

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Conocimientos sobre los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería
hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados
intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017**

Por:

Yvis Roxana Leon Paima

Rosa Isabel Loarte Lopez

Rossmery Vega Chavez

Asesora:

Dra. Mayela Cajachagua Castro

Lima, Julio de 2017

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

TIEF	Leon Paima, Yvis Roxana
2	Conocimientos sobre los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017. / Autores: Yvis Roxana Leon Paima, Rosa Isabel Loarte LOpez, Rossmery Vega Chavez; Asesora: Dra. Mayela Cajachagua Castro. Lima, 2017.
L47	99 páginas.
2017	Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Principios bioéticos. 2. Profesional de enfermería. 3. Ética .

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, MAYELA CAJACHAGUA CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Conocimientos sobre los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: YVIS ROXANA LEON PAIMA, ROSSMERY VEGA CHAVEZ y ROSA ISABEL LOARTE LOPEZ, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos Pediátricos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintisiete días del mes de julio de 2017.



Dra. Mayela Cajachagua Castro

Conocimientos sobre los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidados
Intensivos Pediátricos

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Angela Paredes Aguirre

Presidente



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Secretario



Dra. Mayela Cajachagua Castro

Asesor

Lima, 27 de julio de 2017

Índice

Capítulo I.....	10
Planteamiento del problema	10
Identificación del Problema	10
Formulación del Problema	12
Problema general.....	12
Problemas específicos.	12
Objetivos de la Investigación	13
Objetivo General.	13
Objetivos Específicos.	13
Justificación.....	14
Justificación teórica.....	14
Justificación metodológica.	14
Justificación práctica y social.....	14
Presuposición Filosófica	15
Capítulo II.....	17
Desarrollo de las perspectivas teóricas	17
Antecedentes de la Investigación	17
Definición conceptual de variables	20
Variable Principal.....	20
Variable Secundaria.	20
Bases Teóricas.....	21
Conocimiento.	21

Conocimientos de los principios bioéticos.....	23
Principios bioéticos y atención de enfermería.....	24
Conocimientos de los principios bioéticos en la práctica profesional.....	28
Ética.....	28
Actitud.....	30
Teorías de enfermería que sustenta el trabajo de investigación.....	42
Definiciones conceptuales.....	44
Capítulo III.....	46
Metodología.....	46
Descripción del lugar de Ejecución.....	46
Población y muestra.....	46
Población.....	46
Muestra.....	46
Criterios de inclusión y exclusión.....	47
Tipo y diseño de investigación.....	47
Formulación de hipótesis.....	47
Hipótesis general.....	47
Hipótesis específicas.....	48
Identificación de variables.....	49
Operacionalización de variables: Nivel de conocimiento.....	50
Operacionalización de la Variable: Actitud de la enfermera.....	56
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	58
Cuestionario sobre conocimientos de los principios bioéticos.....	58

Cuestionario sobre actitud de la enfermera.....	58
Proceso de recolección de datos.....	59
Procesamiento y Análisis de Datos.....	59
Consideraciones Éticas.....	60
Capítulo IV.....	61
Administración del proyecto de investigación.....	61
Cronograma de ejecución.....	61
Presupuesto.....	62
Referencias.....	63
Apéndice.....	72
Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos (Nivel de Conocimiento).....	73
Apéndice B: Instrumentos de recolección de datos (Actitud de las enfermeras).....	78
Apéndice C: Validez de los instrumentos.....	80
Apéndice D: Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos).....	81
Apendice E: Matriz de datos.....	83
Apéndice F: Consentimiento informado.....	84
Apéndice G: Matriz de consistencia.....	87
Apéndice H: Carta de presentación del docente-asesor.....	99

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Cronograma de ejecución del proyecto.</i>	61
Tabla 2. <i>Presupuesto.</i>	62

Resumen

La muerte es un evento único y muy difícil de afrontar para el enfermero, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta y al dolor. El objetivo del presente estudio es determinar la relación que existe entre los conocimientos de los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión. El trabajo corresponde al diseño no experimental, tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra será identificada a través del método de muestreo no probabilístico, intencional, por lo que se tomará a la totalidad de los estudiantes, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Los instrumentos fueron elaborados por la investigadora, el cuestionario fue validado por 5 jueces de expertos, se realizó una prueba piloto con 20 enfermeros, obteniéndose una prueba de confiabilidad de Kr20 de 0.7 Para medir la confiabilidad del cuestionario de actitudes se aplicó el estadístico alpha de cronbach, hallando el valor de 0,75, valor aceptable. El resultado de este estudio permitirá tomar nuevas estrategias de gestión del cuidado que faciliten la labor del profesional de enfermería. La evidencia científica obtenida de este estudio permitirá generar intervenciones como educación continua, conformación de grupos de intervención, programas o grupos de apoyo dentro del departamento de cuidados intensivos donde se concientice la actitud del profesional de enfermero y pueda realizar acciones de consejería y de comunicación terapéutica, con un abordaje de cuidado humanizado.

Palabras clave: Principios bioéticos, duelo, conocimientos, actitudes.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del Problema

La carrera de enfermería está centrada en el cuidado y la atención humanizada hacia las personas sanas o enfermas desde el inicio de su vida hasta muerte, involucrando también a la familia y entorno del paciente, así mismo, los principios bioéticos forman parte del ser de ser profesional de enfermería, donde sus cuidados pretenden proteger y respetar la dignidad humana (Velázquez, 2010).

Internacionalmente las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura se ha preocupado acerca de los principios bioéticos siguiendo un procedimiento científico, convirtiéndose en la primera organización del Sistema de las Naciones Unidas en interesarse específicamente por la bioética, creando en 1993 un programa y una división de Bioética dentro del área de Ciencias Sociales y Humanas de la mano de un Comité Internacional de Bioética (Loaiza & Loya, 2015).

También en el Perú, los Comités de Bioética se iniciaron como instancias u organizaciones que aclaran los problemas éticos que se originan en el sector de la salud, considerando a la enfermería como una disciplina o profesión que diariamente se enfrentan a situaciones que generan conflictos entre principios y valores éticos. Estos principios a su vez incentivan en el profesional a ser íntegro en su accionar; por lo tanto a pensar antes de actuar, despertando el cuidado humanizado, por tal motivo una de las etapas donde el cuidado holístico se desarrolla es en la etapa de duelo, donde el cuidado pasa a ser inmediatamente a los familiares y entorno, en tal proceso se puede resaltar el principio de beneficencia, justicia,

autonomía y no maleficencia, es por eso que el profesional debe estar preparado para brindar un cuidado integral ante esta etapa.

García y Rivas (2013) refieren que “experimentar la muerte de un niño es un proceso complejo, el cual resulta en numerosas ocasiones difícil de enfrentar debido a que comprende una experiencia individual, privada e intransferible”(pag.2).

“La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor” (Maza, Zavala & Merino, 2008, pag.2).

En el 2011 a nivel Latinoamérica, la mortalidad promedio fue 13.29% en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y 5% en las unidades de cuidados intensivos europeas (Campos, Sasbón & Von, 2012). En el Instituto Nacional del Niño de Breña según sus registros y estadísticas del 2012, de un total de 388 casos el 17.3% fallecieron en cuidados intensivos. Y según el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, en lo que va del año, en las unidades de cuidados intensivos se dieron 14 % de muertes, de un total de 402 niños ingresados. Cabe resaltar que, para los padres, la muerte de un niño es una situación difícil de enfrentar, en la experiencia de un profesional de enfermería. La enfermera que se desempeña en la unidad de cuidados intensivos, se enfrenta en su labor cotidiana a la muerte y casi siempre es imposible encarar la situación de muerte frente a la familia, ni desenvolverse en el proceso de duelo familiar, de allí que necesariamente surjan sentimientos de temor, angustia o se esquiva el tema y traduciéndose en una fría atención hacia la familia doliente. El profesional de enfermería se encuentra inmerso en el duelo y de acuerdo a su experiencia, sus conocimientos y valores éticos o no tiene que ser objetiva, compasiva y flexible, con respecto

a la situación en la cual se encuentran los miembros de la familia permitiendo expresar sus sentimientos que faciliten el inicio del proceso de duelo hasta que se adapten a la pérdida a fin de restablecer el equilibrio familiar.

Por consiguiente, teniendo en cuenta todo lo expuesto, surge el presente problema de investigación:

Formulación del Problema

Problema general.

¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos sobre los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017?

Problemas específicos.

¿Cuál es la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente cognitivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente afectivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017?

¿Cuál es la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente conductual de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en

situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de cuidados intensivos pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre los conocimientos de los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Objetivos Específicos.

Identificar la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente cognitivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Identificar la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente afectivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Identificar la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente conductual del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Justificación

Justificación teórica.

Actualmente nos encontramos en una sociedad en la cual la muerte se presenta de una manera cada vez más frecuente y, a pesar de que existen muchas investigaciones acerca de este tema, en muy pocas ocasiones se han realizado estudios para conocer lo que sucede con las personas que se enfrentan a un duelo por la pérdida de un ser querido. Es por eso que la revisión bibliográfica aportara o enriquecerá con datos actuales la información ya presente. Los resultados de la investigación a la vez permitirán indagar las actitudes que toma el personal de enfermería durante este proceso; por eso, hacemos un especial énfasis en las etapas del duelo, la actitud y los principios bioéticos ya que cada una representa una oportunidad de conocer nuestra capacidad de superar un deceso y vivir sanamente dicho proceso, favorecerá el reforzamiento de la relación enfermera – familia. Además, al realizar el presente trabajo, creemos que podemos enriquecer el campo de investigación de nuestra universidad y, a la vez, aportar un mayor conocimiento sobre éste tema.

Justificación metodológica.

El estudio tiene relevancia metodológica por aportar dos instrumentos creados, validados y con confiabilidad aceptables. El primero es un cuestionario que mide los conocimientos de los principios bioéticos, el segundo es un cuestionario que mide la actitud de la enfermera, los cuales servirán como referencia en el Perú y servirán para estudios similares.

Justificación práctica y social.

El resultado de este estudio permitirá tomar nuevas estrategias de gestión del cuidado que faciliten la labor del profesional de enfermería, ya que no hay estudios en el cual nos muestre o permita que el enfermero intensivista enfrente de manera positiva estas situaciones.

La evidencia científica obtenida por el estudio permitirá generar intervenciones como educación continua, conformación de grupos de intervención, programas o grupos de apoyo dentro del departamento de cuidados intensivos donde se concientice la actitud del profesional de enfermero y pueda realizar acciones de consejería y de comunicación terapéutica, con un abordaje de cuidado humanizado. Así mismo este estudio está orientado a proporcionar información actualizada a las instituciones formadoras de profesionales de enfermería con estudios de especialidad a fin de diseñar estrategias orientadas a fortalecer en el estudiante su capacidad de afrontamiento frente a la familia en la situación de duelo; las cuales contribuirán en la formación del futuro especialista en Enfermería Unidad Cuidados Intensivos Pediátrico. Además permitirá que esta acción de cuidado y apoyo al familiar: madre y/o padre en duelo ayudará a que los mismos acepten la realidad de la pérdida, animándolos a decir un adiós apropiado y sentirse cómodos asumiendo la realidad.

Presuposición Filosófica

Todas las familias, sin excepción experimentan el estado de la muerte. Se la considera como parte de la vida; pero, al presentarse esta en el entorno familiar, jamás la consideramos como natural. Para los padres, sobrevivir a los propios hijos es algo particularmente desgarrador, que contradice la naturaleza elemental de las relaciones que dan sentido a la familia misma. En tiempo se detiene cuando se pierde una hija o un hijo: un abismo devora nuestro pasado y futuro.

En la fe podemos encontrar consuelo entre unos y otros, sabiendo que el Jesús venció la muerte para siempre. Nuestros seres amados no desaparecerán en la oscuridad de la nada: tenemos la esperanza que nos da seguridad de que están en las bondadosas y fuertes manos de Dios. El amor siempre ha sido, es y será más fuerte que la muerte. De manera que

imprescindible hacer crecer el amor, convirtiéndolo en algo sólido, y este amor nos hará prevalecer hasta el fin donde cada lágrima se enjugará, cuando “no habrá más muerte, ni pena, ni queja, ni dolor” (Apocalipsis, capítulo 21,4). Para obtener esta fe es necesario cada día nacer y renacer en la esperanza. El derecho al llanto no debe ser negado - ¿debemos llorar en el luto? También Jesús “rompió a llorar” y estaba “profundamente turbado” por el profundo hecho luctuoso de una familia que amaba (Juan 11:33-37).

Luego que la vida de este joven es restituida por el Señor, dice el Evangelio: “Jesús lo restituyó a su madre”. ¡Aquí ésta es nuestra esperanza! ¡Nuestros seres amados que murieron, el Señor los restituirá a todos y nos encontraremos con ello. ¡Esta es nuestra bendita esperanza que no decepciona! No olvidemos este hecho registrado en la Biblia; “Y Jesús lo restituyó a su madre”. ¡Lo mismo hará el Señor con todos nuestros seres amados!, pues él mismo lo dice “Yo soy la resurrección y la vida; quién cree en mí, aunque muera, revivirá”

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la Investigación

Maza (2008) realizó un trabajo de investigación en Chile, titulado “Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes”; el estudio fue de tipo descriptivo correlacional, el objetivo del estudio fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo conformada por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Esta investigación estuvo sustentada en los conceptos de actitud y muerte, los principales resultados muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Se concluyó que la existencia de un ambiente físico es de vital importancia en los hospitales, así como también instancias de apoyo psico-emocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes.

