

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016

Por:

Jhonatan Glen Limachi Mamani

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Juliaca, mayo de 2017

Estilo APA

Limachi Mamani, J. G. (2017). *Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016*. Universidad Peruana Unión, Juliaca.

Estilo Vancouver

1. Limachi Mamani JG. Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2017.

Estilo Turabian

Limachi Mamani, Jhonatan Glen. «Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016.» Universidad Peruana Unión, Juliaca, 2017.

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

TEF	Limachi Mamani, Jhonatan Glen
2	Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la
L64	Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016 / Autor: Jhonatan Glen Limachi Mamani;
2017	Asesor: Mg. Delia Luz León Castro. -- Juliaca, 2017. 100 páginas: Anexos, figuras, tablas
	Tesis (Licenciatura) -- Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017. Incluye referencias y resumen. Campo del conocimiento: Enfermería.
	1. Actitud. 2. Muerte. 3. Paciente terminal. 4. Enfermería.

CDD 610.736 1

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Mg. Delia Luz León Castro, de la Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Efectividad del Programa "Cuidando para dar esperanza" para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016" constituye la memoria que presenta el Bachiller Jhonatan Glen Limachi Mamani para aspirar al título de Profesional de Licenciado en Enfermería, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca, a los 17 días del mes de agosto del año 2017.


Mg. Delia Luz León Castro

Efectividad del Programa "Cuidando para dar esperanza" para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca – 2016

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

JURADO CALIFICADOR


Lic. Daissy Marlene Calisaya Sana
Presidente


Mg. Germán Mamani Cachicatari
Secretario


Lic. Ruth Yenny Chura Muñico
Vocal


Lic. Martha Rocio Vargas Yucra
Vocal


Mg. Delia Luz León Castro
Asesor

Juliaca, 29 de mayo del 2017

DEDICATORIA

A mi Dios, por renovar mis fuerzas día a día, por cerrar la puertas que tenían que cerrarse y abrir las que tenían que abrirse, por mostrarme día a día que el tiene la última palabra, que ninguna situación escapa de sus manos y dotarme de tantos recursos para poder salir adelante y realizar este proyecto de investigación. A mi Madre Aurelia que con su paciencia, regaño, amor, cariño, cuidado, consejo y oración apresuró en gran manera e hizo posible el desarrollo de este trabajo.

¡Gracias mamá!

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Unión, que me acogió en sus aulas; lugar donde me formé y llegué a ser el profesional que soy. Mi alma máter por haberme dado el honor de realizar mi trabajo de investigación en mi propia casa de estudio.

A la Escuela Profesional de Enfermería a las docentes, quienes compartieron conmigo su conocimiento y su esencia de enfermería.

A mi asesora la Mg. Delia León Castro por su apoyo y competencia profesional como enfermera e investigadora.

A mi asesor estadístico por sus consejos, sugerencia, exigencia y su competencia profesional como estadista.

De manera especial a los alumnos del tercer año de enfermería por su consideración y colaboración en este trabajo de investigación; que Dios los colme de bendiciones y los dote de su espíritu para poder acabar con nuestra misión.

Tabla de contenido

Índice de Tablas	ix
Índice de anexos	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
CAPÍTULO I	15
El Problema.....	15
1. Planteamiento del Problema de Investigación.....	15
1.1. Formulación del problema	19
1.1.1. Problema general	19
2. Justificación del problema	19
3. Objetivos de la investigación	20
3.1. Objetivo general.....	20
3.2. Objetivos específicos	20
CAPÍTULO II	21
Marco Teórico	21
1. Antecedentes de la investigación	21
2. Marco bíblico filosófico	24
3. Marco conceptual	25
3.1. La actitud.....	25
3.1.1. El componente cognitivo:	26
3.1.2. El componente afectivo:	27
3.1.3. El componente conductual:	28
4. Modelo teórico de enfermería.....	34
5. Definición de términos	35
CAPÍTULO III	36
Materiales y métodos	36
1. Metodología de la investigación	36
2. Formulación de la hipótesis.....	37
2.1. Hipótesis General	37

2.2.	Hipótesis Específica.....	37
3.	Variables de la investigación	37
3.1.	Identificación de las variables	37
3.2.	Operacionalización de las variables	37
4.	Delimitación geográfica y temporal.....	41
5.	Población y muestra	41
6.	Instrumento de recolección.....	41
7.	Recolección y procesamiento de datos	43
8.	Consideraciones Éticas	44
	CAPÍTULO IV	45
	Resultado y discusión	45
1.	Presentación de resultados	45
2.	Discusión	57
	CAPÍTULO V	61
	Conclusiones y recomendaciones.....	61
1.	Conclusiones	61
2.	Recomendaciones.....	62
	Bibliografía	63
	ANEXOS	67

Índice de Tablas

Tabla 1

Nivel de actitud de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal. Antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”45

Tabla 2

Comparativo entre puntajes de actitudes frente al paciente terminal, antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.....46

Tabla 3

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016.....47

Tabla 4

Nivel de actitud de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal en la dimensión cognitiva, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza” ...48

Tabla 5

Comparativo entre puntajes de la dimensión cognitiva, antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.....49

Tabla 6

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión cognitivo, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016.....50

Tabla 7

Nivel de actitud en la dimensión afectiva de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad Peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.....51

Tabla 8

Comparativo entre puntajes de la dimensión afectiva. Antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.....52

Tabla 9

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión afectiva, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016.....53

Tabla 10

Nivel de actitud en la dimensión conductual de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad peruana Unión – filial Juliaca, frente al paciente terminal, Antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.....54

Tabla 11

Comparativo entre puntajes de la dimensión conductual. Antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.....55

Tabla 12

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión conductual, antes y después de la aplicación del programa

educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeUfilial Juliaca -2016.....56

Índice de anexos

Anexo A. Confiabilidad del instrumento.....	67
Anexo B. Consentimiento Informado.....	68
Anexo C. Solicitud para ejecución de la investigación	69
Anexo D. Instrumento para medir la actitud	70
Anexo E. Programa “Cuidando para dar Esperanza”	71

RESUMEN

Objetivo: Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016. **Metodología:** estudio de tipo pre-experimental con una muestra de 21 alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca; la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento, el cuestionario que evaluó el nivel de actitud de los estudiantes ante el paciente terminal, la recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de Mayo y Junio del 2016. La intervención se realizó con 8 sesiones educativas, un pre-test y post-test. **Los resultados** después de la ejecución del programa, fueron sometidos a la prueba T Student pareado a los puntajes del pre y post test de la intervención con el programa educativa, el cual nos permite demostrar que existen diferencias significativas entre ambos puntajes, debido a que la significancia fue de 0.000, es decir, la intervención educativa fue eficaz en la mejora de la actitud de los estudiantes frente al paciente terminal. **Conclusines:** El programa “Ayudando para dar esperanza” de enfermería fue eficaz ya que se produjo un incremento significativo en las actitudes, así como en las dimensiones Cognitiva y Afectiva, mas no se evidenció efectividad en la dimensión conductual, de los estudiantes de enfermería del tercer año de la Universidad Peruana Unión, después de la intervención educativa.

Palabras clave: Actitud, muerte, paciente terminal, enfermería.

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of the educational program "Caring for Giving Hope" to improve attitudes towards the terminal patient in the third year students of the E.P. Nursing Peruvian Union University Filial Juliaca – 2016.

Methodology: study pre-experimental with a sample of 21 students in the third year of the E.P. Nursing Peruvian Union University Filial Juliaca; the technique that was used for data collection was the survey and as a tool, the questionnaire assessed the level of student attitudes to the terminal patient data collection was carried out between the months of May and June 2016 . The operation was performed with 8 educational sessions, a pre-test and post-test. **The results** after the execution of the program, were subjected to the test T Student's paired with the scores of pre and post test intervention with the educational program, which allows us to demonstrate that there are significant differences between the scores, because the significance was 0,000, ie, the educational intervention was effective in improving the attitude of students in front of the terminal patient. **Conclusines:** The "Helping to give hope" nursing was effective because there was a significant increase in the attitudes of nursing students in the third year of the Peruvian University Union after the educational intervention.

Key words: Attitude, death, terminal patient, nursing.

CAPÍTULO I

El Problema

1. Planteamiento del Problema de Investigación

La muerte es un proceso natural que llega en cualquier etapa de la vida, puede producirse de diversas maneras, pero la determinación de un diagnóstico acerca de una enfermedad terminal no determina la muerte inmediata de la persona, sino una oportunidad única de poder terminar de hacer todo lo que se dejó pendiente entre otras cosas (Coyle y Ferrel, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), menciona que las enfermedades no transmisibles ocasionaron más del 68% de las defunciones a nivel mundial, produciendo un incremento a comparación con el año 2000 que registro un 60% de defunciones. Dentro de ellas, las cuatro principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas.

Las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y relacionadas con la nutrición causaron un 23% de defunciones en el mundo, y los traumatismos un 9% (OMS, 2012).

En el año 2012 un 17,5 millones de defunciones fueron ocasionadas por las enfermedades cardiovasculares. De estas, 7.4 millones fueron ocasionadas por cardiopatías isquémicas, y 6.7 millones, a los accidentes cerebrovasculares (OMS, 2012).

De cada 10 defunciones 7 suceden en personas de 70 años de edad o más en los países desarrollados. Las personas mueren principalmente de enfermedades crónicas, es decir, enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabetes. Los problemas de infecciones de las vías respiratorias bajas son la única causa infecciosa de defunción. Únicamente 1 de 100 muertes se produce en niños menores de 15 años (OMS, 2012).

Situación contraria en los países en vías de desarrollo donde 4 de 10 defunciones suceden en niños menores de 15 años, solo 2 de cada 10 muertes corresponden a personas de 70 años de edad o más. La causa principal de muerte son las enfermedades infecciosas: en conjunto, las infecciones de las vías respiratorias bajas, la infección por el VIH/sida, la tuberculosis causan casi una tercera parte de las muertes en esos países. Las complicaciones del parto, la asfixia y los traumatismos forman parte de las causas principales de defunción de muchos recién nacidos y menores de 1 año (OMS, 2012).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) indican que la mayor causa de muerte son producidas por las enfermedades neoplásicas obteniendo un total de 20,1% de casos en el año 2014, siendo la siguiente causa de muerte en el Perú la influenza (gripe) y neumonía con 13,8% de casos registrados, otras causas externas de traumatismos accidentales 5,9% de casos, otras enfermedades bacteriana 7,5% de casos, enfermedades isquémicas del corazón 4,7% de casos, enfermedades del hígado 3,8% (MINSA, 2014).

Todo ser humano es afectado por el dolor y el sufrimiento. Los traumas físicos, mentales y emocionales son universales. La Santa Biblia enseña a los cristianos que no deben desesperarse en las aflicciones, alentando a que aprendan a obedecer, a ser pacientes, y a sobrellevar los problemas. La Santa Biblia también testifica del poder vencedor de Jesucristo, e instruye que el ministerio a favor del dolor humano es un importante deber del cristiano. Esta fue la enseñanza y el ejemplo que Jesús mostró, y ésta es su voluntad para sus hijos. Los hijos de Dios esperan un nuevo día cuando Dios pondrá fin al sufrimiento y dolor para siempre (Conferencia General de los Adventistas del Séptimo Día, 1992).

Una persona que se está muy cerca al final de su vida, tiene la capacidad de entender, tiene el derecho de conocer la verdad acerca de su condición, los posibles tratamientos, y posibles resultados. La verdad debe ser compartida con amor cristiano y sensibilidad, teniendo en consideración las circunstancias personales y culturales de la persona (Conferencia General de los Adventistas del Séptimo Día, 1992).

El acercamiento de la muerte hace surgir en la persona cuidadora ciertas actitudes que pueden provocar reacciones afectivas de manera positiva o negativa, y estos a su vez pueden encerrar sentimientos positivos y favorables o Negativos y dolorosos. (Triandis, citado en García, Fernandez, Rodriguez, & Rosa, 2012).

Entendemos que una actitud es una idea cargada de emotividad que predispone a una clase de acciones respecto a una clase particular de situaciones sociales (Triandis, citado en García, Fernandez, Rodriguez, & Rosa, 2012).

En tal sentido, el tratamiento que reciben las personas en etapa terminal es paliativo, para ayudarlo a llegar al momento final de la vida en las mejores condiciones posibles.

Bayés (2000) expresa que el objetivo de la medicina del siglo XXI no debe limitarse a evitar o curar la enfermedad, sino que ambos objetivos son de igual importancia: evitar la muerte, pero cuando la enfermedad, a pesar de los esfuerzos, llegue, brindar la mejor calidad de vida para que los pacientes mueran en paz.

Los estudiantes de enfermería no son ajenos a los efectos que producen sobre ellos el estar en contacto con este tipo de pacientes. Las actitudes personales manifestadas hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta, como el dolor, la pena o el sufrimiento, pueden condicionar la forma en que estos futuros profesionales de la salud afrontan la muerte y el trato que dispensan a los enfermos en situación terminal y a sus familiares. En tal sentido, el personal, que ha de enfrentarse de manera directa y frecuente a la muerte y la agonía ajena, padecen en variable grado, ansiedad e intranquilidad emocional, que puede verse reflejada en una inadecuada atención; por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, al afrontar sus propios miedos ante la muerte (Tomás & Guix, 2001).

