

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017

Por:

Isabel Del Milagro Cecilia Tapia Torres

Veronica Elizabeth Ulloa Castillo

Asesora:

Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Lima, julio de 2017

Presentaciones en eventos científicos

IV Jornada Científica en Ciencias de la Salud “La Investigación y el Desarrollo de las Especialidades en Enfermería” 13 y 15 de junio del 2017. Universidad Peruana Unión – Lima.

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

TIEF 2 T21 2017	<p>Tapia Torres, Isabel Del Milagro Cecilia</p> <p>Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017. / Autores: Isabel Del Milagro Cecilia Tapia Torres, Veronica Elizabeth Ulloa Castillo; Asesora: Mg. Rocío Suárez Rodríguez. Lima, 2017. 95 páginas.</p> <p>Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2017. Incluye referencias, resumen y apéndice. Campo del conocimiento: Enfermería.</p> <p>1. Factores biosocioculturales. 2. Actitud de los profesionales de enfermería. 3. Muerte del paciente. I. Ulloa Castillo, Veronica Elizabeth, autora.</p>
------------------------------------	--

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, ROCÍO SUÁREZ RODRÍGUEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “*Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.*” constituye la memoria que presentan las licenciadas: VERONICA ELIZABETH ULLOA CASTILLO y ISABEL DEL MILAGRO CECILIA TAPIA TORRES, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

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



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

JURADO CALIFICADOR




Dra. Flor Lucila Contreras Castro

Presidente



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Secretario



Mg. Rocío Suárez Rodríguez

Asesor

Lima, 24 de julio de 2017

Índice

Resumen.....	vii
Capítulo I	8
Planteamiento del problema.....	8
Identificación del problema.....	8
Formulación del problema	11
Problema general.....	11
Problemas específicos.....	11
Objetivos de la investigación.....	11
Objetivo general.....	11
Objetivo específicos.....	11
Justificación del problema.....	12
Aporte Teórico.....	12
Aporte Metodológico.....	12
Relevancia Práctica.....	12
Capitulo II.....	14
Desarrollo de las perspectivas teóricas	14
Antecedentes de la investigación	14
Marco teórico	23
Paciente critico	23
Paciente critico oncológico.....	25
La muerte.....	¡Error! Marcador no definido.
Actitud ante la muerte.....	34
Actitud del Personal de Enfermería ante la Muerte.....	39
Factores que influyen en la actitud	39
Teoría del final tranquilo de la vida según Ruland y Moore	41
Teoría del entorno de Florence Nightingale	43
Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados transcultural según Ruiz (2014)	45
Capitulo III.....	46
Metodología	46
Descripción del lugar de investigación	46

Población y muestra	47
Población	47
Criterios de Inclusión:	47
Criterios de exclusión:	47
Tipo y diseño de investigación	48
Formulación de hipótesis	48
Hipótesis principal	48
Hipótesis derivadas	48
Identificación de variables	48
Operacionalización de variables.....	50
Técnica e instrumento de recolección de datos	53
Proceso de la recolección de datos.....	54
Análisis de la información.....	54
Consideraciones éticas	55
Capitulo IV.....	56
Administración del proyecto de investigación.....	56
Cronograma de ejecución.....	56
Presupuesto:	57
Referencias.....	58
Apéndices.....	63
Apéndices A. Instrumento.....	64
Apéndice B: Validez de Instrumento V de Aiken.....	69
Apéndice C: Confiabilidad del instrumento con Kuder Rich	90
Apéndice D. Consentimiento informado.....	91
Apéndice E. Matriz de consistencia	94

Resumen

El cuidado que brinda el profesional en enfermería a un paciente agónico y moribundo hace aflorar sentimientos de intranquilidad, angustia, miedo o resignación que origina recordar que la vida puede ser frágil, momentos así es donde el profesional de enfermería debería reaccionar más allá de la frontera del conocimiento técnico y brotar relucientemente los factores diferentes que en su actitud influyen. *Objetivo:* Determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Metodología:* Estudio de enfoque cuantitativo; diseño correlacional, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico y por conveniencia. En el estudio participarán el personal de enfermería que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, la recolección de datos para la variable se usó instrumento elaborado por Hernandez, Gonzalez, Fernandez, & Infante (2002), adaptado y modificado por las investigadoras se realizó una prueba piloto con el KR20 obteniendo un resultado de 0.75 lo cual nos indica que es un instrumento válido para su aplicación. Los resultados del estudio resultados permitirán identificar los factores biosocioculturales en las actitudes que tienen los profesionales de enfermería en la atención directa al paciente moribundo brindara las herramientas necesarias para mejorar el desempeño laboral dentro de cada perspectiva. La relevancia social se fundamenta en los resultados permitan diseñar e implementar guías de atención para mejorar la actitud del profesional de enfermería

