es irrelevante el apoyo espiritual.	3	16	20
15	Cuando un paciente fallece trato en lo posible de no ser yo quien realice la higiene o el baño al paciente.	2	20	17
16	Cuando un paciente moribundo manifiesta dolor trato de aliviar su malestar inmediatamente.	1	9	29
17	Brindo información al paciente moribundo sobre su estado de salud, para que pueda enfrentar mejor este proceso.	1	31	7
18	Realizo la higiene a todos mis pacientes por igual aun si se que este va a morir.	2	16	21
19	Evito en lo posible hablar con la familia sobre el estado del paciente.	0	27	12

N°	ITEMS	DÉBIL	MODERADO	FUERTE
20	Permito que la familia ingrese a ver el cuerpo del paciente fallecido.	1	14	24
21	Cambio de posición al paciente cuando este lo requiere aún si se que esta en proceso de muerte.	3	24	12
22	Cuando un paciente fallece hay personal encargado de retirar materiales y equipos que esta haya tenido.	4	24	11
23	Considero que el apoyo espiritual es de gran importancia para el paciente que se va a enfrentar con la muerte.	0	9	30
24	Considero que los cuidados después de la muerte son de mucha importancia.	2	17	20
25	Si un paciente fallece lo dejo en buenas condiciones de higiene.	1	18	20
26	Mantengo a la familia informada sobre el estado del paciente	1	22	16
27	Prefiero no enfrentar a la familia cuando el medico da la noticia del fallecimiento del paciente.	2	31	6
28	Permito que el paciente y/o familia decida sobre sus propias creencias religiosas como enfrentar la muerte.	0	12	27
29	Los cuidados a un paciente en estado terminal son irrelevantes.	1	19	19
30	Proporciono un ambiente adecuado para que la familia del paciente que ha fallecido pueda permanecer.	3	19	17
31	Considero que es importante dar el pésame a la familia del paciente que ha fallecido.	1	27	11
32	Permito que la familia del paciente que ha fallecido me exprese sus sentimientos y emociones por lo sucedido.	0	22	17
33	Evito tener contacto con la familia de un paciente que ha fallecido.	2	24	13
34	Trato de no cambiar de posición a mi paciente cuando se que este va a morir.	2	27	10

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO N

INTENSIDAD DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL PROCESO DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010 LIMA – PERÚ 2010

INTENSIDAD	ni	Ni	fi	Fi
Débil	62	62	0.047	0.047
Moderado	639	701	0.482	0.529
Fuerte	625	1326	0.471	1
	N= 1326		1	

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

Débil: $0.047 * 100 = 4.7\%$ (2)

Moderado: $0.482 * 100 = 48.2\%$ (19)

Fuerte: $0.471 * 100 = 47.1\%$ (18)

DONDE:

ni: Frecuencia absoluta

Ni: Frecuencia absoluta acumulada

fi: Frecuencia relativa

Fi: Frecuencia relativa acumulada

ANEXO Ñ

**DIRECCION DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL PROCESO
DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010**

ACTITUD	Nº	%
ACEPTACIÓN	8	20.5
INDIFERENCIA	24	61.5
RECHAZO	7	18
TOTAL	39	100

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO O

**DIFERENCIACION DE LA ACTITUD DEL ENFERMERO(A) HACIA EL
PROCESO DE LA MUERTE EN LA DIMENSION DEL CUIDADO
ANTES Y DESPUES DE LA MUERTE DE SUS PACIENTES
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010**

DIMENSIONES	ACEPTACION		INDIFERENCIA		RECHAZO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ANTES DE LA MUERTE	5	12.8	29	74.4	5	12.8	39	100
DESPUES DE LA MUERTE	11	28.2	23	59	5	12.8	39	100

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO P

**EDAD Y SEXO DE LOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE ADULTOS HNERM - 2010
LIMA-PERU
2010**

Sexo \ Edad	25-32 años		33-40 años		41 años a mas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	3	7,6	5	12,8	1	2,6	9	23
Femenino	4	10,4	16	41	10	25,6	30	77
TOTAL	7	18	21	53,8	11	28,2	39	100

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*

ANEXO Q

TIEMPO DE SERVICIO DE ENFERMEROS RELACIONADO CON EXPERIANECIAS ANTERIORES CON LA MUERTE HNERM LIMA-PERU 2010

T. Serv. \ Exp. Ant.	1-5 exp.		6-10 exp.		11 exp. a mas		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1-5 años	3	7,6	2	5,2	4	10,4	9	23,2
6-10 años	1	2,6	6	15,3	5	12,8	12	30,7
11 años a mas	1	2,6	0	0	17	43,5	18	46,1
TOTAL	5	12,8	8	20,5	26	66,7	39	100

*Fuente: Instrumento aplicado a enfermeros(as) del servicio de Emergencia de Adultos
HNERM - 2010*