Relacionado a ellos está el desarrollo de la formación académica con un déficit en la actitud de los estudiantes de enfermería para la atención del paciente terminal durante los años de estudio, en un estudio realizado acerca de la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 100% (50), 42% (21) tiene una actitud de indiferencia, 32% (16) de aceptación y el 26% (13) de rechazo. Siendo esta prueba de una debilidad en la formación académica en cuanto a actitudes ante pacientes terminales (Flores, 2013).

La Universidad Peruana Unión considera una filosofía bíblica dentro de la formación académica donde insta a ayudar al prójimo de manera incondicional, siendo motivo de observación al presentarse situaciones de ausencia de esta formación en los lugares de prácticas de indiferencia sobre los pacientes terminales. (Universidad Peruana Unión, 2016)

Como se sostuvo anteriormente, es relevante que, para brindar una adecuada atención al paciente en etapa terminal, la formación de estudiantes de enfermería en los temas vinculados a la muerte y cuidados paliativos, mejorará la actitud en la atención. Un avance para la mejora en el proceso de formación de los alumnos de enfermería, es conocer sus propias actitudes con respecto a sí mismos y hacia los demás pacientes en el tema de la muerte.

De acuerdo a lo sostenido anteriormente no es un asunto sin importancia el mejorar la preparación académica más aún la actitud del estudiante de enfermería, en los aspectos relacionados a la muerte, pacientes terminales ya que la esencia de la carrera es el cuidado.

Frente a esta situación surgen diversas interrogantes ¿estarán capacitados actitudinalmente los alumnos de enfermería para atender a un paciente terminal?,

¿En qué medida favorece la ejecución del programa “Cuidando para dar esperanza”? entre otras.

1.1. Formulación del problema

1.1.1. Problema general

¿Es eficaz el programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016?

2. Justificación del problema

El siguiente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Por su relevancia teórica, porque permitirá al futuro profesional de enfermería conocer las acciones a seguir frente al paciente terminal tomando en cuenta las necesidades del paciente para lograr efectividad en los procesos de cuidado. También se podrá utilizar dichos resultados como antecedentes para futuros estudios que se hagan con respecto a la mejora de la formación académica en las diferentes áreas como asistencial y comunitario de los estudiantes de enfermería de diversas casas de estudio. Así mismo, se presentará información actualizada, sistematizada sobre el paciente terminal.

Por su relevancia metodológica, debido a que presenta la aplicación de un programa educativo que se llevará a cabo para contribuir en la mejora de actitudes frente al paciente terminal. Se pondrá a disposición un cuestionario sobre actitudes previamente validado y confiable.

Por su relevancia social y práctica, ya que se beneficiarán los alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería en adquirir nuevos conocimientos y podrán modificar actitudes y podrán brindar una mejor calidad de atención al paciente terminal y a la familia.

Finalmente este estudio se justifica por ser una aporte a las líneas de investigación desarrollado por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión: educación, formación, capacitación, desarrollo profesional y por la oportunidad que posee el investigador de compartir los resultados de sus hallazgos con todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016

3.2. Objetivos específicos

Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes en su dimensión cognitivo en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca.

Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes en su dimensión afectivo en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca.

Determinar la efectividad del programa educativo “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes en su dimensión conductual en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la investigación

A nivel Internacional

Cinta (2009) México, realizó el estudio titulado “Actitud Tanatológica de Enfermería con pacientes en Etapa Terminal”, la muestra estuvo integrada por 20 enfermeras que laboran en el Hospital General de Minatitlán en los tres turnos. El objetivo general fue Identificar las actitudes que tiene el personal de enfermería con pacientes en etapa terminal. El diseño de investigación es de tipo descriptivo simple, con una población de 20 enfermeras, el instrumento que se utilizó fue el Cuestionario Actitudes ante la muerte (CAM) obteniendo como resultado: El 85 por ciento del personal de enfermería manifiesta su desacuerdo en que la muerte pueda ser una salida a la carga de la vida, el 85 por ciento no considera la muerte de un paciente como fracaso profesional, y le es indiferente si la petición de asistir un paciente moribundo de su área proviene de sus familiares. En conclusión los resultados evidenciaron que el personal de enfermería prefiere evitar el proceso de la muerte siendo este un factor importante en la actitud de enfermería, ya que a pesar de que están continuamente afrontando episodios de decesos, sin embargo el personal admite que la muerte es un factor predominante que se vive día a día y que de tal manera no se puede evitar. No obstante personal de enfermería no está

de acuerdo en que vivencian la muerte como un fracaso profesional o que manifiesten no estar presente en la muerte de su paciente.

Colell (2005) España, en un estudio titulado “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña” el cual tuvo como objetivos; valorar el interés que tienen los estudiantes de enfermería para trabajar con enfermos al final de su vida, averiguar la importancia del factor emocional en la atención al enfermo moribundo; verificar la influencia de algunos procesos cognitivos y emocionales ante la ansiedad y el miedo que genera la muerte. El método fue un estudio comparativo. La muestra estuvo conformada por 444 estudiantes. El instrumento fue un cuestionario, La técnica fue la entrevista. Obteniendo como resultados que los estudiantes de este estudio manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente, para cuidar a enfermos terminales. Solo el 7% de los estudiantes catalanes y 4,7% de los andaluces, manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales. Concluyendo que existe una relación entre competencia percibida frente a la muerte y deseo de trabajar con enfermos terminales. En comparación existe más miedo a la muerte y proceso de morir de la persona querida.

Colell, Limonero, y Otero (2003) México, en un estudio titulado “Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal”, El objetivo de este trabajo consiste en conocer las principales actitudes de los futuros profesionales de enfermería ante la muerte (propia y ajena), y la atención al enfermo en situación terminal, así como identificar los aspectos que podrían facilitar este proceso para tener una muerte digna. La población estaba constituida por 150 alumnos, utilizando un instrumento de una serie de preguntas que se recogían en un dossier a modo de cuadernillo, que contenía, junto con los aspectos sociodemográficos de cada participante, obteniendo como resultado con relación al deseo de trabajar con enfermos terminales, hay diferencias significativas entre los diversos tipos (Friedman, $X^2=12.1$; $p<0.01$). A través de las comparaciones de medias efectuadas con la prueba t de Student Fisher, observamos que se prefiere trabajar más con enfermos terminales de cáncer que con enfermos terminales

geriátricos ($t=2.21$; $p<0.05$) o de sida ($t=4.6$; $p<0.001$), mientras que no existe distinción entre el deseo de atender enfermos terminales de sida o de raza gitana ($t=-1.217$; $p=0.226$). Otras cuestiones relacionadas con la enfermedad y la muerte, obteniendo como resultado que los destinos más deseados por los futuros profesionales de enfermería son el trabajo con enfermos pediátricos, después el trabajo en urgencias, en UVI y con enfermos agudos, mientras que los menos deseados son el trabajo con enfermos de sida y de raza gitana.

A nivel Nacional

Flores (2013), Perú, en un estudio titulado: “Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del hospital Nacional Hipólito Hunanue 2013” trabajo con una población de 50 enfermeras del servicio de emergencias del hospital nacional Hipolito Hunanue. Tuvo como objetivo Determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo, el diseño de investigación es un descriptivo simple de corte transversal, el instrumento utilizado fue un formulario tipo escala de Lickert, los resultados obtenidos fueron: Acerca de la actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue del 100% (50), 42% (21) tiene una actitud de indiferencia, 32% (16) de aceptación y el 26% (13) de rechazo. Concluyendo que la mayoría de enfermería es indiferente, le desagrada brindar confort. Siendo esta prueba de una debilidad en la formación académica en cuanto a actitudes a pacientes terminales.

Alvarez (2011) Lima, realizó un estudio titulado “Actitud del enfermero (a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2011”, teniendo como objetivo determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, e identificar la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte. Material y Método; el estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras(os) que laboran en el servicio de

Emergencia de Adultos y la muestra estuvo conformada por 39 enfermeras. La técnica fue la encuesta y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Teniendo como resultado: 61.5 por ciento (24) tienen una actitud de indiferencia referido a que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, expresa que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, acompaña al médico a dar la noticia a la familia sobre el fallecimiento del paciente, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido; un menor porcentaje significativo tiene una actitud de aceptación; y un mínimo porcentaje tiene una actitud de rechazo.

Larico (2010) Lima, realizó un estudio titulado “Actitudes de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal”; el cual tuvo como objetivo; determinar las actitudes de los estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. El método fue Descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 74 estudiantes. El instrumento fue la escala de Lickert. Los resultados a los que llegó fue que el (62.16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, inclinándose al futuro profesional a la insensibilidad, la anestesia afectiva y la frialdad emocional”. En la dimensión física y psicomocional del cuidado paliativo, la mayoría de los estudiantes 63.52% y 56.76% respectivamente presentaron una actitud de indiferencia. En la dimensión espiritual 77.03% presentó una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. Concluyendo que la mayoría de los estudiantes posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal.

2. Marco bíblico filosófico

La Iglesia Adventista sostiene que una persona que se está acercando al final de la vida, y es capaz de entender, merece conocer la verdad sobre su condición, las opciones de tratamiento y los posibles resultados. La verdad no se debe impedir, sino compartida con el amor cristiano y la sensibilidad a las circunstancias personales y culturales del paciente (Conferencia General de los Adventistas del Séptimo Día, 1992)

La Santa Biblia nos enseña que la actitud que debemos de tomar debe manifestar, afecto, amor, misericordia tal como lo vemos representado en la parábola del buen Samaritano (Lc. 10:25-37, NVI)

Dios es un Dios de amor, su palabra menciona: “Fueron afligidos los insensatos, a causa del camino de su rebelión Y a causa de sus maldades; Su alma abominó todo alimento, Y llegaron hasta las puertas de la muerte Pero clamaron a Jehová en su angustia, Y los libró de sus aflicciones. Envió su palabra, y los sanó, Y los libró de su ruina.” (Salmos 107:17-20 VRV 1960)

Así como los miembros de una familia fiel cuidan unos de otros, atendiendo a los enfermos, soportando a los débiles, enseñando a los que no saben, educando a los inexpertos, así también los de “la familia de la fe” han de cuidar de sus necesitados y desvalidos. De ninguna manera han de desentenderse de ellos (White, 1959).

Es deber del médico tanto la preparación del alma de las personas que trata para lo que les ocurrirá, como atender sus necesidades físicas. Debe hacerles comprender su peligro. Debe ser un fiel mayordomo de Dios. No permita que nadie se enfrente a la eternidad sin recibir palabras de advertencia (White, 2001).

Todo personal de salud tiene la oportunidad de aliviar la angustia e infundir al moribundo brindándole su confianza y cariño. Nadie tiene portunidades tan favorable ni tan poderosa influencia (White, 1975).

3. Marco conceptual

3.1. La actitud

Las actitudes no se pueden observar directamente si no a través de las conductas o de la expresión verbal de la persona. Además, poseen dos propiedades muy importantes que son: una la dirección, que puede ser positiva o negativa, y la segunda propiedad es la intensidad que puede ser alta o baja. Estas características permiten medir a través de escalas preestablecidas las actitudes de un individuo ante una situación particular. Definida como disposición de ánimo de algún modo

manifestada, o bien a la postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo (Real Academia Española, 1992).

Según Goñi (1998), la “actitud” posee tres componentes los cuales son:

3.1.1. El componente cognitivo:

En tanto las actitudes son consideradas como mediadores entre un estímulo y un comportamiento o respuesta, son consideradas también como un proceso cognitivo ya que necesariamente forman parte de un proceso que incluye la selección, codificación e interpretación de la información proveniente del estímulo Villegas (Salazar, 1979).

Como se sostuvo anteriormente, las actitudes surgen en relación a una situación u objeto determinado. Para la posibilidad que surja, es necesaria la existencia de una representación cognoscitiva de dicha situación u objeto. Las creencias, el conocimiento de los objetos, las experiencias previas que se almacenan en memoria, son algunos de los componentes cognoscitivos que constituyen una actitud.

Harare y McDavid (1979) se refieren al componente cognoscitivo como la categoría conceptual de objetos o sucesos a los que se dirige la actitud. Es decir, este componente define al objeto de la actitud, especificando los objetos, personas o eventos a los que la actitud es dirigida. El concepto de la actitud puede ser una persona en concreto, miembros de una clase social, grupos o instituciones, pero también puede tratarse de una abstracción inteligible (honestad, muerte, enfermedad, etc.). El elemento cognoscitivo es a menudo conocido como las creencias y valores de una persona.

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

Los indicadores de este componente según Callañaupa (2012) son:

Creencias: estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica.

Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.

Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación.

3.1.2. El componente afectivo:

Según Rodríguez (1976 citado en Callañaupa, 2012) este componente es definido por como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado por autores como Fichen y Raven (1962) como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio.

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

Una de las ideas básicas en el análisis de las fuerzas que dirigen la conducta humana es el concepto de hedonismo, es decir, la búsqueda de placer y su opuesto: la evitación del dolor. Este principio de alguna manera matiza la referencia emotiva general asociada a una actitud, de este modo, la actitud puede contener sentimientos positivos, favorables o placenteros; o negativos desfavorables o dolorosos (Villarreal, 2015).