Palabras clave: Factores biosocioculturales, actitud de los profesionales de enfermería, muerte del paciente

Capítulo I

Planteamiento del problema

Identificación del problema

Hablar de la muerte resulta muy complejo dentro del sistema de salud, principalmente en aquellos servicios de atención a pacientes con enfermedades crónicas en fases avanzadas ya que no solo se debe considerar el proceso del morir en términos biológicos sino como un proceso multidimensional en que deben considerarse factores psicosociales, económicos y culturales (Ascencio, Verastegui, & Allende, 2014).

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se crearon para salvar la vida de pacientes amenazados por enfermedades agudas graves gracias a la concentración de tecnologías de soporte vital y de personal altamente cualificado (Galvez, y otros, 2011).

El objetivo principal del equipo de salud en la unidad de cuidados intensivos (UCI) es restaurar la salud (salvar la vida) de los pacientes en estado crítico, con padecimientos que tienen posibilidad de recuperación y requiriendo de medidas especializadas de soporte multiorgánico administradas por profesionales especializados. A pesar de las medidas implementadas es esperable que del 5 al 40% de los pacientes en la UCI no sobrevivan. La supervivencia del paciente no sólo depende de la calidad de la atención médica o la respuesta del paciente a los procedimientos y medicamentos, sino también de la gravedad de la enfermedad o lesión y las condiciones previas del paciente. Cuando la posibilidad de sobrevivir es nula, surge otro objetivo importante de la UCI que es aliviar el sufrimiento (Takao, Domínguez, & Colmenares, 2015).

El cuidado que el profesional de enfermería ofrece a un paciente en un estado agónico y moribundo quiebra en algunas ocasiones fronteras de las normas que están envueltos en los saberes culturales y sociales arraigados. Cuando el paciente está agonizando transmite en otros el sentimientos de intranquilidad, angustia, miedo o resignación que origina recordar que la vida puede ser frágil, momentos así es donde el profesional de enfermería debería reaccionar más allá de la frontera del conocimiento técnico y brotar relucientemente los factores de dimensión social y cultura. Estas dimensiones se reflejan cuando se da el consuelo psicológico, religioso y ser toma un campo más humano y se crea una empatía convirtiendo el dolor ajeno en propio, la muerte también genera despego y aislamiento con algunos profesionales (Vargas, 2012).

La actitud que adopte cada cual ante la muerte será en dependencia de acuerdo a la creencia religiosa y agnóstica, concepción filosófica y capacidad que se tiene de enfrentar a la realidad de la vida o realidad de la muerte. Estas actitudes influyen de manera directa el planteamiento de la compañía en otros que mueren y como se experimenta el panorama de una muerte ajena, para el ser humano en general es relevante la preparación para situación de muerte de otras personas; llevándolo a un panorama de la salud, es indudable la capacidad de abordar emociones en los profesionales que pudieran influir en una calidad de cuidados, de manera especial en experiencias que son derivadas de procesos de muerte y duelo de pacientes (Ascencio, Verastegui, & Allende, 2014).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es una institución de referencia nacional, ya que en él llegan casi todos los pacientes cuyas patologías no han podido ser resueltas en sus lugares de origen, dichas características hacen que cada persona se constituya en un reto diagnóstico y terapéutico para el equipo de salud, por este motivo frente a los

hechos ya mencionados se han presentado en los últimos 5 años un incremento el índice de mortalidad en las unidades críticas tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Terapia Intermedia (UTI). Según los datos Estadísticos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el año 2016 la mortalidad en la UCI fue 114 pacientes y en la UTI 54 pacientes; en el años 2015 la mortalidad en la UCI fue 112 pacientes y en la UTI 92 pacientes; en el años 2014 la mortalidad en la UCI fue 121 pacientes y en la UTI 68 pacientes.