García y Rivas (2013) publicaron en Chile, un estudio titulado: “Experiencia de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos”; cuyo objetivo fue describir y categorizar las experiencias de enfermeras intensivistas pediátricas en la muerte de un niño. El estudio es de tipo cualitativo descriptivo, con un enfoque fenomenológico. El muestreo fue intencional o selectivo en 7 enfermeras.

Utilizaron la entrevista no estructurada o abierta. Las conclusiones fueron que la experiencia estresante develada en el estudio se manifiesta en sentimientos que impactan en la percepción, cognición y comportamiento, como resultado coexisten posturas contrapuestas y evasivas, como la indiferencia que impide sufrir y la aprensión que desgasta y agota, por lo que pudieron constatar que la experiencia se percibe como una vivencia que incluye sentimientos y vínculos, que involucra mecanismos de autodefensa donde la evasión de algunas situaciones les permiten mitigar el impacto que la muerte les provoca, esto sin dejar de cumplir con sus obligaciones. Se concluye con la necesidad de contar con formación que fortalezca mecanismos de autodefensa y herramientas para la contención e incrementar la formación en bioética.

Porra, Díaz y Cordero (2001) publicaron en Cuba, un trabajo de investigación titulado: Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. Hospital Pediátrico William Soler. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos. Estudio descriptivo, emplearon una encuesta para determinar los conocimientos que sobre ética y bioética poseían, así como su participación en cursos sobre estos temas. Les realizaron una entrevista estructurada con preguntas sobre su actitud y la aplicación de los principios en su modo de actuar. Muestra de 120 participantes, entre ellas 40 licenciadas, 40 técnicas con cursos posbásicos y 40 con curso básico. En cuanto a los resultados encontrados sobre el nivel de conocimientos sobre los principios en general que poseen estas enfermeras el 55,8 % tienen suficientes conocimientos; 25,0 % tienen pocos conocimientos y 18,2 % no tienen conocimientos, según su clasificación profesional, fue: 87,5 % de las licenciadas poseen suficientes conocimientos y el 12,5 % tienen pocos conocimientos.

Chancay y Villacís (2012) con su trabajo de investigación “Conocimientos de las enfermeras sobre bioética y su aplicación en el cuidado a pacientes de emergencia del Hospital General Enrique Garcés.” Realizado en Ecuador, cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimientos que tienen las enfermeras sobre Bioética y su aplicación en el cuidado de los pacientes que acuden al servicio de emergencia. La muestra de estudio estuvo constituido por 32 enfermeras, se aplicó una encuesta, teniendo como resultados un bajo nivel de conocimientos de las enfermeras sobre Bioética, la no aplicación de la misma en el cuidado a pacientes, y poco interés de las profesionales en participar activamente con el Comité de Bioética institucional.

Vizcarra (2012) en su tesis: “Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue. Estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo y prospectivo; se realizó con la finalidad de determinar los factores asociados a la actitud del profesional de enfermería ante el deceso de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, para la cual se tomó la población total de 94 profesionales de enfermería entre licenciadas e internas que laboraban en el mes de octubre del 2012. Obteniendo como resultado que el 36,2% del personal enfermero presentó una actitud no negativa frente al deceso del paciente, el 35,4% una actitud negativa y 28,7%.una actitud de indiferencia. Y entre los factores asociados: los factores psicológicos, el pensar en su familia ante un paciente moribundo; como factor de profesional, el objetivo más alto de su trabajo y como factor religioso, la consideración del deceso de acuerdo a su religión se relacionaron significativamente con la actitud frente al deceso del paciente en el personal enfermero; otros factores como opinión ante la muerte, se conmueve ante la familia del paciente, momento de brindar cuidados y tipo de religión no se asociaron.

Flores (2013) en su tesis “Actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Unanue. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería. Concluyendo que el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional.

Vicuña (2015) en su investigación sobre la “Aplicación de los principios bioéticos por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Víctor Ramos. 2015”. Universidad Autónoma de Ica. Cuyo objetivo principal fue determinar la aplicación de los principios bioéticos por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el 2015. El trabajo de investigación fue no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por los profesionales enfermeros que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital “Víctor Ramos Guardia”. Huaraz. Se trabajó con el total de la población constituido por 32 enfermeros que laboran en el servicio de emergencia.

Definición conceptual de variables

Variable Principal.

Conocimiento.

Conocimientos de los principios bioéticos.

Variable Secundaria.

Actitud.

Actitud del profesional de enfermería frente a la familia en situación de duelo.

Bases Teóricas

Conocimiento.

Para Belly (2004) el conocimiento involucra un proceso, mediante el cual es el resultado del pensamiento frente a una realidad percibida, el principal objetivo es descifrar la verdad desde el punto de vista objetivo. Además afirma que en este proceso, la persona añade el saber, asimilando en sí los fenómenos reales de manera que comprende el mundo y su alrededor. Afirma también que este saber es el que transforma al mundo, frente al enfrentamiento de la vida cotidiana del ser humano. Este conocimiento adquirido y la transformación práctica de la naturaleza y de la sociedad pertenecen al mismo proceso histórico condicionándose y penetrándose recíprocamente. El concepto de conocimiento es estudiado ampliamente en la Teoría del Conocimiento, iniciándose la exploración y estudio en la Antigua Grecia, continuando su proceso de estudio a través de la historia, hasta la actualidad, en donde, continúa construyendo su definición influenciado por el desarrollo de diferentes perspectivas y corrientes del pensamiento filosófico. El presente estudio de este concepto se realiza desde diferentes puntos de vista de varios autores.

Diferentes autores trabajaron la definición del conocimiento desde diferentes disciplinas, como la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática; por ejemplo, según (Díaz, 2004) el conocimiento significa entender lo que es y lo que no. Es posible que el conocimiento sea entendido, con relación a datos e información, como "información personalizada"; con relación al estado de la mente, como "estado de conocer y comprender"; también puede ser definido como "objetos que son almacenados y manipulados"; "proceso de aplicación de la experiencia"; "condición de acceso a la información y potencial que influye en la acción".

El diccionario filosófico de Rosental y Iudin (1973) acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como el proceso en consecuencia del pensamiento humano frente a una realidad; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica.

Con el fin de aproximarnos al concepto de conocimiento, revisamos distintas definiciones del término partiendo de las principales perspectivas existentes. Teniendo en cuenta la dificultad que implica extraer una conclusión al respecto puesto que como señalan (Vassiliadis, Seufert, Back y Von Krogh, 2000) el conocimiento en las organizaciones ha sido considerado por muchos, definido por algunos, comprendido por unos pocos, y formalmente valorado por prácticamente nadie.

Tokama y Takeuchi (1995) señalan que la epistemología occidental tradicional considera al conocimiento como algo estático y formal, centrándose en la verdad como el atributo esencial del conocimiento, destacando la naturaleza abstracta, estática y no humana del conocimiento, expresado en proposiciones y en una lógica formal (Alcocer, 2001).

Características.

Según Núñez (2004) la principal característica del conocimiento se centra en que este puede ser de carácter individual o social, debido a que cada uno determina la información basada en su propia experiencia, influenciada por grupos sociales a los que pertenece o perteneció.

Tipos de conocimiento.

Matamoros (2017) lo divide en:

Conocimiento a priori y a posteriori.

El término a priori significa “previo a” y a posteriori “posterior a”, en este sentido se utiliza para distinguir dos tipos de conocimiento, el primero es el conocimiento que se encuentra al margen de la experiencia personal, este tipo de conocimiento está directamente ligado con el conocimiento universal, y el segundo , el conocimiento basado en la experiencia vivida, la lección aprendida o la práctica de la misma, para este tipo de conocimiento tuvo que haber un suceso que genere el conocimiento, entonces podemos decir que es contingente. En este concepto, el pensamiento actúa frente a la adquisición de conocimiento (Gómez, 2003).

Conocimiento directo o intuición.

Es el conocimiento que se genera sin una demostración. Algunos autores en el pasado, han afirmado que este tipo de conocimiento no es parte de la mente humana, sin embargo, otros autores refieren que este tipo de conocimiento es representado por Platón, Descartes, Leibniz entre otros filósofos, basadas en la definición de que la intuición es la capacidad de ver con los “ojos de la mente” (García-Tapia,2000).

Conocimientos de los principios bioéticos.

La Bioética.

La bioética es una rama de la ética que se ocupa de regular la conducta entre lo que está bien y lo que está mal, estableciendo principios para la conducta correcta del ser humano respeto a la vida de las personas (Azulay, 2001).

Carpenito (1988) indicaba que la bioética es un término que distingue a la ética tradicional por el enfoque que plantea dentro del campo de la medicina y la biología y los problemas que esto compromete. En otras palabras, es la ciencia que conserva la vida humana frente a los eventos científicos y procedimientos.

La finalidad de la bioética no es que el personal de salud medite en ellos, sino los involucre en sus principios al actuar en la práctica, por tal motivo, la bioética debe fortalecer la identidad del personal de salud, sea médico, enfermero o cualquier otro, a su vez debe modificar ideas y pensamiento en ellos que se evidenciar en su desempeño profesional en todas las áreas. Dentro de este contexto, el personal enfermero es primordial en la aplicación de estos principios por el contacto directo que tiene con los pacientes y su familia (Azulay, 2001).

Los bioeticistas Tom et al. (1985) definieron los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La propuesta inicial de los principios, según la revista colombiana de la bioética buscaba ayudar en la identificación, el análisis y la resolución de los conflictos éticos de la investigación con seres humanos y de la práctica de la medicina y logró introducir claridad conceptual en los debates morales que se presentaban, en ocasiones como muy complicados y casi inextricables.

Principios bioéticos y atención de enfermería.

Actualmente, estamos viviendo una revolución en la medicina, diversos estudios se realizan para poder avanzar dentro del área de salud, existiendo diferentes avances biotecnológicos (Arroyo & et al., 1998).

En ese sentido, el profesional de enfermería tiene un gran compromiso con la comunidad, ejerciendo su cuidado con calidad humana, científica y ética, centrándonos en lo último, el cuidado no basta en conocer los principios bioéticos, sino debe ser demostrada y sustentada como parte del ejercicio profesional (Asociación Peruana Facultades y Escuelas de Enfermería, 1999).

Balderas (2005) agrega que, frente a esta situación, como parte del compromiso profesional esta la capacitación permanente para una correcta toma de decisiones frente al cuidado, alcanzando la calidad, y este actuar debe estar fundamentado en que el paciente es el eje principal de todo, por lo tanto, el cuidado debe ser humanizado, oportuno y seguro. Sin embargo, esto no se ha ido reflejando en los últimos años ante el aumento de demandas para el personal de salud, incluido las enfermeras, con casos de negligencias donde está comprometido la propia institución de salud por la praxis errónea en los procedimientos.

“En estudios recientes, se han identificado que la deshumanización en la atención de enfermería sigue siendo latente y la relación paciente – enfermera muchas veces es asimétrica, donde la ignorancia del paciente se encuentra con la seguridad y la ciencia del profesional, que, guiado por sus conocimientos, decide el tratamiento a realizar con el confiado beneplácito del paciente. Si a ello agregamos "el poco cumplimiento del Código de ética y las deficientes relaciones paciente-enfermera" son los principales problemas éticos que atraviesa la enfermera peruana” (Vicuña, 2015, pag.6).

Principios de bioética.

Los principios bioéticos son considerados pautas o guías en la práctica diaria para la toma de decisiones ante casos complejos o dilemas que puedan dar lugar a conflictos o discrepancias. Los cuatro principios bioéticos son:

El Principio de Autonomía.

“Es la capacidad que tienen las personas de realizar actos con conocimiento de causa, información suficiente y en ausencia de coacciones internas o externas, o sea que media el consentimiento informado” (Vera, 2010, pag.51). Se define como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen

vitalmente. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual (Mendoza, Cruz, Pérez & Vargas, 2006). Todo ser humano es agente moral autónomo, libre y responsable de todas sus acciones, con derecho a decidir sobre su propia vida, en tanto no produzca desmedro propio o social. Actuar con autonomía implica que la persona posee independencia con relación a posibles controles externos y, además, capacidad para proceder en consonancia con una elección propia (Sapag & Hagar, 2009). El respetar al ser humano involucra el cuidar con autonomía. Así mismo el consentimiento informado es un instrumento para exponer la información al paciente y así con más comprensión de los hechos obtener su consentimiento ya ilustrado y más consiente. Todo ello supone una garantía para los pacientes y también para el personal de salud que lo practica en situaciones de conflicto (Mendoza, Cruz, Pérez & Vargas, 2006).

Por otro lado, Aguirre-Gas (2004) lo define como: “Derecho de los enfermos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica” (Pag.507).

El Principio de Justicia.

Es aquel principio que vela por el orden social. “El principio de justicia exige que la distribución de los recursos sea equitativa: por esto, administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, y sin duda lo hace, a otros más necesitados” (Quintero, Rodríguez y Gonzales, 2014, pag.108).