En síntesis, el componente afectivo de una actitud, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo (Villarreal, 2015).

Aguilera, Paniale, y Romero (2012) refieren que ha sido considerado como un componente fundamental de la actitud, debido a que puede asociarse a sentimientos de agrado y desagrado, pudiendo tomar carga afectiva o también por reflexión; los indicadores para medir son: la sensibilidad, apatía, temor y ansiedad;

3.1.3. El componente conductual:

Se refiere a la acción, a las expresiones verbales, lo concerniente a la conducta en sí (Eiser, 1980).

Se puede concluir que las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción, el componente conductual es el resultado de la interacción entre los componentes cognoscitivo y afectivo, y aún más que ambos componentes tenderán a la congruencia de la cual hablan; se ha venido especificando que las actitudes están constituidas por lo que las personas piensan y sienten respecto de un objeto-estímulo, así como también a la manera en que se da vida a ese sentimiento y pensamiento por medio de la acción (Aguilera et al., 2012).

El elemento conductual entonces se conoce como la predisposición o tendencia general hacia la acción en una dirección predicha. Este componente está directamente relacionado con el componente afectivo, así los sentimientos positivos tienden a generar disposiciones en las personas para entablar un contacto más estrecho y una experiencia prolongada con el objeto de la actitud y los sentimientos negativos que implican tendencias de escape o evasión con el objeto de aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud (Aguilera et al., 2012).

Mann (1972) se refiere a la importancia de cada componente durante el desarrollo de un individuo y dice que, durante la niñez, especialmente en el momento en que las actitudes están siendo aprendidas, los tres componentes son muy importantes. Poco a poco el niño va integrando sus actitudes y tiende a practicar selectivamente lo que ve y aprende, por lo que el componente cognoscitivo

cobra más fuerza, sin embargo, las actitudes de un alto componente afectivo, se resisten a ser influenciadas por nuevas informaciones y conocimientos intelectuales puros.

En algunas ocasiones, existe, una relación inestable entre los componentes de la actitud, pero la tendencia general es la de mantener una relación estable entre estos (Aguilera et al., 2012).

Según Aguilera et al.,(2012) son de opinión que los indicadores utilizados para medir este componente de la actitud serán:

- Comodidad: aquello que produce bienestar, confort.
- Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, en el plano de lo moral. Actuar correctamente de acuerdo a determinados parámetros preestablecidos.
- Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida.
- Aceptación: recibir de forma voluntaria una cosa, conformidad, es algo necesario para la evolución humana.
- Rechazo: resistencia a admitir o aceptar algo, tratando de alejarse de aquello que lo produce.

Los efectos de las condiciones socioculturales el proceso epidemiológico con una elevación de los casos de enfermedades crónicas, los diversas creencias y conocimientos acerca de la muerte, los recursos y procedimientos necesarios para cubrir las exigencias cotidianas de las atenciones en la práctica de la medicina Clínica conllevan a meditar sobre el cuidado del paciente terminal.

La muerte es algo natural, que por muchos esfuerzos humanos que se haga llegará el momento en que la muerte estará presente. Las personas han desarrollado un miedo natural a la muerte, motivo por el cual huyen de las situaciones finales de las personas.

Suele ser una situación impactante, para el personal de enfermería, el paciente y la familia. La actuación de enfermería irá direccionada en brindarle al paciente la máxima atención en confort, siendo estos específicos sobre las funciones vitales, control de síntomas y psicológico.

Según la OMS (2015), se entiende por paciente terminal al paciente con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

Al aliviar el dolor y tratar otros síntomas penosos y debilitantes, esos cuidados permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a enfermedades que amenazan la vida. Son aplicables a una enfermedad de esa naturaleza desde el momento en que se diagnostica ésta y durante la evolución completa de la misma. Según estimaciones preliminares, cada año, 4,8 millones de personas sufren dolores cancerosos de una intensidad moderada a graves sin recibir tratamiento (OMS, 2007).

La categorización de un enfermo como terminal ha variado en el tiempo, en función del progreso de la medicina y la disponibilidad de nuevos tratamientos y de tecnologías de apoyo vital para enfrentar enfermedades graves. Hay enfermos muy graves que antiguamente morían pero que hoy día pueden ser recuperados al disponerse de tratamientos específicos y de recursos terapéuticos que reemplazan funciones u órganos vitales dañados. Igualmente, hoy se dispone de intervenciones terapéuticas que permiten prolongar la vida, por un período significativo de tiempo, en pacientes portadores de una condición patológica anteriormente considerada terminal. Un buen ejemplo es el de los enfermos con insuficiencia renal crónica, catalogada antiguamente como "terminal", que hoy sobreviven al ser tratados con diálisis crónica o trasplante renal (Sociedad Médica de Santiago, 2000).

En el 2000, la Revista Médica de Santiago sostiene que para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.
- El diagnóstico de la enfermedad o condición patológica debe estar bien fundamentado y ser formulado por un médico que tenga los conocimientos, habilidades y experiencia necesarias para hacerlo más allá de toda duda razonable (diagnóstico experto).
- Si el médico tratante tiene dudas sobre el diagnóstico de la afección que sufre su paciente, es su deber consultar otras opiniones idóneas.
- La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve.

La progresividad e irreversibilidad de la enfermedad son elementos definitorios necesarios y copulativos para clasificar a un enfermo como terminal. Hay que reconocer, sin embargo, que el pronóstico fatal de una enfermedad se basa principalmente en criterios estadísticos de modo que, en casos individuales, puede haber variaciones en la evolución predicha para la enfermedad, dependiendo de su naturaleza u otros factores (Sociedad Médica de Santiago, 2000).

Sobre el plazo de tiempo en el proceso de muerte existen diferentes opiniones, desde menos de un mes, hasta seis meses. El mencionado anteriormente es el criterio sostenido por Medicare, en los Estados Unidos, por motivos de políticas administrativas. Es arbitrario tratar de fijar un límite de tiempo, en su mayoría de casos se trata de un corto tiempo (horas, días, semanas o a lo sumo unos pocos meses), (EMPIRE MEDICARE SERVICES, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (2014), declara que los objetivos de los Cuidados a los pacientes moribundos son:

- Dar atención integral al paciente y a su familia
- Alivio del dolor y otros síntomas.
- Reafirmar la importancia de la vida y ver la muerte como algo normal.
- No acelerar y aplazar la muerte

- Proporcionar sistemas de apoyo a los pacientes para que la vida sea lo más activa posible.
- Apoyar a la familia en el afrontamiento de la enfermedad y dar orientación en el proceso del duelo.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Aplicar una atención paliativa durante el proceso de la enfermedad junto a otras terapias de tratamiento activo.

Mendoza (2005 citado en Cinta, 2009) en su estudio “Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes”. Demostró que el personal de enfermería evade situaciones donde está presente la muerte. Mendoza incluye las etapas del proceso de morir son las siguientes:

Fase de negación: la mayoría de los pacientes al enterarse de que padecen una enfermedad mortal reaccionan con la negación insisten en que no puede ser verdad y que tienen que haber un error, lo cual da lugar con frecuencia a una peregrinación por diferentes médicos, buscando a alguien que encuentre una solución. Esta fase tiene su ventaja ya que funciona como amortiguador ante la noticia inesperada, permitiendo que el paciente se recupere y movilice otras defensas. En esta fase es necesario detectar si el paciente desea hablar de la muerte, si es así, debe iniciarse un diálogo con él y sus familiares, ya que la muerte se percibe más lejana porque aún existe un estado de relatividad salud y bienestar.

Fase de ira: la reacción es ¿Por qué yo, habiendo gente mala? ¿Qué hice para merecer ese castigo? Esta cólera se proyecta hacia la familia y el personal de salud con lo cual resulta difícil atender al paciente. En esta etapa el enfermo necesita de gran apoyo y comprensión ya que su ira no solamente es porque va a morir, sino porque se ha visto obligado a abandonar su proyecto de vida, no es pues contra nadie en particular, todo el mundo, incluso a Dios. Puede suceder que los familiares y amigos se alejan para no ser blancos de los ataques, con lo cual empeora la situación ya que el paciente se sentirá profundamente abandonado, aunque es posible que grite que no quiere que nadie lo acompañe.

Fase de pacto: Generalmente es una fase de duración corta, en la cual el paciente abandona la cólera y se porta bien para obtener el privilegio de seguir viviendo, aunque sea un poco más de tiempo o que desaparezca el dolor, o que sea concebido un determinado deseo.

Fase de depresión: Hay una sensación de pérdida relacionado con el tipo de enfermedad, por eso es distinta en cada paciente. Puede ser por pérdida de la belleza, de la posibilidad de tener hijos, de casarse, de concluir un proyecto, de perder el empleo, es así donde toma mayor importancia el rol que puede desempeñar la enfermera (o) puesto que, este debe descubrir la causa de la depresión para tratar de aliviar el sufrimiento que esto ocasiona con la conversación pueril e incluso irritante de decirle que no debe estar triste, sino con el diálogo franco que perciba al paciente expresar su dolor, y a la enfermera (o) contestar sus preguntas acerca de las múltiples interrogantes que atormentan al paciente.

Fase de aceptación: En esta última fase, probablemente el paciente estará agotado por los estragos de su enfermedad, se sentirá cansado y resignado, y es posible que desee estar solo más tiempo, no conversará mucho, pero aceptará con gusto la compañía silenciosa de alguien que le de la seguridad de que aún es amado y necesario, pues en estos casos el silencio va más allá de las palabras.

A nivel espiritual el enfermo terminal sufre una crisis y experimenta la propia limitación y fragilidad humana. Las interrogantes existenciales más profundas salen a relucir teniendo en cuenta que es la última etapa de la vida, el hombre de fe sublima su dolor, le da un significado; pero el que no tiene fe, convierte su dolor en desesperación. El profesional de enfermería tendrá que tener una empatía constante, evaluar sus reacciones y comprender su enfermedad (Flores, 2013).

Es un trabajo arduo humanizar al estudiante de enfermería, pues no es suficiente el querer brindar un servicio de calidad, es necesario un nuevo sistema de conocimientos y las condiciones que faciliten la posibilidad. Porque el futuro profesional de enfermería hace frente al desafío de realizar sus actividades profesionales en un ambiente de grandes exigencias de manera eficiente y acorde

a los cuidados científicamente aceptados, con empatía y seguridad a personas de diversos ámbitos profesionales.

La carga laboral termina siendo un factor en contra que dificulta la ejecución de las actividades de la manera más oportuna, el personal de enfermería es convertido en una máquina que labora de manera mecánica, dejando de lado la parte afectiva y humanística.

4. Modelo teórico de enfermería

El modelo teórico tomado para esta investigación es la definición de Watson que partiendo del hecho de la responsabilidad primordial que tiene el enfermero será para las personas que necesiten cuidado este a su vez es su razón de ser y su ideal moral. Para Watson se representa en un conjunto de valores como la empatía, el compromiso, la bondad y el amor que se tiene por uno mismo y por el de los demás. Los enfermeros necesitan herramientas para ejercer un cuidado profesional con ciencia, ética y estética; desde este punto de vista, el ser del enfermero es el cuidado reflexivo y responsable (Watson, 2007).

Acorde a los que sostiene Watson, el ejercicio de enfermería es una responsabilidad que se ejerce con ciencia, ética y estética.

Los metaparadigmas de enfermería son: Persona, este mismo interactúa con otros seres dentro de un complejo entorno, los cuales pueden contribuir negativamente o positivamente en su salud y bienestar. También se refiere a la capacidad del individuo para ampliar las fronteras personales y orientarse hacia perspectivas, actividades, y objetivos más allá de sí mismo sin negarse el valor del ser en el contexto presente. Cuidado, el rol del enfermero es el de ayudar a las personas, por medio de procesos interpersonales, a desarrollar sus habilidades necesarias para promover su salud y bienestar. Las acciones de enfermería dirigidas a promover las conductas y los puntos de vista basados en la autorreflexión, el altruismo, la esperanza y la fe en las personas vulnerables están asociadas con una mayor sensación de bienestar. La Salud es el proceso vital formado por vivencias positivas y/o negativas que permiten crear valores y un entorno concreto para mejorar el bienestar. Bienestar; el cual se define como una

sensación de plenitud y de salud. El entorno lo conforman la familia, las relaciones sociales, el entorno físico y recursos disponibles en el lugar donde se vive. Todos ellos, influyen en los procesos relacionados con la salud. Vulnerabilidad, que es la conciencia que tiene una persona de que es un ser mortal. Esta conciencia aumenta durante el envejecimiento o en otras etapas del ciclo vital cuando aparece una enfermedad un traumatismo o una crisis vital (Raile & Marrier, 2011).

5. Definición de términos

Actitud: Es una respuesta emocional y mental a la circunstancia de la vida que dan constancia a la conducta del individuo.

Enfermería: Es la profesión que se encarga de promover la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de la salud con bases científicas y humanísticas.