Los profesionales de la salud y especialmente los profesional de enfermería que laboran en las áreas críticas tanto en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos viven el dilema entre su responsabilidad y capacidad técnica, sus creencias y sentimientos en relación a la muerte, evidenciándose indiferencia, frialdad, distanciamiento y deshumanización en la atención directa al paciente crítico, debido a que durante su formación profesional no se ha incorporado los temas de muerte ya que la preparación es exclusiva para la prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación, dejándose de lado este tipo de tema de cómo afrontar el proceso de muerte , el cual se refleja diariamente durante el desarrollo profesional. En las instituciones de salud no existen guías, protocolos ni programas de ayudas para los profesionales que trabajan en estas áreas y así poder sobrellevar y canalizar de manera adecuada y saludable todo lo que conlleva el proceso de muerte del paciente crítico. Siendo el profesional de enfermería el más susceptible emocionalmente debido al contacto directo, intenso y prolongado con el paciente terminal y la muerte, es en este contexto que las investigadoras observamos al personal de enfermería indiferencia, temor, ansiedad, tristeza, frustración, angustia al momento de atender al paciente critico que está en proceso de muerte., por tal motivo se decide plantear la siguiente pregunta:

Formulación del problema

Problema general.

¿Cuáles son los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2017

Problemas específicos.

¿Cuáles son los factores biosocioculturales de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos?

¿Cuál es la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos?

Objetivos de la investigación.

Objetivo general.

Determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivo específicos.

Identificar los factores biosocioculturales de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Identificar la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Justificación del problema

Aporte Teórico

Esta investigación es importante porque va a aportar al conocimiento existente sobre las actitudes que se ven influenciadas por los factores biosocioculturales y así conocer la realidad actual, estructurando un marco teórico, producto de las revisiones bibliográficas actualizadas en relación a las variables de estudio, que se pone a disposición con la finalidad de que la enfermera esté preparada para afrontar situaciones emocionales durante la atención directa en el paciente crítico. Siendo por ello un estudio científico de fuente teórica e innovadora de nuevas ideas de investigación para las colegas de nuestra institución.

Aporte Metodológico

El presente estudio proporciona un gran aporte metodológico con la finalidad de medir los factores que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico, se aplicará un instrumento modificado y adaptado por las investigadoras validado por diez juicios de expertos. Los mismos que estarán a disposición de otros profesionales de enfermería, para que puedan ser utilizados en investigaciones con contexto similar.

Relevancia Práctica

Este estudio es importante porque nos mostrara si hay influencia de los factores biosocioculturales en las actitudes que tiene el profesional de enfermería en la atención directa al paciente en el proceso de muerte en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de

Cuidados Intensivos, la cual determinará una conducta reflexiva en el desarrollo y desempeño laboral.

Los resultados de este estudio estarán disponibles en la jefatura de la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidado Intensivos así como también en la biblioteca del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas para que se puedan diseñar e implementar guías o protocolos de atención, con la finalidad de mejorar la actitud del profesional de enfermería.

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

Salazar (2016) realizó un trabajo de investigación titulado “Actitud ante la muerte en estudiantes de la segunda especialidad en enfermería oncológica 2014”, tuvo como objetivo determinar la actitud ante la muerte en estudiantes de enfermería de la segunda especialidad en enfermería oncológica de la universidad nacional mayor de san marcos - Perú, el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población estuvo compuesta por 16 alumnos de enfermería de la segunda especialidad en enfermería oncológica. En técnica se utilizó la encuesta y el instrumento la escala de Likert modificada, previo consentimiento informado. Resultados: del 100% (16) el 43.8% (7) es de indiferencia, el 31.2% (5) aceptación y 25 (4) rechazo. En la dimensión miedo a la muerte el 43.8% (7) es de rechazo, el 37.5% (6) aceptación y el 18.7% (3) indiferencia. En la dimensión evitación a la muerte el 68.8% (11) es de indiferencia, el 18.7% (3) aceptación y 12.5% (2) rechazo. En la dimensión consentimiento a la muerte el 43.8% (7) es de indiferencia, el 31.2% (5) aceptación y el 25% (4) es de rechazo. Conclusiones: “La actitud en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología en la UNMSM frente a la muerte, e porcentaje mayor el mayor porcentaje indican que es de indiferencia; porque cuando atienden a un paciente en un estado terminal se evita pensar que puede morir durante el turno y que la muerte de un paciente en estado terminal es parte de un hecho natural de esta vida; siendo una aceptación ya que es de agrado dar palabras que den tranquilidad durante los momentos últimos de vida; y es de rechazo puesto que hay un desacuerdo en que a familia no se encuentre permanentemente con el paciente terminal”.