En el cuidado, este principio hace referencia la igualdad en los materiales y recursos del centro hospitalario, así como el tiempo del cuidado, la calidad del cuidado, involucrando también al tratamiento, además señala que no se debe tomar en cuenta al momento de brindar

el cuidado la posición social , religión, ideas políticas entre otros (Mendoza, Cruz, Pérez & Vargas, 2006). El profesional de enfermería aplica éste principio, cuando atiende al más necesitado para su recuperación, al más grave, y prioriza las necesidades de sus pacientes, independientemente, del status social de éste y sin reparar costos. La enfermería consta de un cuerpo teórico conceptual y un método que sustenta sus principios y objetivos el cuál es el Proceso de Atención de Enfermería más conocido como PAE.

El Principio de Beneficencia.

Involucra acciones a favor del paciente para reducir o evitar el daño en su totalidad, ante esto muchos autores afirman que este principio imparte una obligación significativa sobre el profesional de salud.

“El actuar ético no postula solamente el respeto de la libertad del otro: incluye el objetivo del bien. Como las miradas del bien son múltiples, dependen de los individuos y las comunidades; este principio debe ser subordinado al de la autonomía. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el ‘bien de la humanidad’; no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño” (Gómez, 2009, pag.232).

El principio de no maleficencia.

Es sinónimo del "No dañar", es considerado como el complemento de la beneficencia, de todos modos, se reconoce como el compromiso del profesional de hacer el bien en todo momento del ejercicio profesional (Amaro et.al, 1996). En los profesionales de enfermería deben ser muy claras acerca de los límites de su obligación para proporcionar beneficios y evitar daños en el cuidado de pacientes, por tal motivo, el Colegio de Enfermeros del Perú

indica que la ética del profesional de enfermería se basa en preceptos de carácter moral, por otro lado, la deontología de enfermería regula los deberes del profesional en el ejercicio profesional, por lo que es deber del profesional de enfermería es respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud (Vera, 2010; Vicuña, 2015).

Conocimientos de los principios bioéticos en la práctica profesional.

Aguirre-Gas (2004), “la Comisión Nacional de Bioética en 2001 editó y difundió el Código de Bioética para el personal de salud, código-guía para médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, en el cual se revisan los antecedentes del tema. En el mismo año la Asociación de Medicina Interna de México colocó en su página web, el Código de ética que regirá el desempeño profesional de sus miembros” (Pag.504). “En el 2002, el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, editó y difundió localmente su Código de ética, considerando a la ética como una parte esencial de una atención médica con calidad...se ha hecho evidente en los primeros años de este siglo, el interés creciente que se ha desarrollado en el ámbito médico, por considerar en la prestación de sus servicios, el respeto a los principios éticos de la medicina” (Pag.504).

Ética.

La ética, vocablo griego *ethos* significa morada, lugar donde se habita, se emplea para referirse a un saber práctico que reflexiona sobre los actos humanos, en cuantos actos morales, (lo bueno, lo malo, lo injusto, lo justo, etc.). También se refiere al carácter, a la disposición que el hombre asume ante sí mismo, ante los otros ante la naturaleza. El hombre se va apropiando de este modo de ser durante su vida; lo transforma en un hábito y lo manifiesta en

su comportamiento, implicando un acto voluntario, y un acto público, pues lo manifiesta ante los otros (Jana, 2008).

El Ministerio de Salud (2014) señala que el término ética proviene de la palabra griega *ethos*, que originariamente significaba “morada”, “lugar donde se vive” y que terminó por señalar el “carácter” o el “modo de ser” peculiar y adquirido de alguien; la costumbre (*mos-moris*: la moral).

Ética profesional.

El término profesional y profesión provienen del latín “*professio*” y “*professio-onis*”, que significa, este último, acción y efecto de profesar, utilizado posteriormente por las lenguas romances para definir a las personas que ejercen determinada actividad humana con dedicación y consagración total. Por lo tanto, se entiende, como el conjunto de normas y principios de todo profesional en el ejercicio de su práctica (Wierna, 2003).

Ética de enfermería.

Kozier (2008) Como los profesionales de enfermería tratan con los acontecimientos humanos más fundamentales (nacimiento, muerte y sufrimiento) se encuentran con muchos temas éticos en torno a estas áreas. Las enfermeras han de decidir cómo debería ser su actuación moral en estas situaciones, y, a causa del carácter especial de la relación enfermera – cliente, tienen que apoyar y ayudar a éstos y sus familias frente a opciones morales difíciles. Las enfermeras pueden mejorar su propia toma de decisiones pensando de antemano en sus creencias y valores y el tipo de problemas a los que pudieran enfrentarse en la atención a sus clientes. La ética de enfermería trata sobre los aspectos éticos que aparecen en la práctica de enfermería. Los profesionales de enfermería son responsables de una conducta ética. En 1991 la Asociación Americana de Enfermeras, publicó los Estándares de la Práctica de Enfermería

Clínica, referentes también a la ética de enfermería. Por consiguiente, las enfermeras tienen que comprender sus propios valores en relación con sus asuntos morales y emplear el razonamiento ético para determinar y explicar su postura moral. Las enfermeras son a veces conscientes de un aspecto ético, pero también necesitan principios morales y habilidades de razonamiento para explicar su postura. De lo contrario pueden aportar respuestas emocionales que, a menudo, no son útiles.

Importancia de la ética.

La ética ocupa un lugar importante en el área de las ciencias y está directamente conectado con el actuar del hombre ante sus semejantes, su importancia radica en que somos seres sociales que interactuamos con el entorno, más aun si ejercemos una profesión en el ámbito de la salud, donde el contacto es más directo por brindar atención y cuidado no solo al paciente sino a la familiar y el entorno (Polo, Estrada, Legorreta, Ruiz, Parra, Saavedra, Vargas, Hernández, Jiménez, Villegas & Hermosa, 2010).

Actitud.

La actitud es una "disposición de la psique de actuar o reaccionar de una manera determinada" (Jung & Jung, 2012). "Es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones" (Allport, 1935). Por otro lado, guardan una estrecha relación con la conducta del ser humano, las cuales se ven influidos con lo que sabe y piensa, demostrando también nuestros valores y principios mediante acciones (Brinol, 2007).

De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencional-mente denominado objeto de actitud (Eagly & Chaiken, 1998)

Las actitudes constan de tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual.

El componente cognitivo

Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud que incluye los pensamientos y creencias de la persona acerca del objeto de actitud, su peculiaridad psíquica es: fijación, singularidad, actitud y valores, concienciación.

El componente afectivo.

Está conformado por los sentimientos y emociones, quienes actúan mediante el juicio. Surge entonces, mediante una asociación entre los estímulos y el afecto.

El componente conductual.

Se refiere a las tendencias del comportamiento o a las intenciones de la acción, así como los comportamientos dirigidos hacia el objeto de actitud. Constituye una disposición de conducta aprendida, muy capaz de dirigir las opciones de acción del individuo por causas relativamente estables y previsibles. Los profesionales de enfermería son seres humanos que no solo actúan, sino que también piensan y sienten. de quién es? La enfermería proyecta mediante sus emociones y expresiones sus propias actitudes, valores, creencias y prejuicios en la atención hacia la familia en proceso de duelo. Con las grandes habilidades y/o esfuerzos intelectuales logra empatía con el familiar doliente para afrontar la pérdida de su ser querido. Al inicio y durante la etapa de duelo anticipado la enfermera logra recaudar toda la información necesaria para actuar de forma eficaz y efectiva, garantizando en su mayoría la aceptación de la pérdida familiar.

Las actitudes son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con nuestros valores. Son, por tanto, consecuencia de nuestras convicciones o creencias más firmes y razonadas de que algo «vale» y da sentido y contenido

a nuestra vida. Constituyen el sistema fundamental por el que orientamos y definimos nuestras relaciones y conductas con el medio en que vivimos. Es importante que las enfermeras presenten una actitud positiva hacia el cuidado que brindan al paciente, ya que la actitud se refleja en la conducta, logrando así un cuidado holístico, individualizado y de calidad (Osorio, 2011).

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza. Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados; "... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 1995: 74).

Duelo.

El duelo, es el proceso psicológico que se produce a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida. Es una experiencia humana universal, única y dolorosa". En este sentido, la experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida de un ser querido conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación (Barreto, Yi, & Soler, 2008).

Afrontar la muerte de un ser querido según Gutiérrez (2009) "es uno de los momentos más difíciles y complejos que se tienen que superar en la vida. Esta situación difícil no sólo es para la familia doliente, también tiene relación con los profesionales que laboran en salud, ya que estos en algunos casos son los responsables de comunicar la noticia del fallecimiento a la

familia. Para estos profesionales dicha situación está cargada de una connotación emocional, debido a sus creencias personales, culturales y sociales”.

Existen una serie de manifestaciones que se dan en las personas en duelo. Es bueno conocerlas e identificarlas para diferenciarlas de lo normal y de lo patológico. Es importante tener muy claro que, ni todas las personas presentan todas estas manifestaciones, ni lo que una determinada persona experimente debe estar necesariamente contenido aquí. Aun así podemos hablar de determinadas reacciones comunes a la mayoría de nosotros. Entre las manifestaciones físicas del duelo destacan “la anorexia, hiporexia, pérdida de peso, llanto fácil, cansancio, sensación de vacío, palpitaciones, dificultades al tragar y respirar, tensión y nerviosismo. Las manifestaciones psicológicas resaltan la ansiedad, tristeza, rabia, culpa, auto reproches, ambivalencia, inseguridad, confusión, apatía, desinterés, desesperanza y entre las manifestaciones sociales encontramos rechazo a los demás y el aislamiento” (Torres, 2011).

Existen tres formas de duelo más comunes descritas Dávalos, García, Gómez, castillo, Suarez y Silva (2008) y son:

El duelo anticipatorio.

No siempre es consecutivo al fallecimiento, es decir en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. En múltiples casos el carácter previsible de la muerte del ser querido, provoca una reacción emocional que se denomina” duelo anticipatorio”. Es un tipo de duelo en el que el deudo ya ha empezado la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía. Es una forma de anticipar la pérdida que irremediamente ocurrirá en un corto periodo de tiempo. Este tipo de duelo es relativamente frecuente cuando el ser querido se encuentra en una situación de terminalidad, aunque no haya fallecido (Castillo, 2008)

El duelo no complicado.

La tristeza y la ansiedad en segundo lugar es el sentimiento más común tras la muerte de un ser querido, junto con el temor a afrontar la soledad. Ya se ha comentado al principio de este apartado que el duelo no es una patología, aunque en algunos casos el proceso puede complicarse y producir alteraciones importantes en la vida de las personas que lo experimentan, desarrollándose así lo que se conoce como duelo patológico o complicado (Castillo, 2008).

El duelo complicado.

Es el trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas normales y se manifiesta en un deterioro funcional. Teniendo como características definitorias: anhelo de la persona fallecida, ansiedad, autoculpabilización, búsqueda de la persona fallecida, cavilación, depresión, desconfianza, disminución en el desempeño de los roles vitales, distrés traumático, estrés excesivo, evitación del duelo, fatiga, incredulidad, ira, experimenta síntomas que había padecido el fallecido, malestar en relación con la persona fallecida, niveles bajos de intimidad, no aceptación de la muerte, persistentes recuerdos dolorosos, preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida, sentimiento de shock, sentimiento de vacío, sentirse desvinculado de los demás y sufrimiento por la separación; teniendo como factor relacionado un apoyo social insuficiente (Castillo, 2008)

Durante el proceso de duelo, la persona atraviesa varias etapas, uno de los modelos más conocidos para describirlas es el de la psiquiatra y escritora Kübler-Ross (1969), en su libro *On death and dying*, basándose en su trabajo con pacientes en fase terminal. La autora diferencia las siguientes etapas:

Etapa de la negación.

Es la etapa en la que se niega la muerte, puede ser evidenciada por nuestras actitudes, o simplemente puede ser como parte del pensamiento, sin embargo, es solo una etapa transitoria.

En la etapa de la ira.

Es el resultado de la frustración ante la pérdida, ocurre el cruce de ideas entre la vida y la muerte, específicamente ante no poder hacer algo para revertir el suceso.

Etapa de la negociación.

En algunos casos, sucede antes de la muerte, cuando la persona intenta buscar soluciones para que la muerte no suceda, caso contrario si ya sucedió, se mezcla con ambas etapas ya mencionadas aislándose en la fantasía para estar al control de la situación.

Etapa de la depresión.

En esta etapa se deja de fantasear, ingresando a una crisis existencial, debido a que la persona tiene que aceptar que el ser querido ya no estará más.

Etapa de la aceptación.

Es cuando al fin se acepta que la persona no estará más con nosotros. Durante el proceso del duelo pueden ocurrir una serie de pensamientos, sentimientos y conductas a causa de la pérdida que, en principio, se pueden considerar normales. Como profesionales de enfermería debemos de conocer las manifestaciones para ser capaces de distinguir un duelo no complicado o normal de uno complicado o patológico.