Muerte: Es el cese de las funciones orgánicas de cualquier ser vivo, la cual está precedida la mayoría de las veces por una etapa agónica que puede ser corta o en ocasiones suele durar hasta antes de la muerte, encontrando una serie de manifestaciones clínicas.

Espiritualidad: Es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores; es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento

Actitud Cognitiva: Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.

Actitud Afectiva: Emotividad que impregnan los juicios. la valoración emocional, positiva o negativa acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable.

Actitud Conductual: Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. es el componente activo de la actitud.

CAPÍTULO III

Materiales y métodos

1. Metodología de la investigación

El tipo de investigación fue pre - experimental porque contará con un grupo con pre y posprueba. (Charaja, 2011)

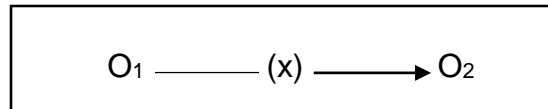


Figura 1. Tipo de investigación pre – experimental con pre y posprueba, fuente: Charaja, (2004)

Donde:

O = Observación

(x) = Experimento

2. Formulación de la hipótesis

2.1. Hipótesis General

El programa “cuidado para dar esperanza” es eficaz para mejorar las actitudes hacia el cuidado del paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca -2016.

2.2. Hipótesis Específica

El programa “cuidado para dar esperanza” es eficaz para mejorar las actitudes cognitivas hacia el cuidado del paciente terminal Antes y después de aplicar el programa en estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca -2016.

El programa “cuidado para dar esperanza” es eficaz para mejorar las actitudes afectivas hacia el cuidado del paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca -2016.

El programa “cuidado para dar esperanza” es eficaz para mejorar las actitudes conductuales hacia el cuidado del paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca -2016.

3. Variables de la investigación

3.1. Identificación de las variables

Variable dependiente: Actitudes hacia el cuidado del paciente terminal

Variable independiente: Programa “Cuidando para dar esperanza”

3.2. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión de variable	Indicadores	Evaluación
Programa "Cuidando para dar esperanza"			Módulo 1 proceso de muerte		
			Módulo 2 viviendo con la muerte		
			Módulo 3 hablando con la muerte		
Actitudes hacia el cuidado del paciente terminal	Determinada por predisposición que tiene el estudiante de enfermería sobre el cuidado brindado al paciente. (Aguilera, Paniale y Romero, 2012)	Comportamiento del estudiante de enfermería Que se fundamenta en la manera de pensar, actuar y tratar al paciente cuando se brinda el cuidado al paciente en etapa terminal de vida. El estudiante de enfermería realizará una autoevaluación sobre las actitudes manifestadas al tratar a pacientes con enfermedades terminales.	Actitudes Cognitivas	Creencias Valores Conocimiento	Para las afirmaciones con sentido positivo: 2, 3, 4, 11 y 13. Totalmente de acuerdo: 5 puntos Mayormente de acuerdo: 4 puntos Indiferente: 3 puntos En desacuerdo: 2 puntos Totalmente en desacuerdo: 1 punto Para las afirmaciones con sentido Negativo: 1, 5, 6, 7, 8, 9,10, 12 y 14.
			Actitudes Afectivas	Temor Apatía	

				Sensibilidad Ansiedad	Totalmente de acuerdo: 1 punto Mayormente de acuerdo: 2 puntos
			Actitudes Conductuales	Aceptación Rechazo Comodidad Responsabilidad Vocación	Indiferente: 3 puntos En desacuerdo: 4 puntos Totalmente en desacuerdo: 5 puntos

4. Delimitación geográfica y temporal

La presente investigación se realizó con los estudiantes del tercer año de la E.P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca – 2016; dicha universidad se encuentra ubicada en la carretera Arequipa Km 6, Chullunquiani, provincia de San Román; actualmente ofrece 12 carreras profesionales, un campus agradable y ecológico, además cuenta con modernos laboratorios, una amplia biblioteca y también instalaciones deportivas para que puedas recrearte sanamente. El tiempo de la investigación se desarrolló durante los meses de Marzo - octubre.

5. Población y muestra

Se consideró como población a los alumnos de tercer año de la E.P. de Enfermería; constituida por 21 alumnos. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de criterios de inclusión y exclusión con la población estudiantil ya mencionada.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Alumnos que estuvieron cursando el tercer año que desearon participar voluntariamente del proyecto de investigación

Exclusión: Alumnos que estuvieron cursando de tercer año que no desearon participar del proyecto de investigación.

6. Instrumento de recolección

El instrumento utilizado fue el Test de “Actitud de enfermería frente al paciente terminal” creado por Sergio Fabian Aguilera, Sergio Paniale y urbano Romero en el año 2012, Córdoba - Argentina, el cual fue adaptado, posterior a ello se llevo a cabo la prueba piloto en una población de 24 estudiantes de los últimos años de enfermería, a fin de determinar el grado de confiabilidad estadística a través de la prueba de alfa de Crombach, encontrándose un valor de 0.776 indicando que el instrumento es confiable. (Anexo 1) El instrumento consiste en un formulario de encuesta que constará de 14 afirmaciones, las cuales poseerán cinco alternativas de respuesta, que van de un grado de mayor a menor adherencia a la afirmación.

Se optó por esta modalidad de encuesta porque se utilizó la escala de Likert para analizar los resultados. Las normas para que un cuestionario pueda ser medido por esta escala es que conste de afirmaciones que pueden tener una dirección positiva o negativa compuesta por una sola relación lógica, y cinco opciones de respuesta para cada afirmación.

Se seleccionó esta escala por ser la más utilizada y de efectividad probada para medir las actitudes de las personas frente a una determinada situación, por una parte demuestra si la actitud está presente y por otra la intensidad con que se presenta esta.

A cada opción de las afirmaciones que componen el instrumento de recolección de datos le corresponderá un valor numérico determinado, el cual será:

Para las afirmaciones positivas, las cuales son la n^o: 2, 3, 4, 11 y 13.

- Totalmente de acuerdo: 5 puntos
- Mayormente de acuerdo: 4 puntos
- Indiferente: 3 puntos
- En desacuerdo: 2 puntos
- Totalmente en desacuerdo: 1 punto

Para las afirmaciones con sentido negativo, las cuales son el n^o: 1, 5, 6, 7, 8, 9,10, 12 y 14.

- Totalmente de acuerdo: 1 punto
- Mayormente de acuerdo: 2 puntos
- Indiferente: 3 puntos
- En desacuerdo: 4 puntos
- Totalmente en desacuerdo: 5 puntos

Por el número de afirmaciones de la encuesta el puntaje máximo que se puede obtener es de 70 y el mínimo de 14.

Se establecieron 3 categorías para el análisis:

- Influencia favorable de la actitud en el desempeño laboral: entre 45 y 70 puntos
- Influencia nula de la actitud en el desempeño laboral: entre 35 y 45 puntos
- Influencia desfavorable de la actitud en el desempeño laboral entre 14 y 35 puntos

7. Recolección y procesamiento de datos

La técnica utilizada fue la encuesta pre y post al grupo experimental.

Se ordenaron y clasificaron los datos, una vez clasificados y ordenados, se procedió a tabular. Terminando expresados en cuadros estadísticos.

Para procesamiento de datos se utilizó el programa Estadístico SPSS V20.0 y la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office 2016.

Para comprobar la hipótesis se aplicó la diferencia de medias para muestras relacionadas. La hipótesis de investigación propone que los grupos difieren de manera significativa entre sí.

8. Consideraciones Éticas

Se solicitó a los encuestados, de manera escrita, un consentimiento informado para su participación voluntaria en el proyecto, asegurando a través de la misma confidencialidad y anonimato de la información (Anexo 2).

Se solicitó el permiso correspondiente al comité de ética a través de la dirección de investigación de la Universidad Peruana Unión para poder ejecutar el proyecto de investigación (Anexo 5)

Se presentó un documento a la secretaria de la Facultad de Ciencias de la Salud dirigido a la coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería para solicitar el permiso para la toma del cuestionario a los alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca (Anexo 3).

CAPÍTULO IV

Resultado y discusión

1. Presentación de resultados

1.1. Análisis e interpretación de resultados

1.1.1. En relación al objetivo general

Tabla 1

Nivel de actitud de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal. Antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.

		Pre test		Post test	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Desfavorable	0	0	0	0
	Nula	9	42,9	2	9,5
Actitud	Favorable	12	57,1	19	90,5
	Total	21	100,0	21	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 1 se muestra los resultados del nivel de actitud hacia el paciente terminal de los estudiantes del tercer año de enfermería, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”; donde existe un aumento

razonable de 57.1% en el pre test a un 90,5% después de la aplicación del programa, seguido de un 9,5% que presentan una actitud nula y un 0% de actitud desfavorable.

Tabla 2

Comparativo entre puntajes de actitudes frente al paciente terminal, antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca 2016

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Pre test	46,19	21	5,076	1,108
Post test	51,24	21	6,107	1,333

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la Tabla 2 se observa de forma global la actitud hacia el paciente terminal que demuestran los estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la UPeU Filial Juliaca 2016. La media antes de la intervención educativa de enfermería fue 46,19 puntos con una desviación estándar de 5,076, luego de la intervención educativa (post test) la media se incrementó con un valor de 51,24 con una desviación estándar de 6,107, observándose una diferencia significativa.

Tabla 3

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pre test								
- Post test	-5,048	4,236	,924	-6,976	-3,119	-5,460	20	,000

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la Tabla 3 se puede observar la aplicación de la prueba T Student pareado a los puntajes del pre y post test de la intervención con el programa educativa, el cual nos permite demostrar que existen diferencias significativas entre ambos puntajes, debido a que la significancia fue de 0,000; es decir, la intervención educativa fue efectiva en la mejora de la actitud de los estudiantes frente al paciente terminal. Los resultados obtenidos afirman que la intervención realizada mediante el programa educativo titulado “Cuidando para dar esperanza” para mejorar las actitudes de los estudiantes del tercer año de la E.P. de enfermería de la UPeU -filial Juliaca hacia el paciente terminal es eficaz, los resultados obtenidos resultaron positivos referente al planteamiento del problema, ya que un gran porcentaje no presentaba una buena actitud en la atención al paciente terminal.

1.1.2. En relación al primer objetivo específico

Tabla 4

Nivel de actitud de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad Peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal en la dimensión cognitiva, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.

		Pre test		Post test	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actitud Cognitiva	Desfavorable	0	0	0	0
	Nula	3	14,3	0	0
	Favorable	18	85,7	21	100
	Total	21	100,0	21	100

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 4 muestra los resultados del nivel de actitud de los estudiantes del tercer año de enfermería en la dimensión Cognitiva, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”; Antes de la aplicación del programa el 85,7% de los estudiantes presentan un nivel favorable de actitud cognitiva frente al paciente terminal, seguido de un 14,3% con un nivel de actitud nula; después de la aplicación del programa el 100% de los estudiantes presentan un nivel favorable en la actitud cognitiva..

Tabla 5

Comparativo entre puntajes de la dimensión cognitiva, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza” en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca 2016.

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Cognitivo-pre	17,95	21	1,746	,381
Cognitivo-post	19,62	21	1,910	,417

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 5 se observa que la actitud en la primera dimensión: cognitivas; la mediana antes de la intervención educativa de enfermería fue de 17,95 con una desviación estándar de 1,746. Luego de la intervención educativa (post test), la mediana se incrementó a un valor de 19,62 y presentó una desviación estándar de 1,910. demostrándose un incremento significativo de los conocimientos sobre las actitudes frente al paciente terminal en esta dimensión después de la intervención educativa.

Tabla 6

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión cognitivo, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 Pre test – Post test	-1,667	2,456	,536	-2,785	-,549	-3,109	20	,006

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

La tabla 6 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, existiendo una mejora significativa hacia la actitud en la dimensión cognitiva (sig=,006) presentando una mejora en la dimensión cognitiva en la post-prueba de la aplicación del programa educativo.

1.1.3. En relación al segundo objetivo específico

Tabla 7

Nivel de actitud en la dimensión afectiva de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad Peruana Unión – filial Juliaca frente al paciente terminal, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.

		Pre test		Post test	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actitud Afectiva	Desfavorable	9	42,9	4	19,0
	Nula	7	33,3	8	38,1
	Favorable	5	23,8	9	42,9
	Total	21	100,0	21	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 7 muestra los resultados del nivel de actitud en la dimensión afectiva de los estudiantes del tercer año de enfermería, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”; Antes de la aplicación del programa el 23,8% de los estudiantes presentan un nivel favorable de actitud afectiva frente al paciente terminal, seguido de un 33,3% con un nivel de actitud nula; después de la aplicación del programa el 42,9% de los estudiantes presentan un nivel favorable en la actitud afectiva, seguido de un 38,1% con un nivel de actitud nula.

Tabla 8

Comparativo entre puntajes de la dimensión afectiva. Antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Afectivo-pre	13,48	21	3,586	,783
Afectivo-post	16,19	21	4,057	,885

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 8 se observa que las actitudes en su dimensión afectiva, la media antes de la intervención educativa de enfermería fue 13,48 con una desviación estándar de 3,586 luego de la intervención educativa (post test) la media alcanzó un valor de 16,19 con una desviación estándar de 4,057; evidenciándose un incremento significativo.