Freitas, Banazeski, Elsele, Bitencourt, & Souza (2016) realizaron un trabajo de investigación titulado: La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora, Enero – 2016, Brasil. El objetivo de este trabajo es Analizar la producción científica nacional sobre la experiencia del equipo de enfermería ante la muerte de los pacientes críticos. Se empleó el método de revisión integral de la literatura. Se realizó un análisis de 14 artículos que tenían un cumplimiento de acuerdo a la principal pregunta de investigación y desde el enfoque de estos estudios, se listaron con categorías: 1-El proceso de muerte y morir: praxis y significados; 2- La cualificación del enfermero en su proceso de formación ante la temática muerte y el morir. En el estudio se identificó que existe una deficiencia de los profesionales para el proceso de la muerte, originando sufrimiento en el equipo de enfermería, influyendo así en la calidad de la atención que se le presta a los pacientes y familiares. En este sentido, realizar investigaciones acerca de este tema es muy importante para la ampliación de conocimiento existente y de la deconstrucción de los paradigmas actuales.

García (2015) realizó un estudio titulado “Factores asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal”, el objetivo del trabajo fue determinar los factores asociados a la actitud del profesional de Enfermería, ante la muerte del paciente terminal del Hospital Nacional Dos de Mayo- Perú Metodología: La investigación es de tipo aplicada, con enfoque cuantitativo y diseño correlacional. Se aplicó el muestreo no probabilístico, la muestra está conformada por 60 profesionales de Enfermería. La técnica que fue utilizada es la encuesta y el instrumento fue el cuestionario con dos formularios: Uno que permitía medir los factores creados por la misma investigadora y el otro mide la actitud que tiene el profesional de Enfermería usando el Cuestionario de las Actitudes ante la Muerte.

(CAM) de Templer (1970) aplicado en Cuba, luego revisado y modificado por Hernández (2002). La recolección de datos se empleó en octubre 2015. Resultados: El 55% del profesional de enfermería tienen entre 31 a 40 años, el 70% son mujeres, el 48% estudian cursos de especialidad, el 87% son Católicas, el 50% son solteras y sin hijos 47%. El 58% del profesional de enfermería son contratados (CAS), el 30% trabaja en UCI cardiovascular, el 53% trabaja en el Hospital de 1 a 5 años, el 67% trabaja en UCI de 1 a 5 años, el 43% tiene dos pacientes a su cargo, el 87% trabaja en turnos rotativos, el 55% trabaja en otra Institución y el 48% trabajan en clínicas. Tienen actitud ante la muerte del paciente de: indiferencia 57%, aceptación 23% y rechazo 20%. Además, tienen actitud de indiferencia ante la muerte en las siguientes dimensiones: evitación 67%, aceptación 65%, temor 57%, pasaje 77%, salida 42% y perspectiva profesional 72%. Conclusión: “Se concluye que los factores laborales de: condición laboral, tiempo que labora en el servicio y trabajo en otra Institución están si relacionados de manera significativa con la actitud por parte del profesional de enfermería frente a la muerte del paciente en estado terminal, mientras que en los factores personales no hay una existencia de relación”.

Marchán (2014) realizó un trabajo de investigación titulado: “Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología”, El objetivo de este trabajo es evaluar la actitud y el nivel de afrontamiento ante la muerte en los profesionales de las Unidades de Paliativos y Oncología. Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal durante los meses de diciembre de 2014 y enero de 2015, mediante una encuesta que fue dirigida los enfermeros y auxiliares, de los hospitales de Alcázar de San Juan, Puertollano, Ciudad Real, Puertollano y Manzanares. El estudio fue realizado en los cuatro hospitales ya que contaban con Unidades de Cuidados

Paliativos y/o de Oncología se utilizó un instrumento constituido por tres escalas: Escala de Bugen cuestionario sociodemográfico y Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte.