“La relación enfermera - paciente es el eslabón humano que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar; la coloca en calidad de salvadora de una

muerte indigna. Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de agua y aceite, entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos” (Revistas médicas Encolombia; Citado por Flores, 2014, pág. 6).

Actitud frente al duelo.

Guevara (2017) nos afirma que para conceptualizar el duelo debemos entender que es un proceso de adaptación ante la pérdida de un ser querido, su principal característica radica en asumir los cambios ante una nueva realidad, donde la presencia de la persona fallecida no estará presente nunca más. Otra de sus características, es que es única, por ser diferente en cada persona y con cada pérdida, por lo tanto la recuperación depende de cómo la persona enfrenta su dolor.

Actitudes psicológicas frente a la muerte y el duelo.

La muerte de un familiar no es nada agradable, al contrario es difícil para cada ser humano, involucra un proceso de adaptación, sin embargo, el problema radica cuando la persona no puede superar la pérdida volviéndose un estado patológico, en el momento en que la persona busca llenar ese vacío mediante algo externo que la destruye como persona , específicamente su salud se ve involucrada, los estados depresivos son una gran alerta como una actitud psicológica de riesgo. Cabe resaltar, cada persona es única, pero el duelo ante la muerte es un proceso de transición, no debe ser permanente (Sola, 2012).

Enfermera y duelo.

El profesional de enfermería en las etapas del duelo.

Podemos definir “pérdida” como una experiencia inevitable que se produce en la vida de toda persona en el momento en que algo valorado cambia y deja de estar disponible o

desaparece. Sin duda, la pérdida fundamental de una persona y de todas las que le rodean es la muerte. Ante cualquier pérdida y en especial ante la muerte la persona desarrolla un duelo, es decir una respuesta emotiva y adaptativa de origen natural que consta de diferentes etapas, las cuales pueden superponerse, alternarse en el tiempo o, incluso, no aparecer jamás dependiendo de la propia persona. Aun así, el orden cronológico más frecuente en el que suelen aparecer, es el siguiente: Negación. En esta primera fase la persona se niega a creer que se está produciendo la pérdida, por lo que el papel de la enfermera consiste en dar soporte verbal al paciente sin reforzar su negación y en examinar su propio comportamiento para asegurarse de que no comparte la negación del paciente, ya que sólo así podrá iniciar una relación de ayuda que conlleve a la evolución favorable del paciente. Ira. En esta fase el paciente o la familia pueden dirigir su ira hacia la enfermera o el resto del personal sanitario sobre asuntos que normalmente no les molestarían, por lo que el papel de la enfermera consiste en ayudar al paciente a entender que la ira es una respuesta normal ante este tipo de pérdidas, en evitar las represalias, es decir, la enfermera no debe tomarse la ira como algo personal y en proporcionar unos cuidados estructurados y continuos para favorecer los sentimientos de seguridad. Negociación. En esta fase la persona intentará negociar para evitar la pérdida, llegando, incluso, a expresar sentimientos de culpa o miedo al castigo por pecados pasados, reales o imaginarios, por lo que el papel de la enfermera consiste en escuchar con atención y animar al paciente a que hable para aliviar la culpa y el miedo irracional. Depresión. En esta fase el paciente manifiesta su tristeza por lo que ha ocurrido y por lo que no puede ser, por lo que el papel de la enfermera consiste en permitir que el paciente exprese esta tristeza y en comunicarse correctamente de forma no verbal, por ejemplo, sentándose en silencio sin esperar conversación, transmitiendo afecto mediante una caricia o un abrazo,

mostrando empatía, mirándole a los ojos. Aceptación. En esta última fase la persona llega a aceptar la pérdida y puede tener menos interés en el entorno y en las personas de apoyo, por lo que el papel de la enfermera consiste en ayudar a la familia y a los amigos a comprender la menor necesidad de socialización del paciente. De esta manera, podemos apreciar que es muy importante que el profesional de enfermería sepa identificar en qué fase se encuentra cada paciente para poder ofrecerle los cuidados que mejor se adapten a sus necesidades y, así, contribuir en su bienestar y su confort en el proceso del final de la vida (Sánchez, 2013).

Maroto (2013) Según Marijke, con respecto a la muerte de un hijo/a menciona que los profesionales de enfermería deben facilitar a los padres y madres para el cambio de actitudes, ayudándoles a desarrollar nuevas perspectivas de significado y explicarles que dejar ir a su hijo/a no es rendirse. Además, deben esforzarse por preservar la relación paternal y facilitarles el acto de estar ahí. Ayudarles a encontrar estrategias que son significativas para ellos y apropiadas para la condición de su hijo/a y prepararles para lo esperado y explicándoles los cuidados y las complicaciones que podrían surgir.

Según Foster et al. (2010) Afirma que una enfermedad terminal de algún integrante de la familia afecta a la vida de todos los miembros de la familia y que los profesionales enfermeros están en una posición ideal para ayudar a guiar a las familias en lo que es mejor hacer para sus familiares que están enfermos/as, estimulando a la familia para pasar tiempo junta y tranquilizarlos a cerca de las decisiones que deben tomar. Los profesionales de enfermería deben explorar y proteger las creencias y valores para mejorar la calidad de vida del familiar y de su familia a través del proceso de salud.

Bernalte y Miret (2005) Para ellos, deben preguntar y escuchar el significado que le dan a la enfermedad y encontrar la manera de satisfacer sus necesidades acorde con sus

creencias. Así, los profesionales de enfermería adquieren un conocimiento más profundo de las fortalezas y necesidades que tiene la familia y su plan de cuidados puede ser guiado hacia la realidad familiar. Dada la interacción con la familia, la relación íntima que se crea entre estos proveedores de cuidados y ésta constituye un reto a los límites profesionales.

Vega-Vega et al. (2013) A este respecto, parece útil aportar la conclusión del estudio de que afirma que los profesionales de enfermería “experimentan el duelo como un proceso dinámico al que atribuyen sentido a través de la entrega de un cuidado amoroso”, es decir, lo afrontan según su propia forma de enfrentar la muerte y el cuidado profesional que otorgan. De esta forma ofrecen unos cuidados que caracteriza como con un “sello particular”

Siguiendo con Foster et al. (2010) los profesionales de enfermería también muestran un cuidado espiritual con su presencia útil y activa, facilitando estrategias de afrontamiento a la familia, dando esperanza a través de la empatía, y acompañándolos en el camino.

Espada (2012) A menudo, el profesional de enfermería es el encargado de resolver las dudas que se presentan sobre la información que se le ofrece a la familia y de informar al equipo médico sobre los malos entendidos. Debe garantizar, como agente moral, que las decisiones que tome el equipo reflejen los valores y creencias familiares y velar por los mejores intereses del familiar.

Según Lafaurie et al. (2014) el abordaje del profesional de enfermería se debería realizar desde la enfermería transcultural, “la cual se centra en la comprensión del sentido que los hechos de la salud poseen para las personas teniendo en cuenta el contexto y su subjetividad”. Para ella, reafirmando las afirmaciones de los antes mencionados, considera que el tratamiento tiene que considerar los aspectos psicosociales y espirituales, “enfermería busca tratar las perspectivas y vivencias psicosociales tanto de los pacientes como de las

personas que los rodean”. Según su estudio, determina que la labor de enfermería resultó en “una mayor adherencia al tratamiento, detectando signos de alarma y aportándoles seguridad y confianza” a las familias, “orientan acerca de cómo prevenir complicaciones” y acompañan a nivel psicoemocional, ayudándoles a comprender mejor las situaciones de salud de sus familiares. También concluye en la necesidad de la creación de espacios de relajamiento y esparcimiento para estas familias con el fin de que disipen tensiones. Y plantea la posibilidad de “generar grupos funcionales de auto apoyo que podrían repercutir en el mejoramiento de sus condiciones, por cuanto fortalecerían sus redes y podrían sentirse más acompañadas en el proceso”. También, la realización de talleres donde se reflejen sus necesidades personales y conocerse entre las diferentes familias que se encuentran en la misma situación.

Según Hopia (2012) al igual que Jennings, afirma que la salud familiar y los cuidados enfermeros están correlacionados. Cuantos más consejos reciben los familiares de los profesionales de enfermería, mejor supieron manejar los síntomas de sus familiares enfermos en el domicilio. Es el profesional de enfermería quien tiene una posición privilegiada para promover la salud de la familia en una situación de uno de sus miembros hospitalizados. Con tal propósito, resuelve cinco dominios diferentes: reforzar la parentalidad, cuidar el bienestar del familiar, compartir la carga emocional, apoyar los afrontamientos diarios y crear una relación de cuidado confidencial.

Clerici et al. (2012) que concluye que el simple hecho de haber enviado cartas manuscritas de condolencia a la familia por parte de los proveedores de cuidados había resultado beneficioso para las familias y para los mismos miembros del equipo de salud en el proceso de duelo. A pesar de esto, Foster, informa que el contacto con las familias después de la muerte no es siempre beneficioso. La continuación de los lazos con los familiares fallecidos

puede resultar beneficiosa para la familia. Los profesionales de enfermería pueden estimular a la familia a constituir dichos lazos ayudándoles a crear un significado en forma de legado realizando actividades que su familiar fallecido hubiera participado, creando diarios, libros de memorias, fotos, videos, etc. En otro estudio de Foster determina ejemplos de esta continuación de lazos: recuerdos voluntarios (representaciones visuales de los familiares fallecidos, comunicación con ellos, estar con sus pertenencias, ir a lugares a los que iban cuando estaban vivos, realizar actividades en su honor, visitar el cementerio, mantener las cenizas de los fallecidos) y recuerdos involuntarios que son aquellos que suceden inesperadamente. En este estudio, concluye que los familiares más cercanos se comunicaban, pensaban y hacían más cosas que le gustaban a su familiar fallecido comparada con los familiares que no vivían con ellos.

Según Barrera et al. (2013) debemos considerar que “el concepto de la muerte se aprende con el tiempo”. Es decir, cuando hay menores de edad dentro del grupo de personas que han perdido a algún familiar, es difícil que puedan entender en concepto de pérdida o muerte (considerando la muerte como un proceso irreversible, sabiendo que la muerte es un estado permanente, una parte natural e inevitable de la vida y que la muerte está causada típicamente por algo que escapa de nuestro control). Por lo tanto, explica las diferentes formas que tienen de expresar este duelo: cambios de humor, enojo, tristeza, problemas de comportamiento y dificultades para entender la muerte. Así mismo, explica que continuar con sus antiguas vidas, hablar del familiar fallecido, el apoyo social de amigos/as y grupos de apoyo pueden servir de gran ayuda. Según Foster, es esencial que como profesionales de enfermería reconozcamos el significado que damos nosotros mismos a la muerte con tal de poder ayudar a estas familias. Así mismo, debemos ser una presencia curativa para nuestros

colegas y compartir recursos y experiencias entre nosotros. Puede ser de gran ayuda para el equipo enfermero, tal como Jennings refleja, en el caso de un hospicio donde se provee al personal de enfermería de sesiones conjuntas pre-pérdida antes de la muerte de la persona donde se ofrece educación respecto a cómo apoyar y hablar a las familias y tras la muerte, sesiones conjuntas, que ofrecen un lugar seguro para expresar sus propios sentimientos y recibir apoyo de los compañeros.

Teorías de enfermería que sustentan el trabajo de investigación.

Entre las teorías de enfermería que sustentan nuestro trabajo de investigación destacan:

Watson (1981) entre los fundamentos bioéticos de la atención sanitaria propone que los pacientes necesitan una atención integral que fomente el humanismo, la salud y la calidad de vida. Refuerza el principio de autonomía al afirmar que la enfermería ofrece los cuidados y el paciente/ usuario es libre de elegir la mejor acción en un momento concreto. Juárez & Sate, (2009) mencionan que los elementos de cuidados de Watson destacan una formación de un sistema de valores humanístico altruista, el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante el auto aceptación de la enfermera y del paciente. También señalan que la enfermera debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. Así mismo Jana (2008) menciona que Watson otorga importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Es otra parte refiere que se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte

de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos. Lo ejemplifica con una situación: ¿Es prudente evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha nacido muerto? Con esta práctica sólo aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta práctica se apropia del dolor de otro, impide su libre expresión por desgarradora que sea. El duelo de esta madre es personal, forma parte de su vida y no le atañe al personal sanitario evitarlo. En estas ocasiones el silencio, el respeto y un abrazo son más útiles; y por cierto, más humanos.

También Wiedenbach (1963) quién construye los referentes de la profesión basados en cuatro elementos: filosofía, objetivo, práctica, arte. Afirma que la enfermera/o tendrá una actitud positiva hacia la vida y un código de conducta que motiva su acción, guía el pensamiento e influye en la toma de decisiones, donde la veneración por la vida, respecto a la dignidad, al valor, autonomía e individualidad de cada persona, decisión para actuar de una forma dinámica a partir de ideas propias, respetando al paciente con sus atributos, problemas, cualidades, aspiraciones, necesidades y capacidades personales.