Tabla 9

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión afectiva, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca -2016

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Pre - Post	-2,714	4,617	1,007	-4,816	-,613	-2,694	20	,014

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

La tabla 9 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, existiendo una mejora significativa hacia la actitud en la dimensión afectiva (sig=,014) siendo el nivel de significancia menor a 0,05. Presentando una mejora en la dimensión Afectiva en la post-prueba de la aplicación del programa educativo.

1.1.4. En relación al tercer objetivo específico

Tabla 10

Nivel de actitud en la dimensión conductual de los estudiantes del tercer año de enfermería de la Universidad peruana Unión – filial Juliaca, frente al paciente terminal, Antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.

		Pre test		Post test	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actitud Conductual	Desfavorable	0	0	0	0
	Nula	5	23,8	3	14,3
	Favorable	16	76,2	18	85,7
	Total	21	100,0	21	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

En la tabla 10 muestra los resultados del nivel de actitud en la dimensión conductual de los estudiantes del tercer año de enfermería, antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”; Antes de la aplicación del programa el 76,2% de los estudiantes presentan un nivel favorable de actitud conductual frente al paciente terminal, seguido de un 23,8% con un nivel de actitud nula; después de la aplicación del programa el 85,7% de los estudiantes presentan un nivel favorable en la actitud conductual, seguido de un 14,3% con un nivel de actitud nula.

Tabla 11

Comparativo entre puntajes de la dimensión conductual, antes y después de la intervención de enfermería en alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca 2016.

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Conductual-pre	14,76	21	2,256	,492
Conductual-post	15,43	21	2,461	,537

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

La tabla 11 muestra las actitudes en la Tercera dimensión conductual, la mediana antes de la intervención educativa de enfermería fue 14,76 con una desviación estándar de 2,256 luego de la intervención educativa (post test) la media alcanzó un valor de 15,43 y una desviación estándar de 2,461; evidenciándose un incremento significativo.

Tabla 12

Prueba de hipótesis de muestras emparejadas sobre la actitud frente al paciente terminal en la dimensión conductual, antes y después de la aplicación del programa educativo para mejorar la actitud de los estudiantes del tercer año de E.P. de enfermería de la UPeU filial Juliaca-2016

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	Gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 Pre - Post	-,667	2,726	,595	-1,908	,574	-1,121	20	,276

Fuente: Encuesta aplicada a estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la UPeU-J 2016

La tabla 12 muestra la prueba de hipótesis para muestras relacionadas, Se observa un nivel de significancia de $\text{sig} = ,276$ superior a $0,05$, indicando que no existe diferencia significativa en la actitud frente al paciente terminal en su dimensión Conductual antes y después de la aplicación del programa “Cuidando para dar esperanza”.

2. Discusión

Antes de comenzar con la ejecución del programa la incógnita fue sobre que metodología de enseñanza sería la adecuada, considerando el factor tiempo se terminó eligiendo por la metodología experiencial, debido a que es una de las mejores formas de influir en el aprendizaje de los alumnos, sostiene Neimeyer (1997).

En los 21 estudiantes que quedaron y participaron en el estudio según la distribución por dimensiones se pudo observar un notable incremento de conocimientos, luego de la intervención educativa. La intervención Educativa trajo como consecuencia que los alumnos que participaron del programa educativo presentaron un incremento significativo de mejora en sus actitudes ante el paciente terminal.

El trabajo de investigación realizado, desarrolló el programa “Cuidando para dar esperanza” con el objetivo de mejorar las actitudes de los estudiantes hacia el paciente terminal. Obteniendo como resultado en el pre-test un 57% de actitud favorable con respecto a la población en estudio. Así mismo después del desarrollo del programa “cuidando para dar esperanza”, en el post-test, los resultados muestran un 90,5% indicando una mejora considerable en la actitud frente al paciente terminal de los estudiantes de enfermería.

En los resultados obtenidos por dimensión, encontramos que no existe una mejora significativa en la dimensión conductual, existe muchos factores que intervinieron en contra del programa; el tiempo disponible para la ejecución del programa era de dos horas a la semana, siendo una de las causas que no permitió alcanzar el objetivo en esta dimensión.

A continuación se muestran resultados similares en investigaciones realizadas donde se midieron el nivel de actitud de los estudiantes de enfermería, según Cinta (2009) en un estudio realizado en Mexico obtuvo como resultado resaltante que un 85% de los enfermeros(as) le es indiferente si la petición de asistir un paciente terminal de su área proviene de sus familiares. Concluyendo así que el enfermero(a) prefiere evitar el proceso de la muerte, siendo esta una actitud

importante en la profesión de enfermería. A pesar de estar continuamente afrontando procesos de desesos.

Otro trabajo realizado por Collel (2005) en España, acerca de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería muestra que un 11,7% de los estudiantes de enfermería se sienten emocionalmente preparados para poder atender a un paciente terminal. Concluyendo que existe una relación entre competencia percibida frente a la muerte y un disminuído deseo de trabajar con enfermos terminales. En comparación existe más miedo a la muerte y proceso de morir de la persona querida. Respalando así los datos obtenidos en el pre test acerca de los estudiantes de enfermería del tercer año.

Al respecto también hace referencia en un estudio realizado por Colell et al.(2003) en México, sobre las principales actitudes de los futuros profesionales de enfermería ante la muerte (propia y ajena), y la atención al enfermo en situación terminal, así como identificar los aspectos que podrían facilitar este proceso para tener una muerte digna; fue realizado en estudiantes de enfermería, afirmando que, a través de las comparaciones de medias efectuadas con la prueba t de Student Fisher se prefiere trabajar más con enfermos terminales de cáncer que con enfermos terminales geriátricos ($t=2.21$; $p<0.05$) o de sida ($t=4.6$; $p<0.001$). siendo los puestos de trabajo más deseados por los estudiantes de enfermería, el trabajo con enfermos pediátricos, el trabajo en urgencias, en UVI y con enfermos agudos, mientras que los menos deseados son el trabajo con pacientes terminales.

Ante los resultados obtenidos en el estudio, corrobora Flores (2013), en su estudio descriptivo realizado en nuestro país respecto a la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo, un 42% (21) tiene una actitud de indiferencia, 32% (16) de aceptación y el 26% (13) de rechazo. Concluyendo que la mayoría de profesionales de enfermería es indiferente, le desagradaba brindar confort. Siendo esta prueba de una debilidad en la formación académica en cuanto a actitudes a pacientes terminales. Respalando también los resultados obtenidos y propone una mejora en la formación temprana con respecto a la atención de estos tipos de pacientes.

Confirman también con un resultado similar a los obtenidos, Alvarez (2011), en su estudio respecto a la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, e identificar la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte, realizado en profesionales de enfermería; un 61.5 por ciento (24) tienen una actitud de indiferencia referido a que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, expresa que la atención al paciente moribundo demanda mucho tiempo, evita tener contacto con la familia del paciente fallecido; un menor porcentaje significativo tiene una actitud de aceptación; y un mínimo porcentaje tiene una actitud de rechazo.

Otro trabajo de investigación realizado en la ciudad de Lima año 2010, en los estudiantes de enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos acerca del cuidado paliativo del cuidado del paciente terminal; un 62.16% posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, inclinándose al futuro profesional a la insensibilidad, la anestesia afectiva y la frialdad emocional, En la dimensión física y psicomocional del cuidado paliativo la mayoría de los estudiantes 63.52% y 56.76% respectivamente presentaron una actitud de indiferencia. Concluyendo que la mayoría de los estudiantes posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. Mostrando así la falta de mejora sobre la formación en el eje principal que es el amor en el cuidado de la profesión de enfermería, justificando y respaldando los resultados de la investigación (Larico, 2010).

Se logró demostrar en el presente trabajo la necesidad de un programa para mejorar las actitudes del estudiante de enfermería frente al paciente terminal; siendo eficaz el mismo, ya que en el post test se observó que los estudiantes de enfermería poseían ideas más claras sobre los pacientes terminales en los temas de la atención, sobre la familia y sobre las actividades de enfermería. Frente a lo expuesto realzamos la labor como guía y ejemplo en el cuidado del paciente terminal ya que una de las causantes en las carencias de actitud es la falta de conocimiento. El respaldo hacia los resultados es manifiesto así como el problema dentro del área de atención a los pacientes, donde la indiferencia impera en la etapa final de vida,

debiendo ser esta la más propicia para el paciente y para el enfermero de poder participar de ese momento.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Primero.- A un nivel de significancia del 5%, el programa “Cuidando para dar esperanza” fue eficaz para mejorar las actitudes frente al paciente terminal que presentan los estudiantes del tercer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca. (sig = ,000)

Segundo.- A un nivel de significancia del 5%, el programa “Cuidando para dar esperanza” fue eficaz para mejorar las actitudes frente al paciente terminal en su dimensión cognitiva que presentan los estudiantes del tercer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca. (sig = ,006)

Tercero.- A un nivel de significancia del 5%, el programa “Cuidando para dar esperanza” fue eficaz para mejorar las actitudes frente al paciente terminal en su dimensión afectiva que presentan los estudiantes del tercer año de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca. (sig = ,014)

Cuarto.- A un nivel de significancia del 5%, el programa “Cuidando para dar esperanza” no fue eficaz para mejorar las actitudes frente al paciente terminal en su dimensión conductual que presentan los estudiantes del tercer año de la Escuela

Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión filial Juliaca. (sig = , 276)

2. Recomendaciones

Primero.- A la coordinación de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión – Juliaca, en función con los resultados obtenidos se recomienda poder realizar un taller de ciudadanos hacia pacientes en etapa terminal, destinado a fortalecer las actitudes basadas en el programa.

Tercero.- En las proximas investigaciones sobre el tema tratado, realizar la ejecución del programa en días contínuos para evitar los efectos negativos de olvido por parte de los estudiantes debido a la carga académica, en la población de estudio.

Cuarto.- A los directivos de facultades y Escuelas de enfermeria de las universidades y entidades de Salud, dar facilidades para el desarrollo del proceso de ejecución en las instituciones para realizar las investigaciones de este tipo de problemática y muchas más afines. Para crear aportes de mejora en la profesión de enfermería.

Quinto.- A los profesores de facultades y Escuelas de enfermeria de las universidades, promover en los estudiantes y profesionales de salud continuar realizando trabajos de investigación de tipo pre-experimental, a fin de optar y proponer nuevos métodos de solución para mejorar la atención de la profesion de enfermería hacia los pacientes terminales.

Bibliografía

- Conferencia General de los Adventistas del Séptimo Día. (9 de Octubre de 1992). *una declaración de consenso sobre el cuidado de los moribundos*. Recuperado el 23 de Febrero de 2016, de red de noticias adventistas: <http://news.adventist.org/es/todas-las-noticias/noticias/go/1998-03-30/una-declaracion-de-consenso-sobre-el-cuidado-de-los-moribundos/>
- Aguilera, S., Paniale, S., & Romero, U. (2012). *Actitud de Enfermería frente al paciente terminal*. Universidad Nacional de Cordoba, facultad de ciencias médicas, Cordoba.
- Alvarez, J. (2011). *Actitud del enfermero (a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - 2011*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Lima.
- Bayés, R. (2000). *Los dos objetivos prioritarios de la medicina del siglo XXI* (Vol. 58).
- Charaja, F. (2011). *El mapic en la Metodología de Investigación*. Puno, Perú: Sagitario impresores.
- Cinta, A. (2009). *Actitud Tanatológica de Enfermería con pacientes en etapa terminal*. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, México.
- Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Psicología, Barcelona.
- Colell, R., Limonero, J., & Otero, M. (2 de Agosto de 2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, V(2).
- Coyle, N., & Ferrel, B. (2001). *Textbook of Palliative Nursing*. New York, New York, Estados Unidos: Oxford University Press.