Resultados: El tercio de profesionales (37%) ha presentado un mal afrontamiento ante la muerte. El 60% de los profesionales consideran que la formación recibida es inadecuada para brindar cuidado al paciente en estado terminal. La mayoría (83'1%), manifiesta que no existe un sistema de apoyo por parte de la institución. Los Profesionales de Enfermería muestran un grado mayor de afrontamiento frente a la muerte en relación a los auxiliares. Las mujeres tienen en relación a los hombres una mayor creencia de la vida después de la muerte, pero tienen una mejor aceptación de la muerte. Las personas creyentes aceptan más la ideología de una vida después de la muerte en relación de los no creyentes. Sin embargo, estas personas aceptan a la muerte como un aspecto ya natural de la vida. Conclusiones: “Los profesionales en estudio tienen la necesidad de mejorar su nivel de afrontamiento ante la muerte. Los resultados que se obtuvieron muestran la necesidad existente de una formación sólida de Cuidados Paliativos para poder obtener competencias de afrontamiento”.

García, Araujo, García, & García (2014) realizaron un trabajo de investigación titulado: “Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la Muerte de su paciente, Enero a Agosto 2014, México”. El objetivo de este trabajo es conocer los diferentes estados de ánimo que manifiesta la enfermera ante la muerte del paciente. Metodología: estudio cualitativo hermenéutico. Participaron cinco enfermeras que laboran en un hospital público. Se aplicó entrevista semiestructurada y fue utilizada la técnica de análisis de contenido. Los resultados se realizaron a partir de tres códigos centrales que son: paciente que fallece, la enfermera ante la muerte y sentimientos de la enfermera ante la muerte del paciente. Esto dio a conocer diversos sentimientos que manifiesta el profesional de enfermería cuando se enfrenta a la

muerte de un paciente durante su cuidado. Conclusiones: “Los sentimientos que expresan las enfermeras cuando el paciente muere son: Ansiedad, angustia, tristeza, impotencia, culpabilidad y tranquilidad mayormente. Por tanto se llega a sugerir que se debe tener conocimiento de tanatología, así como realizar una gestión para que pueda existir un lugar dentro de los hospitales donde la enfermera pueda descargar dichas emociones, y asimismo recibir un apoyo psicológico”.

Ascencio, Verastegui, & Allende (2014) realizaron un trabajo de investigación titulado: Creencias, Actitudes y Ansiedad ante la Muerte en un Equipo Multidisciplinario. México, tiene como objetivo explorar y analizar actitudes y creencias ante la muerte en el personal de salud en Cuidados Paliativos Oncológicos. Metodología Fue un estudio, transversal y descriptivo; la muestra total fue de 31 sujetos, cuyas edades se encuentran de 26 a 30 años (41,9%); con respecto al sexo se encontró que el 90,3% pertenece al sexo femenino y 77,4% solteros. De acuerdo a los años de experiencia se encontró que los participantes cuentan con experiencia clínica el 45,1% y 74,4% con paciente oncológico con menos de 5 años y 35,6% con paciente terminal con menos de 6 meses. Se concluye “que es mejor que el paciente terminal fallezca en casa, en el uso de la morfina como tratamiento para el dolor en cáncer avanzado y recibir una atención integral. Dentro de las principales actitudes del personal de salud hacia el paciente terminal y la muerte se encontraron: mayor responsabilidad y atención hacia la vida, y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte”.

Pulliquitin (2014) realizó un trabajo de investigación titulado “Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el hospital general Dr. Enrique Garcés, Quito- Ecuador, tuvo como objetivo analizar la relación que existe entre la actitud de los profesionales de la salud frente a la muerte y la atención al

paciente al final de la vida, el estudio fue no experimental de corte transversal. La población estuvo compuesta por 62 profesionales. “Los resultados han demostrado las actitudes importantes en el profesional sanitario en relación a la aceptación o negación de la muerte como un proceso natural y del temor que se tiene de informar a las familias de los pacientes moribundos sobre su estado de salud”.