Florence Nightingale, hacia fines del siglo XIX, expresaba su convicción de que la práctica de enfermería era intrínsecamente distinta a la del médico y ello porque la enfermería consiste en colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él. La orientación filosófica se basa en la interacción entre las personas y del entorno, un principio diferente al utilizado por los médicos, En su libro Notas de enfermería describe la filosofía de la protección, que contiene el Código de Ética afirmando que la enfermera/o debe cumplir con ciertas virtudes, principios, valores siendo moderada, rápida y de buenos sentimientos”

Definiciones conceptuales.

Conocimiento.

Del griego, episteme, 'conocimiento'; logos, 'teoría'. Rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean la teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, los criterios, los tipos de conocimiento posible y el grado con el que cada uno resulta cierto; así como la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

Ética.

Del griego ethos, significa costumbre o hábito, y de ethos, guarida y, posteriormente, carácter. Carácter moral que orienta hacia el bien. La ética se concibe como el pensamiento filosófico crítico sobre lo moral, en base a la libertad de elección de los seres humanos, dentro de la justicia; lo ético puede prevalecer sobre lo moral, por un bien superior. Para fines de este trabajo ubicaremos a la ética como “parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”.

Bioética.

Rama de la filosofía que determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida de la persona, orientados hacia la preservación de la vida centrándose en los principios morales.

Principios bioéticos.

La reflexión de la bioética está basada en los hechos concretos, principios y reglas. Los principios guían al profesional de la salud hacia un enfoque particular en la solución de un

problema o resolver situaciones de conflicto, basándose en el principio que predomine en la situación de salud determinada (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).

Actitud.

La actitud, el comportamiento que emplean las personas al ejecutar sus labores. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar.

Duelo.

Es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de Ejecución

El estudio se realizará, en las aulas de clases de Post Grado de la Universidad Peruana Unión, que se encuentra en Jirón Washington 1807 - Lima, en el año 2017. Cuenta con docentes de la salud, especializados en su área a educar. La infraestructura es moderna, cuenta con ambientes tales como aulas para teoría equipadas con tecnología moderna, aulas de práctica con maniquís y equipos médicos y áreas administrativas. La Universidad Peruana Unión es una Universidad privada afiliada a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, la sede central se encuentra ubicada en la carretera central altura del Km. 19, Ñaña, Lurigancho - Lima.

Población y muestra

Población.

La población de estudio estará conformada por los 92 estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017. El número total de los estudiantes está de acuerdo a datos de autoridades académicas.

Muestra.

La muestra será identificada a través del método de muestreo no probabilístico, el muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. Es intencional, es por ello que en la presente investigación se tomará a la totalidad de los estudiantes, considerando los criterios de inclusión y exclusión. 36 estudiantes

del 1er Semestre de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. 56 estudiantes del 3er Semestre de la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediátricos.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

Estudiantes regulares matriculados en el ciclo que corresponde al levantamiento de datos.

Estudiantes que acepten participar del trabajo de investigación

Criterios de exclusión

Estudiantes que no pertenezcan a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Estudiantes que no asistan a clase en el momento de la encuesta.

Tipo y diseño de investigación

El trabajo corresponde al diseño no experimental porque no se manipulará ninguna variable. Es descriptivo porque describe los fenómenos observados, y es correlacional ya que identificará las relaciones estadísticas entre las variables. De acuerdo al levantamiento de datos es de naturaleza transversal, porque se trata de un estudio que se realiza en un momento único. La metodología utilizada en la presente investigación será de tipo cuantitativa porque permitirá examinar los datos en forma numérica.

Formulación de hipótesis

Hipótesis general.

H1: Existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H0: No existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Hipótesis específicas.

H1: Existe la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente cognitivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H0: No existe la relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente cognitivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H1: Existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente afectivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H0: No existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente afectivo de la actitud del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H1: Existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente conductual del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

H0: No existe relación entre los conocimientos de los principios bioéticos y el componente conductual del profesional de enfermería hacia la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión, 2017.

Identificación de variables

Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería acerca de los principios bioéticos.

Actitud de los profesionales de enfermería frente a la familia en situación de duelo.

Operacionalización de variables: Nivel de conocimiento.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Escala
Nivel de conocimientos de los principios bioéticos.	Los principios bioéticos son parte del proceso formativo de la vida, siendo guías para la toma de decisiones y exige esfuerzos con el fin de proteger los derechos del paciente a quienes se cuida con un trato humanizado, digno y eficiente	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje de normas, valores o creencias que orientan y regulan la conducta, dirigiendo las intervenciones de enfermería a buscar el beneficio del paciente. El cual tendrá un valor final en: Alto (16 >20) Medio (>=11 – 15) Bajo (< =10)	Autonomía	La capacidad de decidir en forma consciente, racional y voluntaria por sí mismo, con pleno conocimiento de consecuencias, sin someterse a la influencia de los demás, corresponde al principio de:	Justicia Temeridad Beneficencia Autonomía No Maleficencia	<i>Correcto 1</i> <i>Incorrecto 0</i>
				El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio, constituyendo un derecho del paciente y un deber del profesional de salud.	Justicia Beneficencia Autonomía Honestidad Solidaridad	
				Para realizar exámenes que impliquen riesgo para el paciente se debe pedir autorización:	Del paciente. Del paciente o sus familiares en caso de éste no poder decidir. De la junta médica. No es necesario pedir autorización. Del médico jefe	
				El principio de autonomía implica ciertos aspectos, excepto:	No aceptar el tratamiento. Respetar las decisiones que la familia tome respecto a la salud de su paciente. Rechazar ciertas prácticas de aprendizaje Abandonar el hospital para morir en casa.	

				No considerar las preferencias y los valores del paciente como primordiales.	
				Principio que conlleva un reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas, poniendo su acento en el respeto a la voluntad del paciente.	Justicia Beneficencia Autonomía Honestidad Solidaridad
			Justicia	Principio por el que nos basamos para repartir equitativamente y eficazmente los recursos sanitarios, en el que entran la calidad, la eficacia, la eficiencia.	Dignidad Justicia Honestidad Equidad Beneficencia
				Es deber de la enfermera, vigilar que la tecnología empleada y los avances científicos aplicados sean compatibles con:	Los intereses de la ciencia y de la sociedad. La seguridad, dignidad y los derechos de las personas. La particularidad de cada paciente y el de sus padres. El bien de la humanidad. El diagnóstico pronto y oportuno.
				La justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. La justicia se produce cuando:	Se le brinda a una persona el bien al que tiene derecho. La distribución de recursos y materiales es parcial y desigual. Se prolonga la vida del niño produciendo desgaste de recursos y materiales.

					Se prolonga la vida del niño produciendo desgaste de la familia. Se brinda a algunas personas, lo que se merecen de forma igualitaria.
				La justicia, obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación. Faltamos en contra de este principio cuando:	Administramos recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables que puede excluir, a otros más necesitados. Administramos los recursos de forma limitada de forma equitativa. Cuidamos los recursos materiales y le damos buen uso con los pacientes recuperables. Aplicamos medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles y evitamos el encarnizamiento terapéutico. Administramos los recursos materiales y biomédicos con cuidado y libre de riesgos.
				El paciente terminal tiene derecho a todos estos enunciados, excepto:	A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen. A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas

					<p>extremas, o heroicas para sostener sus funciones vitales.</p> <p>A disponer de ayuda para él y su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.</p> <p>A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta.</p> <p>A no tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.</p>	
			No Maleficencia	<p>Principio que consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros.</p>	<p>Beneficencia</p> <p>Autonomía</p> <p>No Maleficencia</p> <p>Solidaridad</p> <p>Humanismo</p>	
				<p>Si al dejar de hacer una intervención de enfermería, se desencadena o arriesga la vida del paciente, la omisión es moralmente reprobable y constituye una falta a:</p>	<p>Los deberes esenciales de la enfermera (o)</p> <p>El principio de no Maleficencia.</p> <p>El principio de la Responsabilidad</p> <p>La competencia de la enfermera.</p> <p>El principio de Beneficencia</p>	
				<p>Realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes terminales es evitar una muerte indolora</p>	<p>Principio de Justicia</p> <p>Principio de No Maleficencia</p>	

				para prolongar una situación agónica que, muchas veces, se acompaña de dolor. Estas acciones van en contra del:	Principio de Beneficencia Principio de Solidaridad Principio de Humanismo	
				Es deber de la enfermera fomentar una cultura de autocuidado de la salud con un enfoque de prevención del daño, propiciar un entorno seguro y libre de riesgos. Con esta norma actuamos bajo el principio de:	Principio de Autonomía. Principio de Beneficencia. Principio de Justicia Principio de Responsabilidad Principio de la No Maleficencia	
				Las reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes, excepto:	«No mate». «No cause dolor o sufrimiento a otros». «No incapacite a otros». «Privar a otros de aquello que aprecian en la vida». «Brindar una atención segura».	
			Beneficencia	Por este principio la enfermera (o) tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos de la atención, que se puede resumir en tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento, siendo así actuamos con:	Principio de Solidaridad Principio de la No Maleficencia Principio de Beneficencia. Principio de Justicia Principio de Responsabilidad	
				Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes, marque la incorrecta:	Protege y defiende los derechos de otros. Provoca el daño que pueda ocurrir a otros.	

					<p>Quita las condiciones que causarán daño a otros. Ayuda a personas con discapacidades. Fomenta el bienestar del paciente y sus padres.</p>	
				<p>Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en:</p>	<p>Maternalismo Sobreprotección Abuso de poder Paternalismo Autoritarismo</p>	
				<p>Es la obligación de hacer el bien; tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros, consiste en prevenir el daño, eliminar el daño, nos referimos a:</p>	<p>Beneficencia No Maleficencia Justicia Solidaridad Equidad</p>	
				<p>Entendiendo la dignidad humana como un valor fundamental, es acertado decir que el principio ético primordial que de él deriva es:</p>	<p>El respeto a toda forma de vida. El respeto a los mayores. El respeto a los niños y niñas. El respeto a todo ser humano. El respeto al enfermo.</p>	

Operacionalización de la Variable: Actitud de la enfermera.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores
Actitud de la Enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo.	Estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinada personas, objetos o situaciones.	Es el comportamiento de la Enfermera (o) manifestado en su componente cognitivo, afectivo y conductual frente a la familia en situación de duelo. El cual tendrá un valor final en: NEGATIVO 1 – 29 Puntos POSITIVO 30 –90 Puntos	Cognitiva	El proceso de duelo es sin duda una experiencia desagradable.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni de desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo El Cuestionario con preguntas escala Lickert consta de 18 ítems: - 6 ítems que valoran la dimensión cognitiva. (De la pregunta N° 1 a la 6). - 6 ítems que valoran la dimensión afectiva (De la pregunta N° 7 a la 12) - 6 ítems que valoran la dimensión conductual. (De la pregunta N° 13 a la 18)
				Las etapas de duelo son fácilmente diferenciables.	
				La hostilidad es una manifestación del duelo en la familia.	
				Las reacciones conductuales de la familia dependen de su creencia espiritual.	
				Los procesos administrativos que debe seguir la familia después de la pérdida de su niño son tediosas.	
				El proceso de duelo es una parte del proceso de la vida.	
			Afectiva	Mostrarme fuerte, evita el mayor contacto con la familia.	
				El contacto frecuente con la muerte me hace verla como algo natural.	

				Atender a la familia en proceso de duelo genera malestar en el profesional de enfermería.	Con un rango de 1 a 90 puntos.
				Mantiene un límite afectivo frente a la familia en situación de duelo.	
				Desearía que la situación de duelo de la familia se desvaneciera de algún modo.	
				La muerte del niño es un alivio al sufrimiento de la familia.	
			Conductual	Es dañino para la familia en proceso de duelo hablar del fallecimiento.	
				Es difícil encontrar las palabras exactas para consolar a la familia que ha perdido a un ser querido.	
				Preferiría no asistir en la fase terminal de un paciente en mi área.	
				Manifestar sensibilidad ante la familia en duelo muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de trabajo.	
				Considera necesario brindar apoyo espiritual a los familiares en duelo.	
				Considera innecesario el acompañar al médico a dar la información a los familiares sobre la muerte del paciente.	

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizará será la entrevista, ya que se levantarán los datos previa explicación personal y presencial. Los instrumentos a utilizar serán los siguientes:

Cuestionario sobre conocimientos de los principios bioéticos.

El cuestionario permitirá medir el nivel de conocimientos de los principios bioéticos, el cual ha sido generado por las investigadoras. Está dividido en datos generales del participante (edad, género, estado civil, años de servicio, modalidad de contrato, estudios post grado concluidos) y 20 preguntas sobre los conocimientos de los principios bioéticos, las cuales son preguntas tipo cerradas con alternativa múltiple. Cada pregunta con su respectiva respuesta, divididos en preguntas de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Este cuestionario lo validamos por 5 jueces de expertos, se realizó una prueba piloto con 20 enfermeros, obteniéndose una prueba de confiabilidad de Kr20 de 0.7. Los puntajes de calificación serán de 0 a 20 puntos, obteniendo como resultado los niveles de conocimientos según los puntajes: Alto, cuando el puntaje sea de 16 a 20, Medio cuando sea igual o mayor a 11 hasta 15 y Bajo cuando el puntajes sea menor a 10.

Cuestionario sobre actitud de la enfermera.