- Flores, Y. (2013). *Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Hunanue: 2013*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, facultad de medicina humana, Lima.
- García, J., Fernandez, P., Rodriguez, J., & Rosa, C. (2012). Actitudes de los profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica*, 12.
- Goñi, A. (1998). *Psicología de la educación sociopersonal*. Editorial Fundamentos.
- Grupo de Estudios de Etica Clínica de la sociedad Médica de Santiago. (Mayo de 2000). El enfermo terminal. *Revista Médica de Chile*, 128, 547-552.
Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000500015&script=sci_arttext
- Harare, H., & McDavid, J. (1979). *Psicología y conducta social*. México: Editorial Limusa.
- La Santa Biblia. (s.f.).
- Larico, S. (2010). *Actitudes de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima.
- Ministerio de Salud. (2013). *Base de datos nacional de defunciones*. Recuperado el 25 de Febrero de 2016, de Oficina General de Estadística e Informática: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
- Neimeyer, R. (1997). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Barcelona. Recuperado el 19 de Julio de 2016
- OMS. (5 de Octubre de 2007). *Nueva guía sobre cuidados paliativos de personas que viven con cáncer avanzado*. Recuperado el 24 de 02 de 2016, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/>

- OMS. (Julio de 2015). *Cuidados Paliativos*. Obtenido de Centor de Prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Recuperado el 25 de Febrero de 2016, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Enero de 2014). *Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas*. Recuperado el 24 de Febrero de 2016, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>
- Prieto, I. (19 de Mayo de 2005). *Cuidado de enfermería en el final de la vida*. Recuperado el 24 de febrero de 2016, de dilemas éticos al final de la vida: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=89:cuidado-de-enfermeria&catid=35:conferencias&Itemid=37
- Raile, M., & Marrier, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Séptima ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Real Academia Española. (1992). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 20 de Abril de 2016, de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=0cWXkpX>
- Sociedad Médica de Santiago. (Mayo de 2000). El enfermo terminal. *Revista médica de Chile*, 128(5). Obtenido de Grupo de Estudios de Etica Clínica: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000000500015&script=sci_arttext
- Tomás, J., & Guix, E. (2001). *Enfermería Clínica* (Vol. 3). Elsevier.
- Universidad Peruana Unión. (2016). *Principios y Valores*. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de Universidad Peruana Unión: <http://www.upeu.edu.pe/principios-y-valores/>

- Watson, J. (2007). *theory of human caring and subjective living experiences:Carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice* (Vol. 16). Boston.
- White, E. (1975). *El ministerio de curación*. California, Estados Unidos: Pacific Press Publishing Association.
- White, E. (1977). *El ministerio de la bondad*. Pacific Press Publishing Association.
- White, E. G. (1959). *El ministerio de curación*. Pacific Press Publishing Association.
- White, E. G. (2001). *Ministerio Médico*. Asociación Publicadora Interamericana.

ANEXOS

Anexo A. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a utilizar la fórmula de Alfa de Crombach:

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	24	100.0
	Excluidos(a)	0	.0
	Total	24	100.0

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.776	4

Se obtiene alfa de Crombach = 0.776

Por lo tanto, el instrumento es confiable.

Anexo B.

Consentimiento Informado

Propósito del proyecto: El siguiente estudio de investigación será un egresado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, afines de concretar el proyecto de Tesis como requisito para optar el grado de Licenciatura en Enfermería, se desea obtener información sobre las actitudes de los estudiantes de enfermería frente al paciente terminal, durante el periodo de Marzo a Mayo del año en curso. La participación requerida para la siguiente investigación tendrá lugar en los meses de Marzo a Mayo del 2016

Que se hará: Si acepto participar en este estudio se me realizará una breve encuesta con respuestas simples a contestar sobre el tema a investigar.

Por ser un proyecto pre-experimental se realizará sesiones de aprendizaje para mejorar las actitudes frente al paciente terminal.

Riesgos: La participación en este estudio no posee riesgos. Ya que los datos serán preservados en anonimato,

Beneficios: Como resultado de mi participación en este estudio no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores aprendan más acerca de las actitudes de los estudiantes enfermería frente al paciente terminal y este conocimiento los beneficiará a ustedes y a otras personas en el futuro.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador anteriormente mencionados y ellos deben haber contestado satisfactoriamente sus inquietudes e interrogantes.

Debo de entregar una copia de esta firmada. Mi participación en este estudio es confidencial Y los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

Consentimiento:

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada a mis requerimientos. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación.

Firma

Anexo C.
Solicitud para ejecución de la investigación

Juliaca, Febrero del 2016

Sra. Lic. Martha Vargas Yucra

Coordinadora de la E.P. de Enfermería

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el fin de solicitarle su autorización para realizar una encuesta y realizar módulos de trabajo a los alumnos del tercer año de la E.P. de Enfermería. Está programada para realizarse en los meses de marzo y abril del 2016.

La razón de la misma es la elaboración de un proyecto de investigación que lleva por título: “Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016” requerido para optar el título de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Peruana Unión.

La misma se realizará con encuestas de entrevistas de tipo anónimas y sesiones de aprendizaje (módulos).

Sin otro particular, en espera de respuesta favorable saluda atentamente

6	Manifiestar sensibilidad ante el paciente terminal muestra vulnerabilidad profesional ante el equipo de salud					
7	Para no comprometerse emocionalmente con el paciente es importante mantener un límite afectivo					
8	En el trabajo con pacientes terminales se hace presente a menudo la carencia de entusiasmo relacionado a la imposibilidad de cura a pesar del esfuerzo profesional.					
9	El brindar cuidados a pacientes terminales genera temor porque se instala en nuestros sentimientos la idea de sufrimiento ante nuestra propia muerte					
10	La experiencia de acompañar permanentemente la agonía del paciente genera inquietud profesional					
	COMPONENTE CONDUCTUAL					
11	El brindar cuidados a pacientes terminales es una inclinación natural en mi persona					
12	Atender a pacientes terminales genera malestar en el profesional enfermero					
13	La responsabilidad profesional del enfermero para atender al paciente terminal está en primer lugar.					
14	El enfermero tiene derecho a rechazar la atención del paciente terminal					

Anexo E.
Programa “Cuidando para dar Esperanza”

**MODULO DE APRENDIZAJE PARA EL
DESARROLLO DE ACTITUDES**

**CUIDANDO PARA DAR
ESPERANZA**



Bach. Jhonatan Glen Limachi Mamani

PRESENTACIÓN

Hablar de la muerte es referirse a lo que se hace, de planes, sueños que no se hicieron. El final de la vida es la muerte, y con ella se va toda esperanza, muchos logran despedirse y también hay quienes jamás pensaron pasar por ese momento.

Las defunciones suceden a diario en la práctica de enfermería, es un suceso único para cada ser y muy difícil de afrontar, como también para los familiares de la persona que acaba de fallecer, No solo se halla temor a la muerte sino al proceso que dirige hasta ella, al dolor, a la pérdida de facultades física como mentales y a la lenta agonía.

Cuando el ser humano presencia una muerte experimenta una situación extraña única, situación que es muy frecuente en los estudiantes como los profesionales de enfermería más aún en la actualidad donde los familiares prefieren que la muerte ocurra en el hospital que en sus hogares, terminando institucionalizada el proceso de muerte.

Teniendo presente lo anterior es más que importante brindar la mejor calidad de atención a los pacientes con enfermedades en etapa terminal y también a sus familiares, es importante una adecuada formación en el desarrollo de actitudes en enfermería en los temas de la muerte, el duelo, los cuidados específicos a estos pacientes y la enfermedad terminal, tanto en los estudiantes como en el ejercicio de la labor de enfermería profesional.

En el área hospitalaria se desconoce la existencia de programas de apoyo para los enfermeros en su enfrentamiento a la muerte debido a su cotidiana labor cuyos efectos que se producen en ellos son angustia, miedo, estrés, el evitar la situación y el tema. Esto provoca una atención pobre a los pacientes moribundos. Se necesita que los estudiantes de enfermería aprendan a desarrollar actitudes mediante programa estructurado de guía para dar una mejor calidad de cuidado al enfermo.

Este módulo va dirigido a todas las personas que tengan el interés en mejorar las actitudes de los estudiantes de enfermería en el pre-grado.

MÓDULO I



PROCESO DE LA MUERTE

MÓDULO I
PROCESO DE LA MUERTE

Sesión 1

I. Datos informativos

1. **Tema:** La muerte en la Historia
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** 1 hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Objetivos

- **Cognitivos**
Los estudiantes participan sobre el proceso social de la muerte en la historia.
- **Afectivos**
Los alumnos comprenderán el efecto de responsabilidad de enfermería en el proceso de Muerte.
- **Psicomotores**
Los estudiantes opinan sobre la importancia de dialogar sobre el tema de la muerte.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión Espiritual: “Porque por cuanto la muerte entró por un hombre, también por un hombre la resurrección de los muertos.” 1 Corintios 15:21</p> <p>Motivación: Se pregunta a los alumnos que especialidad desearían seguir y con qué tipo de pacientes les gustaría laborar</p> <p>Actividad: Se toma el pre-test</p>	25 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>En los Años 40 – 50. El 70 % de las personas morían en sus hogares, cuidados por su familia. Ante esta situación en 1960 E. Kubbler Ross escribe sobre “LA muerte y los moribundos”.</p> <p>En los años 70 Cicely Saunders. Escribe: “El tratamiento de la enfermedad maligna y terminal” Crea el primer Hospice.</p>	20 min.

	<p>Los Hospices son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo de estos lugares es tratar que sus pacientes puedan disponer de los meses o días que les restan con una “gran calidad de vida”; mantenerlos libres de dolor, concientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido posible a su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para así continuar con su vida familiar y morir con dignidad. A principios de la década de los sesentas, Cicely Saunders dio inicio al moderno movimiento de Hospice y Cuidados Paliativos al fundar el St. Christopher’s Hospice en el sur de Londres. (Montes, 2006)</p> <p>Estados Unidos. Los Cuidados Paliativos entran en el sistema público de Salud Medicare, la cobertura de Medicare Certificated Hospice ha crecido: en 1984 se contaba con 31 centros, para 1993 aumentó a 1,288. También muchas compañías privadas han surgido y cuentan con características propias de su país</p> <p>En el Perú actualmente no existen residencias tipo hospicio en el primer Nivel.</p> <p>En el segundo nivel se identificó una unidad de cuidado paliativo Hospital regional de Trujillo ESSALUD</p> <p>En el tercer nivel: se identificaron 7 unidades de cuidado paliativo. Hospital Guillermo almenara, H. Militar Central, Hospital de la Policía Nacional, INEN, H. Sabogal, Inst. Regional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>En el 4 nivel: se identificaron 4 unidades de cuidado paliativo. H. FAP, Oncosalud – Totalcare, H. N. Rebagliati Martins EsSalud.</p> <p>Según el Dr. Enrique Varsi en su Libro Derecho Médico Peruano, no existe una legislación en el Perú acerca de los pacientes en etapa terminal.</p> <p>Los médicos se rigen exclusivamente por su diagnóstico y clasifican a los pacientes, de acuerdo a la gravedad de su enfermedad, en agudamente enfermos o terminales, de acuerdo a determinados principios.</p> <p>LEY GENERAL DE SALUD</p>	
--	--	--

DE LOS DERECHOS, DEBERES Y
RESPONSABILIDADES CONCERNIENTES A LA
SALUD INDIVIDUAL

- Artículo 1. Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.
- Artículo 15. Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:
 - Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad;
 - A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece;
 - A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare;
 - A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las medicamentos que se le prescriban y administren;
 - A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste;
- Artículo 27. El médico tratante, así como el cirujano- dentista y la obstetriz están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.
-
- Artículo 36. Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que

	ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.	
Salida	Transferencia: Los estudiantes participan con opiniones activamente.	15min.

Sesión 2

I. Datos informativos

1. **Tema:** LA MUERTE REPRESENTADA EN NÚMEROS
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Los estudiantes identificarán las principales causas de muerte del ser humano
- **Afectivos:** Los estudiantes interiorizarán la responsabilidad de enfermería frente a la demanda de atención.
- **Psicomotores:** Los estudiantes participarán activamente de la sesión de aprendizaje.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: el ánimo del hombre soportará su enfermedad; ¿Más quién soportara el ánimo del angustiado?</p> <p>Motivación: Reflexión de la demanda de atención y la responsabilidad del enfermero.</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>Estadística Mundial y Nacional</p> <p>En esta oportunidad tomaremos los datos de 2012, que son los más completos y difundidos por la Organización. Durante todo el año murieron aproximadamente 56 millones de personas, veamos las principales causas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cardiopatía isquémica: 7.4 millones. 2. Accidentes cerebrovasculares: 6.7 millones. 3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 3.1 millones. 4. Infecciones vías respiratorias inferiores: 3.1 millones. 5. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón: 1.6 millones. 6. VIH/Sida: 1.5 millones. 7. Enfermedades diarreicas: 1.5 millones. 8. Diabetes mellitus: 1.5 millones. 9. Accidentes de tráfico: 1.3 millones. 10. Cardiopatía hipertensiva: 1.1 millones. <p>Estos números en bruto quizás no digan mucho, pero en conjunto estas diez causas representan cerca del 52% de las muertes de todo el mundo en un año. El restante 48% se debe a otro tipo de causas aisladas como accidentes y enfermedades extrañas, así como a muertes violentas, homicidios, enfrentamientos armados y crimen organizado, aunque se trata de porcentajes muy menores.</p>	15