El instrumento que medirá la actitud de los enfermeros frente a la familia en situación de duelo, también ha sido elaborado por las investigadoras. Está dividida en seis preguntas para cada una de las dimensiones de la variable actitud (cognitivo, afectivo y conductual). Tiene un total de 18 ítems con respuesta de tipo Likert (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni de desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo) obteniendo como resultado una actitud en el comportamiento: Negativo, cuando el puntaje sea de 1 a 29 puntos y Positivo entre los 30 a 90 puntos.

Estos instrumentos han sido sometidos a 5 jueces expertos de diferentes especialidades (jefas de enfermería de las unidades de cuidados intensivos, jefes de servicio de las unidades de cuidados intensivos, psicólogos y docentes de ética.). Puesto que hubo recomendaciones y sugerencias, éstas han sido tomadas en cuenta realizándose el cambio respectivo. Para medir la confiabilidad del cuestionario de actitudes se aplicó el estadístico alpha de cronbach, hallando el valor de 0,75, valor aceptable.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó los trámites respectivos ante las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, con la finalidad de obtener la autorización para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Así mismo, se solicitará a los estudiantes de postgrado de enfermería el permiso y la aceptación correspondiente para participar de la investigación, informándoles el propósito del estudio respetando la confidencialidad y el anonimato para luego aplicar ambos instrumentos. El tiempo requerido para el desarrollo de ambos instrumentos por estudiante será de 15 minutos cada uno.

Procesamiento y Análisis de Datos

Posterior a la recolección de datos, éstos serán procesados mediante el programa SPSS vs 23, previa elaboración de la tabla de códigos y la tabla de matriz de datos. Se elaborarán tablas de frecuencias absolutas y porcentajes, con gráficos se barras simples y agrupadas. Para identificar la relación entre las variables se aplicará un estadístico no paramétrico que es el chi cuadrado, que nos permitirá someter a prueba las hipótesis.

Consideraciones Éticas

Para la elaboración del trabajo de investigación se solicitará formalmente el permiso y aprobación del proyecto de investigación del comité de ética de la Universidad Peruana Unión, asimismo se respetará la decisión de las estudiantes de participar en la investigación a través de su firma en el consentimiento informado, previa explicación de los procedimientos que consistirá el estudio. Además, es necesario especificar que se garantizará la confidencialidad y reserva de la identificación de los profesionales de enfermería mediante un código o ID asignado a cada uno de ellos. Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica.

Presupuesto

Al no contar con el financiamiento de ninguna organización, los gastos serán íntegramente cubiertos por los responsables de la investigación. Por tanto, se trata de una investigación autofinanciada.

Tabla 2 *Presupuesto.*

Detalles	Costo (S/)
Asesoría especializada	1 500.00
Material bibliográfico	200.00
Impresión de materiales	100.00
Materiales de escritorio	300.00
Remuneración para asistentes	200.00
Movilidad	300.00
Copias	200.00
Otros	200.00
Total presupuestado	3500.00

Referencias

- Aguirre-Gas, H., Conde-Mercado, J., Silva-Romo, R. & Sánchez-Cabrera, R. (2002). *Código de ética del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI*. México: Coordinación General de Comunicación Social del IMSS.
- Aguirre-Gas, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y cirujanos*. 72. 503 – 510. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2004/cc046m.pdf>
- Alcocer, J. (2001). La educación en el mundo globalizado. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey. *Ciencia UANL*. México. IV(4). 399 – 402.
- Arroyo, M. & el al. (1998). "Ética y Legislación en Enfermería". 1ra Edición. Editorial Interamericana. España.
- Azulay, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿Se aplican en la situación de enfermedad terminal?. *An. Med. Interna*. Madrid. 18(12). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001001200009.
- Asociación Peruana Facultades y Escuelas de Enfermería, OPS/OMS. (1999). "*Enfermería formación ética para la vida*". Lima, Perú.
- Balderas, M. (2005). "Administración de los servicios de enfermería". 4ta Edición. Editorial McGraw-Hill interamericana. México.
- Barra, E. (1998). *Psicología social*. Universidad Concepcion. Chile. Recuperado de: http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Psicologia_Social.pdf
- Barrenechea, L. (2011). *Conocimientos, actitudes y prácticas de los principios bioéticos del profesional de enfermería en el cuidado del paciente hospitalizado, del Hospital II de Vitarte Essalud*. Perú. Recuperado de: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.ph/rc_salud/article/view/173/694

- Barreto, P., Yi, P., & Soler, C. (2008). *Predictores de duelo complicado*. *Psicooncología*. 5(2-3). 383 – 400. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/openview/6a6600da0637b1f13bc20b976430b1b2/1?pq-origsite=gscholar>
- Barrera, M., Alam, R., Mammone D'Agostino, M., David, B. & Schneiderman, N. (2013). Parental Perceptions of Siblings' Grieving After a Childhood Cancer Death: A longitudinal Study. *Death Studies*. 37(1). 25-46. doi:10.1080/07481187.2012.678262. Recuperado de:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2012.678262?src=recsys&journalCode=udst20>
- Belly, P. (2004). *El shock del management: la revolución del conocimiento*. México, McGraw-Hill Interamericana.
- Bernalte, A. y Miret, M. (2005). *Manual de enfermería comunitaria*. Madrid. Libros en red. 2005. 290-291.
- Bustamante, C. (2003). *Teoría General de las Actitudes*. 1. 1–43. Recuperado de:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf?sequence=3>
- Calo, E. (2000). *"Bioética nuevos derechos y autonomía de la voluntad"*. Ediciones la Rocca. Buenos Aires, Argentina.
- Casanova, J. (2007). *Conocimiento de los principios fundamentales de la bioética en los médicos de un Hospital IV*. Universidad nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de Post grado. Tesis para optar grado académico de Magíster en Bioética. Lima, Perú. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2441/1/Casanova_sj.pdf

- Carpenito, L. (1988). *Diagnóstico de enfermería. Aplicación en la práctica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 3. Edición Revolucionaria.
- Campos-Miño, S., Sasbón, J. & Von, B. (2012). Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Medicina Intensiva*. 36(1). 3 – 10. Recuperado de:
<http://doi.org/10.1016/j.medin.2011.07.004>
- Castillo, L., Meza, E., García, S., Torres, A., Sauri, S., & Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*. 13(1). 28–31. Recuperado de:
<http://132.248.9.34/hevila/Revistadeespecialidadesmedicoquirurgicas/2008/vol13/no1/7.pdf>
- Ciencia y Salud. (2017). *Significado de Conocimiento*. Recuperado de:
<https://www.significados.com/conocimiento/>
- Chancay, M. & Villacís, A. (2012). *Conocimientos de las enfermeras sobre bioética y su aplicación en el cuidado a pacientes de emergencia del hospital general Enrique Garcés. 2012*. Ecuador. Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4749/1/T-UCE-0006-96.pdf>
- Clerici, C., Ferrar, A., Veneroni, L., Casiraghi, G., Giacon, B., Armiraglio, M. & Massimino, M. (2012). At least we can send some flowers. *Tumori*. 98(5). 46 – 48.
- Cuidado y Práctica de Enfermería. (2006). "*Grupo de Cuidado*". Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Editora Guadalupe Ltda.
- Comisión Nacional de Bioética. (2001). Código de bioética para el personal de salud. México: Secretaría de Salud.

Díaz, J. (2004). *Modelo de gestión del conocimiento (GC) aplicado a la universidad pública en el Perú*. Recuperado de:

<http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bibvirtual/monografias/Principal.asp>

Diccionario de la Lengua Española. (1981). España: Real Academia Española.

Espada, M. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer.

Psicooncología. 9(1). 25 – 40.

Feliú, M. (1995). Nuevo método del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería*. 3(4). 3.

Foster, T., Lafond, D., Reggio, C. & Hinds, P. (2010). Pediatric Palliative Care In Childhood

Cancer Nursing: From Diagnosis to Cure Or End of Life. *Seminars in Oncology*

Nursing. 26(4). 205 – 221.

Gabriel, D. (2008). Conocimiento: definición. *Revista ABC*. Recuperado de:

<https://www.definicionabc.com/ciencia/conocimiento.php>

García, V. & Rivas, E. (2013). Experiencia de Enfermeras Intensivistas pediátricas en la

Muerte de un Niño: Vivencias Duelo, Aspectos Bioéticos. *Ciencia y enfermería xix*.

19(2). 111 – 124. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

95532013000200011.

García-Tapial, J. (2000). *La importancia estratégica de la gestión del conocimiento*.

Recuperado de: <http://www.gestióndelconocimiento.com>

Gómez, P. (2003). La sociedad de la información frente a la crisis de la humanidad. *Gaz*

Antrop. 19. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G19_06

[Pedro_Gomez_Garcia.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G19_06)

- Gonzales, R. & Medina, N. (2010). Duelo, duelo Patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39(2). 375–388. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447011>
- Gutiérrez, A. (2009). *Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo o hija de forma inesperada*. Costa Rica.
- Guevara, R. (2017). *VIDA Y DUELO - Ayuda cuando muere un ser querido*. Recuperado de:
<https://psicologoricardoguevara.es.tl/ACTITUDES-FRENTE-AL-DUELO-.-.htm>
- Hopia, H., Tomlinson, P. & Paavilainen, E. (2009). Ástedt-Kurki P, Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. Blackwell Publishing Ltd. *Journal of Clinical Nursing*. 14. 212 – 222.
- Jana, A. (2008). *Elementos fundantes de la ética del cuidado y su posible aporte para la relación clínica*.
- Juárez, C., Sate, M. & Villareal, P. (2009). *Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el servicio de unidad de terapia intensiva*.
- Jung, C. & Jung, C. (2012). Revisión teórica de la Psicología Analítica. *Theoretical review of Analytical Psychology of Anuario de Psicología*. 42(3). 411 – 419. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026839003>
- Kozier, B. (2008). *Fundamentos de Enfermería*. 8ª Edición. Editorial: PRENTICE-HALL. ISBN: 9788483224076. Pág. 217-218.
- Kottow, M. (1995). *Introducción a la Bioética*. Editorial Sudamericana: Santiago de Chile.
- Lafaurie, M., Barón, L., Molina, D., Rodríguez, D., Rojas, A. & Ronzcario, M. (2013). Madres cuidadoras de niños(as) con cáncer; vivencias, percepciones y necesidades. *Revista Colombiana de Enfermería*. 5(5). 41 – 52.

- Loaiza, J., & Loya, G. (2015). *Aplicación de Principios del Profesional de Enfermería Durante la Atención Integral en el Servicio de Emergencia*. Universidad Central Del Ecuador Facultad De Ciencias Médicas Escuela Nacional De Enfermería. Carrera De Enfermería. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5126/1/T-UCE-0006-012.pdf>.
- Lolas, F. (1998). *Bioética, El Dialogo Moral en las Ciencia de la vida*. Editorial Universitaria S. A. Santiago de Chile.
- Matamoros, M. (1907). Periodista de la Revista Bohemia. Sección “Le Contesta Bohemia”. 22.
- Maza, M., Zavala, M. & Merino, J. (2008). Actitud del Profesional de Enfermería ante la Muerte de Pacientes. *Ciencia y enfermería XV*. (1). 39 – 48. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>
- Meza, G. & García, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Medico quirúrgicas*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). Realidad de la sección salud en el Perú. *Boletín informativo de Salud*.
- Núñez, I. (2004). La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. *Acimed*. 12(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *La organización creadora de conocimiento*. Oxford University Press. New York.

- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2010). Desarrollo-Humano-Papalia. México. Recuperado de: <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Pedrerros, M. & Castellanos, V. (2014). Dilemas Bioéticos de Enfermería en la Atención de Personas con Enfermedad Oncológica en Fase Terminal. X. Recuperado de: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/15540>
- Pereira, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Fmc.* 17(10). 656–663. Recuperado de: [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(10\)70267-X](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(10)70267-X)
- Polo, S., Estrada, R., Legorreta, L., Ruiz, M., Parra, R., Saavedra, M., Vargas, T., Hernández, J., Jiménez, M., Villegas, E. & Hermosa, F. (2010). Importancia de los valores para El ejercicio ético de la profesión. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México. ISBN: 978-607-482-120-8. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icea/LI_SisInfoFin/Demet_Polo/importanciavalores.pdf
- Porra, J., Díaz, I. & Cordero, G. (2001). Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería. *Hospital Pediátrico William Soler. Cuba.* Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf11201.pdf
- Quintero, G., Rodríguez. y Gonzales, M.(2014).El paciente oncológico crítico: De la hospitalización a la Unidad de Cuidados Intensivos. ¿Un derecho o un deber?. *Revista Chilena Intensiva.* Vol (29): 106-111.
- Rivero-Weber, P. (2004). Apología de la inmoralidad. Seminario “El Ejercicio Actual de la Medicina”. *División de Estudios de Postgrado e Investigación, Facultad de Medicina, UNAM.* México.

- Rosental, M. & Iudin, P. (1973). *Diccionario Filosófico*. Editora Política. La Habana.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa Nacional de Salud. *México: Secretaría de Salud*.
- Sánchez-Cabrera, R., Aguirre-Gas, H. & Conde-Mercado, J. (2014). Código de la Asociación de Medicina Interna de México. *Comité de Ética y Bioética*. Recuperado de:
<http://www.amim.org.mx> y <http://www.medicinainterna.org.mx>.
- Sánchez, P. (2013). El profesional de enfermería en las etapas del duelo. *ELSEVIER*.
Recuperado de: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/el-profesional-de-enfermeria-en-las-etapas-del-duelo/>
- Sánchez, S. & Meza, M. (1998). *Construcción de escalas para la evaluación de actitudes*. In *Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales*. 9 – 35.
Recuperado de: <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>
- Sapag – Hagar, M. (2009). Bioética al encuentro de una conciencia. *Centro Interdisciplinario de Bioética*. Chile.
- Sola, B. (2012). Actitudes psicológicas frente a la muerte y el duelo. *Revista Mexicana de Salud Mental Cronica*. Recuperado en:
<http://www.cronica.com.mx/notas/2012/703139.html>
- Torres, S. (2011). *Duelo en padres que han perdido sus hijos*. México.
- The Free Dictionary. (2003). Definición de opinión. *MMWR*. Recuperado en:
<http://es.thefreedictionary.com/opini%C3%B3n>
- Trenado, M. P. (n.d.). *Duelo: Proceso individual, proceso familiar, proceso social.*, 1–28.
Obtenido en: [http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material Duelo-magdalena.pdf](http://www.caritasvitoria.org/datos/documentos/Material%20Duelo-magdalena.pdf)

- Vassiliadis, S., Seufert, A., Back, A. & Von, G. (2000). “Competing with intellectual capital: Theoretical background”, Institute for Information Management and Institute of Management, University of St. Gallen. *Working paper*. 43.
- Vega-Vega, P., González-Rodríguez, R., Palma-Torres, C., AhumadaJarufe, E., Mandiola-Bonilla, A., Oyarzún-Díaz, C. & Rivera-Martínez, S. (2013). Desvelando el significado de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. 13(1). 81 – 91.
- Velázquez, J. (2010). “*Sentimientos y Actitudes Frente al Sufrimiento y Muerte del Niño en los Enfermeros*”. Universidad Nacional de Córdoba. Recuperado de:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/velazquez_jose.pdf
- Vera, O. (2010). Dilemas bioéticas en las Unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica de la Paz*. Bolivia.
- Vicuña, S (2015). “Aplicación de los principios Bioéticos por el Profesional de enfermería del servicio de Emergencia del hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz en el 2015”. Tesis para especialidad: Universidad Autónoma de Ica. Recuperado de:
<https://core.ac.uk/download/pdf/54244794.pdf>
- Vizcarra, A. (2012). *Factores Asociados a la Actitud del Personal de Enfermería ante la Muerte de los Pacientes en el Hospital Hipólito Unanue*. Tacna. Recuperado de:
<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Von, C. (1993). El papel de la educación en la formación de actitudes. Educación Y Derechos Humanos. *Cuaderno Para Docentes*. 20(6). 3 – 6. Recuperado de:
http://serpaj.org.uy/serpajph/educacion/articulos/educacion_formacion_actitudes.pdf
- Wierna, G. (2003). *Ética y deontología*. Argentina: Editorial universidad nacional de Salta.

Apéndice

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos (Nivel de Conocimiento)



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN ESCUELA DE POSGRADO Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Cuestionario N° 1: Nivel de Conocimientos de los Principios Bioéticos

Presentación

Buenos días Licenciada (o), somos estudiantes de la Especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión. Nos encontramos realizando un trabajo de investigación sobre Conocimientos de los Principios Bioéticos y la Actitud de la Enfermera (o) frente a la familia en situación de Duelo en los estudiantes. El estudio es para determinar los conocimientos de los principios bioéticos y la actitud de la enfermera frente a la familia en situación de duelo.

Para lo cual solicitamos su colaboración a través de respuestas sinceras y veraces. Es de carácter anónimo y confidencial, los datos serán utilizados únicamente para fines del estudio. Agradecemos anticipadamente su participación.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____ años
2. Género: a. Femenino () b. Masculino ()
3. Estado Civil:
 - a. Soltera () b. Casada () c. Divorciada () d. Viuda () e. Otro ()
4. Años de servicio: _____
5. Modalidad de Contrato:
 - a. Nombrado () b. CAS () c. Terceros ()
6. Estudios Post grado concluidos:
 - Maestría () Especialización () Diplomado ()

II. DATOS SOBRE CONOCIMIENTOS DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS:

Marcar con un aspa (x) en la respuesta que considera correcta:

1. La capacidad de decidir en forma consciente, racional y voluntaria por sí mismo, con pleno conocimiento de consecuencias, sin someterse a la influencia de los demás, corresponde al principio de:
 - a. Justicia
 - b. Temeridad
 - c. Beneficencia
 - d. Autonomía
 - e. No Maleficencia

2. Principio por el que nos basamos para repartir equitativamente y eficazmente los recursos sanitarios, en el que entran la calidad, la eficacia, la eficiencia.
 - a. Dignidad
 - b. Justicia
 - c. Honestidad
 - d. Equidad
 - e. Beneficencia

3. Principio que consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros.
 - a. Beneficencia
 - b. Autonomía
 - c. No Maleficencia
 - d. Solidaridad
 - e. Humanismo

4. La justicia, obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación. Faltamos en contra de este principio cuando:
 - a. Administramos recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables que puede excluir, a otros más necesitados.
 - b. Administramos los recursos de forma limitada de forma equitativa.
 - c. Cuidamos los recursos materiales y le damos buen uso con los pacientes recuperables.
 - d. Aplicamos medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles y evitamos el encarnizamiento terapéutico.
 - e. Administramos los recursos materiales y biomédicos con cuidado y libre de riesgos.

5. El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio, constituyendo un derecho del paciente y un deber del profesional de salud.
 - a. Justicia
 - b. Beneficencia
 - c. Autonomía
 - d. Honestidad
 - e. Solidaridad

6. Para realizar exámenes que impliquen riesgo para el paciente se debe pedir autorización:
 - a. Del paciente.
 - b. Del paciente o sus familiares en caso de éste no poder decidir.
 - c. De la junta médica.
 - d. No es necesario pedir autorización.
 - e. Del médico jefe.

7. Por este principio la enfermera (o) tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos de la atención, que se puede resumir en tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento, siendo así actuamos con:
 - a. Principio de Solidaridad
 - b. Principio de la No Maleficencia
 - c. Principio de Beneficencia.
 - d. Principio de Justicia
 - e. Principio de Responsabilidad

8. Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes, marque la incorrecta:
 - a. Protege y defiende los derechos de otros.
 - b. Provoca el daño que pueda ocurrir a otros.
 - c. Quita las condiciones que causarán daño a otros.
 - d. Ayuda a personas con discapacidades.
 - e. Fomenta el bienestar del paciente y sus padres.

9. El principio de autonomía implica ciertos aspectos, excepto:
 - a. No aceptar el tratamiento.
 - b. Respetar las decisiones que la familia tome respecto a la salud de su paciente.
 - c. Rechazar ciertas prácticas de aprendizaje
 - d. Abandonar el hospital para morir en casa.
 - e. No considerar las preferencias y los valores del paciente como primordiales.

10. Es deber de la enfermera, vigilar que la tecnología empleada y los avances científicos aplicados sean compatibles con:
 - a. Los intereses de la ciencia y de la sociedad.
 - b. La seguridad, dignidad y los derechos de las personas.
 - c. La particularidad de cada paciente y el de sus padres.
 - d. El bien de la humanidad.
 - e. El diagnóstico pronto y oportuno.

11. Principio que conlleva un reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas, poniendo su acento en el respeto a la voluntad del paciente.
 - a. Justicia
 - b. Beneficencia
 - c. Autonomía
 - d. Honestidad
 - e. Solidaridad

12. Entendiendo la dignidad humana como un valor fundamental, es acertado decir que el principio ético primordial que de él deriva es:
- El respeto a toda forma de vida.
 - El respeto a los mayores.
 - El respeto a los niños y niñas.
 - El respeto a todo ser humano.
 - El respeto al enfermo.
13. La justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. La justicia se produce cuando:
- Se le brinda a una persona el bien al que tiene derecho.
 - La distribución de recursos y materiales es parcial y desigual.
 - Se prolonga la vida del niño produciendo desgaste de recursos y materiales.
 - Se prolonga la vida del niño produciendo desgaste de la familia.
 - Se brinda a algunas personas, lo que se merecen de forma igualitaria.
14. El paciente terminal tiene derecho a todos estos enunciados, excepto:
- A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.
 - A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas, o heroicas para sostener sus funciones vitales.
 - A disponer de ayuda para él y su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.
 - A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta.
 - A no tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.
15. Es la obligación de hacer el bien; tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros, consiste en prevenir el daño, eliminar el daño, nos referimos a:
- Beneficencia
 - No Maleficencia
 - Justicia
 - Solidaridad
 - Equidad
16. Si al dejar de hacer una intervención de enfermería, se desencadena o arriesga la vida del paciente, la omisión es moralmente reprobable y constituye una falta a:
- Los deberes esenciales de la enfermera (o)
 - El principio de no Maleficencia.
 - El principio de la Responsabilidad
 - La competencia de la enfermera.
 - El principio de Beneficencia

17. Realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes terminales es evitar una muerte indolora para prolongar una situación agónica que, muchas veces, se acompaña de dolor. Estas acciones van en contra del:
- Principio de Justicia
 - Principio de No Maleficencia
 - Principio de Beneficencia
 - Principio de Solidaridad
 - Principio de Humanismo
18. Es deber de la enfermera fomentar una cultura de autocuidado de la salud con un enfoque de prevención del daño, propiciar un entorno seguro y libre de riesgos. Con esta norma actuamos bajo el principio de:
- Principio de Autonomía.
 - Principio de Beneficencia.
 - Principio de Justicia
 - Principio de Responsabilidad
 - Principio de la No Maleficencia
19. Las reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes, excepto:
- «No mate».
 - «No cause dolor o sufrimiento a otros».
 - «No incapacite a otros».
 - «Privar a otros de aquello que aprecian en la vida».
 - «Brindar una atención segura».
20. Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en:
- Maternalismo
 - Sobreprotección
 - Abuso de poder
 - Paternalismo
 - Autoritarismo

Apéndice B: Instrumentos de recolección de datos (Actitud de las enfermeras)



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Una Institución Adventista

Cuestionario N°2: ACTITUD DE LAS ENFERMERAS FRENTE A LA FAMILIA EN SITUACIÓN DE DUELO

COGNITIVO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni de desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
El proceso de duelo es sin duda una experiencia desagradable.					
Las etapas de duelo son fácilmente diferenciables.					
La hostilidad es una manifestación del duelo en la familia.					
Las reacciones conductuales de la familia dependen de su creencia espiritual.					
Los procesos administrativos que debe seguir la familia después de la pérdida de su niño son tediosas.					
El proceso de duelo es una parte del proceso de la vida.					

AFECTIVO	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni de desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Mostrarme fuerte, evita el mayor contacto con la familia.					
El contacto frecuente con la muerte me hace verla como algo natural.					
Atender a la familia en proceso de duelo genera malestar en el profesional de enfermería.					
Mantiene un límite afectivo frente a la familia en situación de duelo.					
Desearía que la situación de duelo de la familia se desvaneciera de algún modo					
La muerte del niño es un alivio al sufrimiento de la familia.					

CONDUCTUAL	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni de desacuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es dañino para la familia en proceso de duelo hablar del fallecimiento.					
Es difícil encontrar las palabras exactas para consolar a la familia que ha perdido a un ser querido.					
Preferiría no asistir en la fase terminal de un paciente en mi área.					
Manifestar sensibilidad ante la familia en duelo muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de trabajo.					
Es necesario brindar apoyo espiritual a los familiares en duelo.					
Es innecesario el acompañar al médico a dar la información a los familiares sobre la muerte del paciente.					

Muchas Gracias.

Apéndice C: Validez de los instrumentos

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

	N° JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	0	1	1	1	0.035
3	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	0.004

Leyenda: Sí = 1 No = 0

$P < 0.05$ La concordancia es significativa

Apéndice D: Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos)

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: CONOCIMIENTOS

Para determinar la confiabilidad del instrumento sobre conocimientos de principios bioéticos, se procedió a aplicar la prueba estadística Kuder Richardson.

$$K_{r20} = \frac{k}{k - 1} \frac{[1 - \sum p \cdot q]}{Sx^2}$$

Dónde:

k: N° de preguntas o items.

Sx^2 : Varianza de la prueba.

p: Proporción de éxito, donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q: Proporción donde no se identifica al atributo.

$$K_{r20} = \frac{20}{20 - 1} \frac{[1 - 3.96]}{11.88}$$

$$K_{r20} = 0.7011$$

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: ACTITUD

Para determinar la confiabilidad del instrumento sobre Actitud de la Enfermera frente a la familia en situación de duelo, se utilizó la prueba de coeficiente de Alfa de Cronbach.