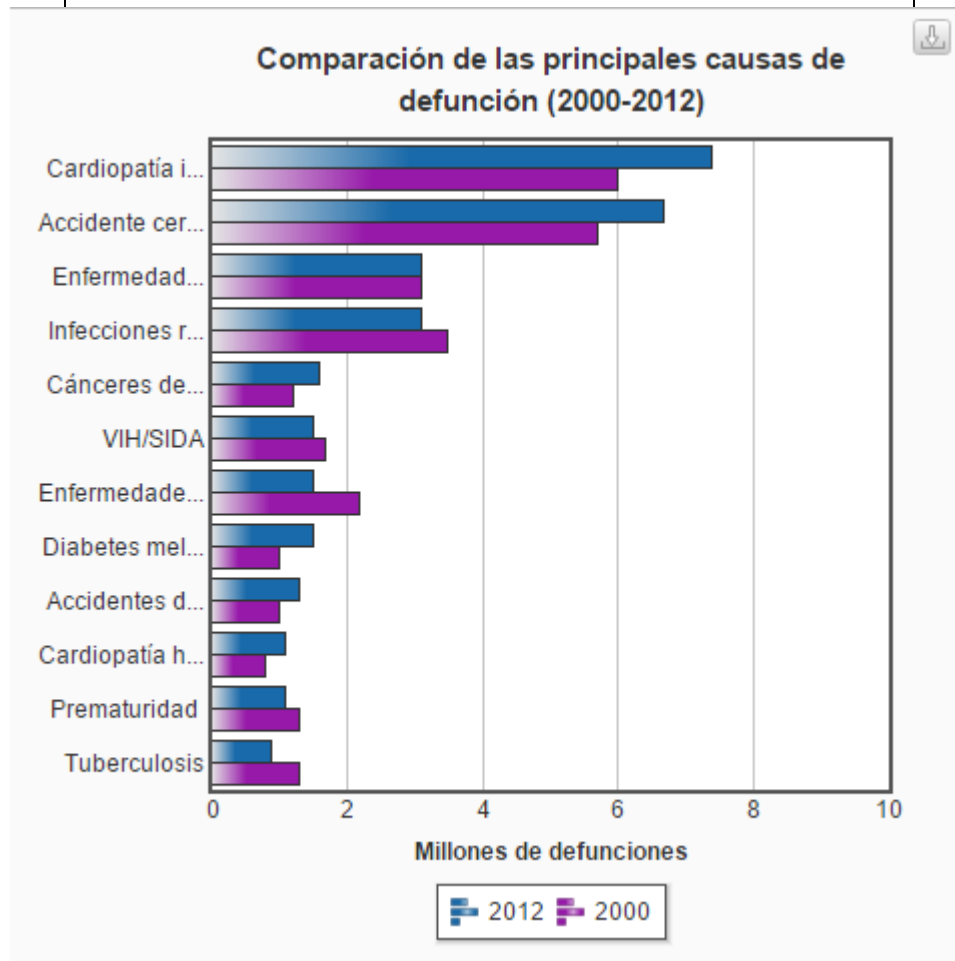


En los países de ingresos altos, 7 de cada 10 muertes ocurren en personas de 70 años o más. Las personas mueren principalmente de enfermedades crónicas, es decir, enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabetes. Las infecciones de las vías respiratorias bajas son la única causa infecciosa de defunción. Tan solo 1 de cada 100 muertes corresponde a niños menores de 15 años.

En los países de ingresos bajos, aproximadamente 4 de cada 10 muertes ocurren en niños menores de 15 años, y tan solo 2 de cada 10 muertes corresponden a personas de 70 años o más. La causa predominante de defunción son las enfermedades infecciosas: en conjunto, las infecciones de las vías respiratorias bajas, la infección por el VIH/sida, las enfermedades diarreicas, el paludismo y la tuberculosis causan casi una tercera parte de las muertes en esos países. Las complicaciones del parto vinculadas con la prematuridad, la asfixia y los traumatismos forman parte de las causas principales de muerte y se cobran la vida de muchos recién nacidos y menores de 1 año. (OMS, 2014) En 2012, 6,6 millones de niños murieron antes de cumplir los 5 años; casi todas estas muertes (99%) ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. Las causas principales fueron prematuridad, asfixia o traumatismo del parto, neumonía, y enfermedades diarreicas. El paludismo siguió siendo una causa destacada de muerte en el África subsahariana, donde le

correspondió un 15% de las muertes de menores de 5 años. (OMS, 2014)

En 2012, un 44% de las muertes de menores de 5 años ocurrieron en el plazo de los primeros 28 días de vida, es decir, el periodo neonatal. La causa más importante fue la prematuridad, que causó un 35% de las muertes en este periodo. En nuestro país (OMS, 2014)



En el Perú las principales causas de mortalidad son:

ORD	GRUPO DE CATEGORIAS	TOTAL	
		Nº	%
	TOTAL	96,228	100.0
1	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS (C00 - C97)	17,993	18.7
2	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	13,608	14.1
3	OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES (W00 - X5)	7,334	7.6
4	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS (A30 - A49)	6,960	7.2
5	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON (I20 - I25)	5,055	5.3
6	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	4,649	4.8
7	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	3,749	3.9
8	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE	3,627	3.8
9	ENFERMEDADES DEL HIGADO (K70 - K77)	3,367	3.5
10	INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	3,366	3.5
11	DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	3,126	3.2
12	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	3,033	3.2
13	ACCIDENTES DE TRANSPORTE (V01 - V99)	2,653	2.8
14	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J4	1,958	2.0
15	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	1,355	1.4
16	TUBERCULOSIS (A15 - A19)	1,320	1.4

Salida

Meta cognición: Identifican la situación social del Perú en materia de principales causas de mortalidad.

5min.

Sesión 3

I. Datos informativos

1. **Tema:** Actuar del Enfermero
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Introducir la importancia de los cuidados del enfermeros en el proceso de morir.
- **Afectivos:** Los estudiantes adoptaran la
- **Psicomotores:** Los estudiantes reconocerán la función específica con los pacientes terminales.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: Ten misericordia de mí, oh Jehová, porque estoy enfermo; sáname, oh Jehová, porque mis huesos se estremecen.</p> <p>Motivación: Reportaje (Video)</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>Cuando ya no es posible curar, el objetivo se convierte en cuidar y ofrecer el máximo confort al enfermo y familia.</p> <p>Ayudar a bien morir ofreciendo el máximo confort en los 4 niveles: Bio/Psico/Social/Espiritual. La atención se centra en el tratamiento de los principales síntomas: Astenia, anorexia, Sequedad de la boca, estreñimiento y dolor.</p> <p>El objetivo principal es brindarle la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Filosóficamente, el alivio del sufrimiento es el objetivo dominante de los Cuidados Paliativos. Esto se sustentan en tres pilares fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. comunicación 2. control de los síntomas, 3. apoyo familiar. 4. <p>Objetivos de cuidados paliativos según la OMS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alivio del dolor y otros síntomas 2. No alargar ni acorta la vida 3. Dar apoyo psicológico, social y espiritual 	15 min.

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Reafirmar la importancia a la vida 5. Considerar la muerte como algo natural 6. Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible 7. Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo. <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación es una manera de cubrir las necesidades de la persona enferma o afectada. • No debemos olvidarnos que a veces las herramientas más importantes para proporcionar cuidados son la palabra y la escucha. • Debemos escuchar a nuestros pacientes a partir de esa escucha podremos realizar aún mejor los cuidados de Enfermería. Le podemos brindar mejor lo que realmente necesitan, valiéndonos de nuestros conocimientos científicos y técnicos. <p>A la familia: El enfermero debe reconocer y tratar los "miedos y temores" que presentan tanto el enfermo como su familia, ya que la tranquilidad de la misma repercutirá directamente sobre este. La muerte es un tema que siempre está presente en esta situación. Es bueno que la familia tenga una tarea concreta en el cuidado directo del enfermo para disminuir el impacto de la enfermedad terminal. Es necesario, y muy importante, que el equipo de salud realice una valoración de los factores socio-culturales, familiares, que puedan afectar y condicionar la atención.</p>	
Salida	Meta cognición y evaluación: Los estudiantes participarán identificando las acciones que no deben realizarse.	5 min.

MÓDULO II



VIVIENDO CON LA MUERTE

MODULO II
VIVIENDO CON LA MUERTE

Sesión 4

I. Datos informativos

1. **Tema:** Impacto de la Muerte
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Integrar conocimientos sobre sentimientos generados por la muerte.
- **Afectivos:** Los estudiantes sentirán literalmente los sentimientos generados por la muerte.
- **Psicomotores:** Los estudiantes reconocerán la muerte como un proceso natural.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: "He aquí el ojo de Jehová sobre los que le temen, sobre los que esperan en su misericordia, para librar sus almas de la muerte, y para darles vida en tiempo de hambre." Salmos 33:18-19</p> <p>Motivación: Ejercicios de Imaginación. "se pide a los alumnos que cierren los ojos y se centren en el sentimiento que les genera oír la palabra muerte.</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>Miedo a la Muerte: Cuando nos hacemos mayores y empezamos a darnos cuenta de que nuestra omnipotencia en realidad no existe, de que nuestros deseos más intensos no son tan poderosos como para hacer posible lo imposible el miedo se mantiene, a veces atenuado mientras no se le provoque con demasiada fuerza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la muerte nos invaden sentimientos de cólera, rabia y culpabilidad. El proceso de dolor siempre lleva consigo algo de ira. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador y el miedo es un miedo universal. 	15 min.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hay muchas razones por las que hoy en día no se afronta la muerte con tranquilidad, morir es algo solitario, mecánico y deshumanizado. • Es solitario porque a menudo el paciente es arrebatado de su ambiente familiar. • Es mecánico debido al trato que se le da al paciente en el hospital. • Y es deshumanizado debido a que a veces no se respeta la dignidad • La necesidad de negación del paciente es directamente proporcional a la del médico, pero diferentes pacientes reaccionan de modo diferente según su personalidad y estilo de vida, los que hayan afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara harán lo mismo en este caso. Por eso es muy útil tener trato con el paciente para descubrir sus puntos fuertes o débiles. <p>LA muerte genera todo tipo de sentimientos: rabia, pena, tristeza, miedo.</p> <p>Se propone algunos ejercicios sobre el impacto de la muerte en la persona, debido a que cuidar a un enfermo terminal y a la familia es estar al lado de la muerte.</p> <p>“Ejercicio del papel lanzado al suelo”: se pide a los alumnos que cierren los ojos y se identifiquen con el papel que tengo en la mano. Ellos son el papel. Tienen que centrarse en lo que sienten ante lo que voy a hacer a continuación. Se arruga con la mano el papel y se lanza con violencia al suelo. A continuación se pregunta a los alumnos ¿Qué han sentido al sentirse lanzados con violencia al suelo?</p> <p>“Ejercicio de las tres pérdidas”: se pide a los estudiantes que escriban las tres cosas o los tres aspectos que dan sentido a sus vidas. Se deja un tiempo y se pide a continuación que tachen una de estas tres cosas, es decir, pierden una de estas cosas o personas que dan sentido a su vida. Se hace lo mismo con las otras dos cosas siguientes.</p> <p>“Pérdidas existenciales”: Se explica a los estudiantes que desde que nacemos hasta nuestra muerte, la vida está llena de pérdidas y la muerte es la última pérdida, se les pide que escriban las principales pérdidas en sus vidas y que las compartan en grupos de cinco estudiantes.</p>	
Salida	Transferencia: análisis de situaciones de muerte en mi vida.	5 min.

	Meta cognición: Entendiendo e integrando sentimientos interpersonales Evaluación: Participación activa del grupo de trabajo	
--	---	--

Sesión 5

I. Datos informativos

1. **Tema:** Adaptación a la Muerte
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Integrar conocimientos sobre las fases emocionales generadas por la muerte.
- **Afectivos:** Los estudiantes empatizarán las emociones que presentan los pacientes terminales como efecto de la cercanía de la muerte.
- **Psicomotores:** Los estudiantes reconocerán e identificarán cada fase emocional ante la muerte.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: Yo sé que mi Redentor vive, Y al fin se levantará sobre el polvo; Y después de deshecha esta mi piel, En mi carne he de ver a Dios. Job 19:25,26</p> <p>Motivación: Reportaje (Video)</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>PRIMERA FASE: NEGACIÓN Y AISLAMIENTO</p> <p>La mayoría al enterarse de su enfermedad mortal reaccionan diciendo, “no, yo no, no pude ser verdad “. Esta negación es común tanto en aquellos a los que se les comunica directamente desde un principio su enfermedad, y a aquellos a los que no se les decía explícitamente y que llegaban a aquella conclusión por sí mismos.</p> <p>La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrar al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales. Esto no significa, que este paciente, más adelante, no esté dispuesto, a sentarse a charlar, con alguien, de su muerte inminente. Este dialogo deberá tener lugar cuando buenamente pueda el paciente y ha de terminar cuando el paciente no pueda seguir afrontando los hechos y vuelva a su anterior negación.</p>	15 min.