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	20	100,0
Casos Excluidos	0	,0
Total	20	100,0

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	18

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=A1 A2 A3 A4 A5 A6 A7 A8 A9 A10 A11 A12 A13
A14 A15 A16 A17 A18
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /STATISTICS=CORR
  /SUMMARY=CORR.
```

Este coeficiente nos indica que entre más cerca de 1 esté α , más alto es el grado de confiabilidad, en este caso, el resultado nos da un valor de 0,716, por lo que podemos decir que este instrumento empleado tiene un grado de confiabilidad aceptable.

Apéndice F: Consentimiento informado



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

Consentimiento Informado

Buenos días Licenciada (o), somos estudiantes de la Especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruana Unión. Nos encontramos realizando un trabajo de investigación sobre:

“Conocimientos sobre los Principios Bioéticos y la Actitud del profesional de enfermería frente a la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados intensivos Pediátricos de la Universidad Peruano Unión, 2017.”

Propósito y procedimientos:

El objetivo de este estudio es: Determinar el nivel de conocimientos de los principios bioéticos y la actitud de la enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo. Este proyecto está siendo realizado por las Licenciadas: León Paima, Yvis Roxana; Loarte López, Rosa Isabel y Vega Chávez, Rossmery; bajo la supervisión de la Dra. Mayela Cajachagua Castro. Para optar el grado de Enfermera Especialista en Cuidados Intensivos Pediátricos.

Los cuestionarios medirán el conocimiento de los principios bioéticos y la Actitud en el comportamiento de la enfermera frente a la familia en situación de duelo, cada uno tiene un tiempo de duración de aproximadamente 15 minutos cada uno.

El cuestionario sobre el nivel de conocimiento de los principios bioéticos está dividido en datos generales del participante (edad, género, estado civil, años de servicio, modalidad de contrato, estudios post grado concluidos) y 20 preguntas sobre el nivel de conocimiento de tipo cerradas con alternativa múltiple, divididos en preguntas de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia, el puntaje de calificación será de 0 a 20.

El cuestionario sobre la actitud en el comportamiento de la enfermera frente a la familia en situación de duelo está dividida en seis preguntas para cada una de las actitudes (cognitivo, afectivo y conductual) siendo un total de 18 ítems con respuesta de tipo Likert (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni de desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo). La información obtenida será usada de forma anónima.

Riesgos del estudio

Usted no estará expuesto(a) a ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación.

Beneficios del estudio

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Además, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con la investigación.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente **voluntaria y anónima**. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de represalia.

Confidencialidad

Se guardará toda información que Ud. decida brindar con códigos y no con sus nombres. Solamente el investigador tendrá acceso a esos códigos. Si los resultados del estudio fueran a publicarse, no se mostrará ninguna información que permita su identificación, los datos serán utilizados solo y exclusivamente para este estudio y serán desechados al término del estudio.

Preguntas e información

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si tuviera alguna duda o pregunta puede contactarse con:

Hospitalización Cirugía Pediátrica del INSN-SB Teléfonos 2300600 anexo 5604

Lic. Yvis Roxana León Paima

997623945

Correo: livius_@hotmail.com

Lic. Rosa Isabel Loarte López

943409102

Correo: isabel.loarte@hotmail.com

Lic. Rossmery Vega Chávez

979784977

Correo: rossm7vch@hotmail.com

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en mi labor profesional. Además se me entregará una copia de este documento.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

Nombre completo del participante _____

Firma del participante _____

DNI del participante _____ Fecha _____

Nombre completo del investigador _____

Firma del investigador _____

DNI del investigador _____ Fecha _____

cc: Participante

Apéndice G: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo General	Objetivos Específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Población y Muestra	Escala de Medición
¿Cuál es la relación que existe entre los conocimientos de los Principios Bioéticos y la Actitud de la Enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo en los estudiantes de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Peruano Unión, 2017?	Determinar la relación que existe entre los conocimientos de los Principios Bioéticos y la actitud de la Enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo en los estudiantes de la Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos de la Universidad Peruano Unión 2017.	Identificar la relación entre conocimientos de los principios bioéticos y el componente cognitivo de la actitud de la enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo. Identificar la relación entre conocimientos de los principios bioéticos y el componente afectivo de la actitud de la enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo.	Conocimientos de los principios bioéticos.	Autonomía	1. La capacidad de decidir en forma consciente, racional y voluntaria por sí mismo, con pleno conocimiento de consecuencias, sin someterse a la influencia de los demás, corresponde al principio de:	Justicia Temeridad Beneficencia Autonomía No Maleficencia	Población: 92 estudiantes de la especialidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Muestra: serán de 92 estudiantes seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión. Método de muestreo: No Probabilístico Diseño y Tipo Diseño No experimental Tipo descriptivo transversal cuantitativo.	Alto (16 >20) Medio (>=11 – 15) Bajo (< =10)
					2. El consentimiento informado es la máxima expresión de este principio, constituyendo un derecho del paciente y un deber del profesional de salud.	Justicia Beneficencia Autonomía Honestidad Solidaridad		
					3. Para realizar exámenes que impliquen riesgo para el paciente se debe pedir autorización:	a. Del paciente. b. Del paciente o sus familiares en caso de éste no poder decidir. De la junta médica.		

		Identificar la relación entre conocimientos de los principios bioéticos y el componente conductual de la actitud de la enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo.				No es necesario pedir autorización. Del médico jefe		
					El principio de autonomía implica ciertos aspectos, excepto:	No aceptar el tratamiento. Respetar las decisiones que la familia tome respecto a la salud de su paciente. Rechazar ciertas prácticas de aprendizaje Abandonar el hospital para morir en casa. No considerar las preferencias y los valores del paciente como primordiales.		
					Principio que conlleva un reconocimiento explícito de la igual dignidad de las personas, poniendo su acento en el respeto a la voluntad del paciente	Justicia Beneficencia Autonomía Honestidad Solidaridad		

				Justicia	Principio por el que nos basamos para repartir equitativamente y eficazmente los recursos sanitarios, en el que entran la calidad, la eficacia, la eficiencia.	Dignidad Justicia Honestidad Equidad Beneficencia		
					Es deber de la enfermera, vigilar que la tecnología empleada y los avances científicos aplicados sean compatibles con:	Los intereses de la ciencia y de la sociedad. La seguridad, dignidad y los derechos de las personas. La particularidad de cada paciente y el de sus padres. El bien de la humanidad. El diagnóstico pronto y oportuno.		
					La justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. La justicia se produce cuando:	Se le brinda a una persona el bien al que tiene derecho. La distribución de recursos y materiales es parcial y desigual. Se prolonga la vida del niño		

					<p>produciendo desgaste de recursos y materiales. Se prolonga la vida del niño produciendo desgaste de la familia. Se brinda a algunas personas, lo que se merecen de forma igualitaria.</p>		
				<p>La justicia, obliga a proporcionar a todos los enfermos las mismas oportunidades en el orden de lo social, sin discriminación, segregación o marginación. Faltamos en contra de este principio cuando:</p>	<p>Administramos recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables que puede excluir, a otros más necesitados. Administramos los recursos de forma limitada de forma equitativa. Cuidamos los recursos materiales y le damos buen uso con los pacientes recuperables.</p>		

						<p>Aplicamos medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles y evitamos el encarnizamiento o terapéutico. Administramos los recursos materiales y biomédicos con cuidado y libre de riesgos.</p>		
					<p>El paciente terminal tiene derecho a todos estos enunciados, excepto:</p>	<p>A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen. A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas, o heroicas para sostener sus funciones vitales.</p>		

						<p>A disponer de ayuda para él y su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir.</p> <p>A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta.</p> <p>A no tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.</p>		
				No Maleficencia	Principio que consiste en abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros.	<p>Beneficencia</p> <p>Autonomía</p> <p>No Maleficencia</p> <p>Solidaridad</p> <p>Humanismo</p>		
					Si al dejar de hacer una intervención de enfermería, se	Los deberes esenciales de la enfermera (o)		

					<p>desencadena o arriesga la vida del paciente, la omisión es moralmente reprochable y constituye una falta a:</p>	<p>El principio de no Maleficencia. El principio de la Responsabilidad La competencia de la enfermera. El principio de Beneficencia</p>		
					<p>Realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar en pacientes terminales es evitar una muerte indolora para prolongar una situación agónica que, muchas veces, se acompaña de dolor. Estas acciones van en contra de:</p>	<p>Principio de Justicia Principio de No Maleficencia Principio de Beneficencia Principio de Solidaridad Principio de Humanismo</p>		
					<p>Es deber de la enfermera fomentar una cultura de autocuidado de la salud con un enfoque de prevención del daño, propiciar un entorno seguro y libre de riesgos.</p>	<p>Principio de Autonomía. Principio de Beneficencia. Principio de Justicia Principio de Responsabilidad</p>		

					Con esta norma actuamos bajo el principio de:	Principio de la No Maleficencia		
					Las reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes, excepto:	«No mate». «No cause dolor o sufrimiento a otros». «No incapacite a otros». «Privar a otros de aquello que aprecian en la vida». «Brindar una atención segura».		
				Beneficencia	Por este principio la enfermera (o) tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos de la atención, que se puede resumir en tratar lo mejor posible al paciente restaurando su salud, preservando su vida y aliviando su sufrimiento, siendo así actuamos con:	Principio de Solidaridad Principio de la No Maleficencia Principio de Beneficencia. Principio de Justicia Principio de Responsabilidad		
					Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes,	Protege y defiende los derechos de otros.		

					<p>marque la incorrecta:</p>	<p>Provoca el daño que pueda ocurrir a otros. Quita las condiciones que causarán daño a otros. Ayuda a personas con discapacidades. Fomenta el bienestar del paciente y sus padres.</p>		
					<p>Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en:</p>	<p>Maternalismo Sobreprotección Abuso de poder Paternalismo Autoritarismo</p>		
					<p>Es la obligación de hacer el bien; tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros, consiste en prevenir el daño, eliminar el daño, nos referimos a:</p>	<p>Beneficencia No Maleficencia Justicia Solidaridad Equidad</p>		
					<p>Entendiendo la dignidad humana como un valor fundamental, es acertado decir que el principio ético primordial</p>	<p>El respeto a toda forma de vida. El respeto a los mayores. El respeto a los niños y niñas.</p>		

					que de él deriva es:	El respeto a todo ser humano. El respeto al enfermo.		
			Actitud de la Enfermera (o) frente a la familia en situación de duelo.	Cognitiva	1. El proceso de duelo es sin duda una experiencia desagradable.	Totalmente de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni de desacuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo		NEGATIVO O 1 – 29 Puntos POSITIVO 30 – 90 Puntos
					2. Las etapas de duelo son fácilmente diferenciables.			
					3. La hostilidad es una manifestación del duelo en la familia.			
					4. Las reacciones conductuales de la familia dependen de su creencia espiritual.			
					5. Los procesos administrativos que debe seguir la familia después de la pérdida de su niño son tediosas.			
					6. El proceso de duelo es una parte del proceso de la vida.			
				Afectiva	7. Mostrarme fuerte, evita el mayor contacto con la familia	El Cuestionario con preguntas escala Lickert consta de 18 ítems: - 6 ítems que valoran la dimensión cognitiva. (De la pregunta N° 1 a la 6). - 6 ítems que valoran la dimensión afectiva (De la pregunta N° 7 a la 12) . - 6 ítems que valoran la dimensión conductual. (De la pregunta N° 13 a la 18)		

					8. El contacto frecuente con la muerte me hace verla como algo natural.	Con un rango de 1 a 90 puntos. Obteniendo como resultados una actitud: NEGATIVO (1 – 29 Puntos) POSITIVO (30 – 90 Puntos)		
					9. Atender a la familia en proceso de duelo genera malestar en el profesional de enfermería.			
					10. Mantiene un límite afectivo frente a la familia en situación de duelo.			
					11. Desearía que la situación de duelo de la familia se desvaneciera de algún modo.			
					12. La muerte del niño es un alivio al sufrimiento de la familia.			
				Conductual	13. Es dañino para la familia en proceso de duelo hablar del fallecimiento.			
					14. Es difícil encontrar las palabras exactas para consolar a la familia que ha perdido a un ser querido.			

					15. Preferiría no asistir en la fase terminal de un paciente en mi área.			
					16. Manifestar sensibilidad ante la familia en duelo muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de trabajo.			
					17. Considera necesario brindar apoyo espiritual a los familiares en duelo.			
					18. Considera innecesario el acompañar al médico a dar la información a los familiares sobre la muerte del paciente.			

Apéndice H: Carta de presentación del docente-asesor



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud

“Año del buen servicio al ciudadano”

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL DOCENTE-ASESOR

En mi calidad de docente-asesor del trabajo de investigación titulado **“Conocimientos sobre los Principios Bioéticos y la Actitud del profesional de enfermería frente a la familia en situación de duelo en los estudiantes de la especialidad de Cuidados intensivos Pediátricos de la Universidad Peruano Unión, 2017”**, presento a las autoras del proyecto de investigación ***León Paima, Yvis Roxana; Loarte López, Rosa Isabel y Vega Chávez, Rossmery*** estudiantes de la Especialidad de UCI pediátrica de la UPG Ciencias de la Salud, Escuela de Pos Grado de la Universidad Peruana Unión. El proyecto cumple con los requisitos que la UPG y las normas de elaboración de trabajos de investigación indican.

Lima, 27 de julio de 2017

Dra. Mayela Cajachagua Castro
Docente UPG Ciencias de la Salud