	<p>Si el personal del hospital, se sientan y escuchan, y repiten sus visitas aunque al paciente no le apetezca hablar en el primer o segundo encuentro, el paciente pronto comenzará a sentirse confiado, porque hay una persona que se preocupa por él, que está disponible, que se queda por allí.</p> <p>Cuando estén dispuestos a hablar se abrirán, y compartirán su soledad, unas veces con palabras, otras con pequeños gestos o comunicaciones no orales.</p> <p>SEGUNDA FASE: IRA</p> <p>Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, envidia, y resentimiento.</p> <p>Les surge la siguiente pregunta: “¿Por qué yo? “. Esta fase de ira a diferencia de la anterior es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas las direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar. La familia que les visita es recibida con poco entusiasmo, con lo que el encuentro se convierte en algo violento. Luego responden con dolor y lágrimas culpabilidad o vergüenza, o eluden futuras visitas, lo cual sólo sirve para evitar la incomodidad y el disgusto del paciente.</p> <p>A donde quiera que mire el paciente en esos momentos, encontrará motivos de queja.</p> <p>TERCERA FASE: PACTO</p> <p>Es menos conocida pero igualmente útil para el paciente, aunque sólo durante breves periodos de tiempo.</p> <p>En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta“, además fija un plazo de “ vencimiento “ impuesto por uno mismo y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento.</p> <p>La mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto.</p> <p>CUARTA FASE: DEPRESIÓN</p> <p>Cuando el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida.</p> <p>Al tratamiento y la hospitalización prolongados, se añaden las cargas financieras. A esto puede añadirse la pérdida del empleo debido a las muchas ausencias o a la incapacidad de trabajar.</p>	
--	--	--

	<p>Cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida inminente de todos los objetos de amor, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. Y si se les permite expresar su dolor en este tipo de depresión, encontrará mucho más fácil la aceptación final.</p> <p>QUINTA FASE: ACEPTACIÓN Cuando el paciente ha tenido tiempo para asumir su situación y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas llegará una fase en la que su destino no le deprimirá ni le enojará. Se habrá podido desahogar anteriormente. Se sentirá cansado, y débil o sentirá la necesidad de dormir a menudo. No hay que confundir esta fase con una fase feliz. Para el paciente, esta fase está desprovista de sentimientos y es la familia quien necesita más apoyo. El paciente lo único que necesita es la presencia de alguien a su lado, aunque no haya comunicación oral, simplemente el silencio, el contacto entre las manos pueden ser las comunicaciones más llenas de sentido.</p> <p>ESPERANZA La única cosa que generalmente persiste a lo largo de todas estas fases es la esperanza. Aún los enfermos más realistas, y los que aceptan de mejor manera su situación, mantienen una chispa de esperanza para su curación o para la aparición de un medicamento nuevo. Esta chispa de esperanza les sostiene durante días, semanas o incluso meses de sufrimiento. El papel del enfermero en este caso, no se trata de decirles mentiras, pero es importante compartir con el paciente su esperanza. Cuando el paciente deja de manifestar esperanza generalmente es señal de muerte inminente. Un ejemplo podría ser el paciente que creía en un milagro, y un día comenta: “creo que este es el milagro ahora estoy dispuesto y no tengo miedo”. Es fundamental para el paciente moribundo que se le siga considerando como el único responsable de su vida, y que aún sigue manteniendo la capacidad de autogobierno</p>	
<p>Salida</p>	<p>Transferencia: Análisis de las fases en el proceso de muerte. Meta cognición: Reconociendo las fases emocionales del paciente terminal. Evaluación: Participación Activa de los estudiantes</p>	<p>5 Min.</p>



MÓDULO III



HIABLANDO CON LA MUERTE

MODULO III
HABLANDO CON LA MUERTE

Sesión 6

I. Datos informativos

1. **Tema:** Comunicación con el enfermo y familiares
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Los estudiantes integrarán maneras de comunicarse con el paciente con respecto a su estado de salud.
- **Afectivos:** Los estudiantes sentirán amor y responsabilidad por las vidas de los pacientes terminales
- **Psicomotores:** Los estudiantes demostrarán actitudes positivas de comunicación ante el paciente terminal

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: En la multitud de mis pensamientos dentro de mí, Tus consolaciones alegraban mi alma. Salmos 94:19</p> <p>Motivación: Representación dramática de la temática a tratar por parte de los alumnos. Video (demostración)</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte.</p> <p>Debemos tener en cuenta ante un paciente moribundo que su muerte es irremediamente personal, al igual que la vida. La certidumbre de la muerte es lo que humaniza, y de los aspectos más importantes que debemos de considerar es que el moribundo es un ser vivo, y la proximidad de la muerte les hace más sensibles sabios y nobles.</p>	15 min.

	<p>Hacer frente a un paciente después de diagnosticar una enfermedad incurable siempre es difícil. La cuestión no es preguntarnos cómo deberíamos de decírselo sino cómo compartirlo. El médico debe ser capaz de hablar francamente si sinónimos de muerte inminente, debe de dejar una puerta abierta a la esperanza. Es fundamental que haga comprender al paciente que no está todo perdido, que no va a desahuciarle por el hecho de ser moribundo pues es una batalla que van a librar juntos paciente familia, Enfermeros y médicos sea cual sea el resultado</p> <p>Y como enfermeros está en nosotros el poder ayudar emocionalmente a la familia, al paciente. Aliviar su dolor, no el dolor físico sino el dolor que le causa su estado de salud.</p> <p>LA FAMILIA DEL PACIENTE La reacción de la familia ante la enfermedad del paciente contribuirá en mucho a la respuesta de éste. Es muy importante para el enfermo y la familia, ver que la enfermedad no rompe totalmente un hogar, ni priva completamente a todos los miembros de cualquier actividad placentera.</p> <p>TERAPIA DEL ENFERMO DE MUERTE El paciente desahuciado tiene necesidades muy especiales que pueden cubrirse si nos tomamos tiempo para escuchar y averiguar cuáles son. Muchos pacientes se aferran a la vida porque tienen asuntos pendientes. Todos estos se encuentran mejor después de hacer confesiones o de encontrar soluciones para el cuidado de otros, y generalmente, morían poco después de que desapareciera</p> <p>Hay un momento en la vida de un paciente en que deja de haber dolor, y la mente deja de imaginar cosas, la necesidad de alimento se vuelve mínima y la conciencia de lo que le rodea desaparece en la oscuridad. Es entonces cuando los parientes recorren los pasillos del hospital, atormentados por la espera. En esos momentos es demasiado tarde para las palabras, y no obstante, es cuando los parientes piden más ayuda con o sin palabras.</p> <p>El personal sanitario puede ser una gran ayuda, durante estos momentos finales, si logran comprender los conflictos de la familia en ese momento y ayudan a seleccionar la persona que se sienta más capaz de estar junto al paciente moribundo. • Los que tienen la fortaleza</p>	
--	--	--

	y el amor suficiente para sentarse junto al paciente moribundo en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese ese momento no es espantoso ni doloroso, sino el pacífico cese del funcionamiento del cuerpo.	
Salida	<p>Transferencia: de muerte.</p> <p>Meta cognición: Tener Tacto al momento de comunicarnos con el paciente y la familia</p> <p>Evaluación: Representan en socio-dramas la sesión aprendida</p>	5 min.

Sesión 7

I. Datos informativos

1. **Tema:** Experiencias de muerte
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Los estudiantes investigan sobre los cuidados a los pacientes terminales
- **Afectivos:** Los estudiantes muestra interés por aprender sobre cuidados a los pacientes terminales y laborar con ellos
- **Psicomotores:** Participan activamente sobre el temática tratada

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: "He aquí el ojo de Jehová sobre los que le temen, sobre los que esperan en su misericordia, para librar sus almas de la muerte, y para darles vida en tiempo de hambre." Salmos 33:18-19 Él me castigó con dureza, pero no me entregó a la muerte. Sal 118:18</p> <p>Motivación: Video Experiencias de Vida (Reflexión)</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>La asistencia al enfermo no curable pasa por la desdramatización de la muerte, ya que el principal problema en estos pacientes es aceptarla, por el problema que plantea su negación.</p> <p>Hoy en día el negar la muerte y tratar de vivir más requiere medios técnicos que sólo se pueden dar en un hospital, así que la gente no muere en casa y muere en el hospital. Por esta razón podemos considerar que las instituciones y la medicina han expropiado a las personas su propia muerte. "Hay que permitir a las personas que vuelvan a morir en casa.</p> <p>Actualmente la muerte tiende a ignorarse, se separan los que van a morir o se les tiene dormidos, hay que procurar o permitir que el moribundo sea activo ante su propia muerte.</p>	15 min.

	<p>No hay que olvidar que el moribundo sigue siendo una persona viva y tiene derecho a una muerte digna: Participación y autonomía en el proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poder elegir • Respetar las decisiones del paciente. • comunicación del paciente moribundo con su familia y sus médicos • Resolución de asuntos personales. • Aceptación del proceso • no confusión mental • no dolor <p>La muerte puede tener una razón, pero jamás un sentido. La vida, en cambio, puede tener sentido; debería tenerlo para todos.</p> <p>Como enfermeros, tenemos la función social de encontrar explicaciones a los problemas humanos que en la vida no se encuentran. Tenemos que comprender para poder aliviar, cuidar y curar. Una formación en las relaciones interpersonales permite aprender los valores personales, sociales y culturales que influyen en nosotros mismos, y en las personas que tratamos, respecto de las actitudes adoptadas ante las pérdidas y la separación.</p> <p>Se presentan experiencias de Pacientes terminales. Los Alumnos comentarán experiencias de muerte.</p>	
<p>Salida</p>	<p>Transferencia: los estudiantes plasman las experiencias y adoptan nuevos comportamientos de aceptación frente al paciente terminal</p> <p>Meta cognición: Reflexión de la responsabilidad del enfermero al final de la vida.</p> <p>Evaluación: internalizar la responsabilidad de enfermería.</p>	<p>5 min.</p>

Sesión 8

I. Datos informativos

1. **Tema:** Cuidados Espirituales
2. **Lugar:** Salón de Clases
3. **Tiempo:** ½ hora
4. **Docente:** Facilitador

II. Aprendizajes esperados

- **Cognitivos:** Los estudiantes se capacitan sobre el cuidado espiritual y los efectos positivos sobre el paciente terminal
- **Afectivos:** Los estudiantes sienten la necesidad de compartir su FE
- **Psicomotores:** Participan y se comprometen a orar y presentar a Dios como la única esperanza.

III. Secuencia Didáctica

Situaciones	Estrategia Metodológica	Tiempo
Inicio	<p>Reflexión espiritual: " Les aseguro que algunos de ustedes, que están aquí conmigo, no morirán hasta que me vean reinar." Mat 16:28</p> <p>Motivación: Reflexión sobre nuestra función relacionada a nuestra profesión.</p>	10 min.
Proceso Actividades de Indagación	<p>Todas las guías, autores e instituciones consultados mencionan la espiritualidad como un aspecto importante a considerar en los pacientes terminales. Pero es necesario definir qué entendemos por espiritualidad y en qué se diferencia de la atención psicológica.</p> <p>La atención psicológica se centraría más en aspectos como la ansiedad, el insomnio, el delirium, la depresión, los diferentes estilos de afrontamiento, las fuentes de estrés, las relaciones personales, etc.</p> <p>Sin embargo, la espiritualidad (Holloway), se trata de «una dimensión que reúne actitudes, creencias, sentimientos y prácticas que van más allá de lo estrictamente racional y material».</p> <p>Para la OMS, lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales. Estas concepciones de espiritualidad, no se encuentran forzosamente vinculadas a la religión. Puede existir lo</p>	15 min.

	<p>que se denomina una “espiritualidad laica” y en cualquier caso es imprescindible la valoración y atención de esta necesidad en cualquier paciente.</p> <p>Y es que, la persona que está muriendo se ve frecuentemente ante un proceso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introspección. • Reflexión sobre el sentido de la vida. • Preguntas sobre la posibilidad de un más allá. • Balance de los valores vividos y de adónde le han llevado. • Puesta en orden de todos sus asuntos. • Sentimiento de unidad y valoración en su intimidad por los demás. • Posibilidad de comunicarse, perdonar, amar, despedirse de los suyos. • Superación del miedo, aceptación de su situación, transformación del sufrimiento. <p>Para satisfacer la necesidad del encuentro con lo trascendente, se debe facilitar la revisión de los acontecimientos vitales más significativos, identificando los frutos de cada etapa. Esto puede realizarse por medio de fotografías, objetos queridos, etc.; identificar los asuntos pendientes no resueltos; leer conjuntamente algunos textos espirituales; proporcionar lecturas que puedan ser terapéuticas; para el creyente facilitar oraciones escritas, orar conjuntamente, etc.; sugerir un tipo de música que pueda acompañar el proceso; meditaciones guiadas; promover la escritura creativa: diarios, testamentos espirituales para su gente, etc.</p> <p>Pronunciamento de la iglesia adventista sobre el cuidado de los moribundos.</p>	
<p>Salida</p>	<p>Transferencia: los estudiantes determinaran la importancia del cuidado espiritual</p> <p>Meta cognición: Los estudiantes mejoran actitudes frente al paciente terminal</p> <p>Evaluación: los estudiantes terminan de llenar el Pos-test.</p>	<p>5 min.</p>

Bibliografía

Montes, G. (10 de Abril de 2006). HISTORIA DE LOS CUIDADOS. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 2-9.

OMS. (MAyo de 2014). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Recuperado el 29 de Febrero de 2016, de Centro de prensa:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

Nouwen H. *El sanador herido*. Madrid: Ed.: PPC; 1998

Yock I. Principles of palliative medicine. In: Walsh D, Caraceni AT, Fainsinger R, et al., eds. *Palliative Medicine*. 1st ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2008:chap 7.

Rakel RE, Strach EM. Care of the dying patient. Rakel RE, Rakel DP, eds. *Textbook of Family Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 5.

Lautrette AF, Darmon MF, Megarbane BF, Joly LM FAU - Chevret S, Chevret S FAU - Adrie C, Adrie CF, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356:469-78.

Chan K, Sham M, Tse D, Thorsen A. Palliative medicine in malignant respiratory disease. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Third ed. Oxford: Oxford University Press; 2004.