Trujillo, et al. (2013) realizaron un trabajo de investigación titulado: “Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de salud, ante la muerte y el trabajo emocional”, con objetivo: Determinar las diferencias entre profesionales de salud respecto al conocimiento de cuidados paliativos, actitud ante la muerte y la carga emocional del trabajo con pacientes terminales. Métodos: En este estudio exploratorio, descriptivo y transversal se entrevistaron profesionales en el cuidado de la salud. Se les realizó un cuestionario sobre cuidados paliativos, actitudes ante la muerte y trabajo emocional, en cinco hospitales del sector salud en el Distrito Federal - México, comparando la información obtenida según el área profesional. Resultados: Se realizaron entrevistas a 40 profesionales: médicos (30%), enfermeras (25%), residentes (20%), y trabajadoras sociales (25%). El 70% representaban al género femenino. El 42.5% eran convivientes o casados y 55% eran católicos. El 77.5% Tienen el conocimiento de los objetivos del cuidado paliativo. El 72.5% no tenían conocimiento de la carta de derechos humanos del paciente terminal. No se han observado diferencias entre los profesionales respecto a su actitud frente a la muerte y el trabajo emocional. Las mujeres catalogaban a la muerte como el camino a una vida mejor, generado mayor impacto emocional. Se ha observado además que mientras más informado se esté menor es el temor de los participantes, más sensibles, se percibe más las normas

organizacionales y hay mejor control de emociones negativas. Conclusiones: Este estudio llega a identificar el grado del conocimiento en relación a los cuidados paliativos.

Vizcarra (2013) realizo un trabajo titulado: “Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes”. El objetivo de este estudio fue determinar los Factores asociados a la actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna – Perú. El presente estudio de tipo cuantitativo, método descriptivo y prospectivo, para la cual se utilizó una población total de 94 profesionales de enfermería, como licenciadas e internas que trabajaban en el mes de octubre del 2012. Logando como resultado que el 36,2% presento tener una actitud positiva frente a la muerte del paciente, el 35,4% tenía una negativa actitud y 28,7% optaban por una actitud de indiferencia. Y entre los factores que se asocian: Factores psicológicos, Pensamiento en la familia frente a un paciente moribundo ($p<0,05$); factor de profesional, Un objetivo más alto en el trabajo ($p<0,05$) factor religioso, como es a consideración respecto a la muerte en la religión ($p<0,05$) tiene una relación significativa de su actitud delante de la muerte del paciente en el personal profesional de enfermería; hay otros factores como: La opinión ante la muerte, se conmueve frente a la familia del paciente, no se asociaron el tipo de religión ni momento para brindar cuidados.

Castillo (2013) realizo un trabajo titulado: “Factores biosocioculturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y Emergencia. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú”, tuvo como objetivo general determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia. La metodología fue cuantitativa de diseño descriptivo, correlacional, de corte transversal, prospectiva; la muestra fue establecida por 40 Profesionales de Enfermería en

donde se les aplicó el cuestionario en dos partes: Primera, factores biosocioculturales y la segunda es la actitud del personal de Enfermería ante la muerte un paciente, utilizando la técnica de la entrevista. Los resultados dieron que el 75% del personal de enfermería reflejan una actitud parcialmente positiva y el 2,5% positiva. La actitud tanto afectiva, cognitiva y conductual; en la mayoría son de parcial positiva. Los factores biosocioculturales como sexo, edad, tiempo de servicio y tiempo que labora en UCI y emergencia en comparación con la actitud de manera general en la mayoría de parcial positiva son de manera estadística significativa $p < 0.05$.

Flores (2013) realizo un trabajo de investigación titulado “Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencia del hospital nacional Hipólito Unanue – Lima – Perú”. El objetivo fue determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población se integró por 50 profesionales de enfermería. La técnica que se utilizó es la encuesta y el instrumento fue el formulario tipo escala de Likert, que se aplicó mediante un previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (50), 42%(21) toman una actitud de indiferencia, 32%(16) toman una actitud de aceptación y 26%(13) toman una actitud de rechazo. En cuanto a la dimensión fisiológica, 58% (29) toman una actitud de indiferencia, 22% (11) toman una actitud de aceptación y 20% (10) toman una actitud de rechazo; en la dimensión espiritual 72% (36) toman una actitud de indiferencia, 20% (10) toman una actitud de rechazo y 8% (4) toman una actitud de aceptación; y en la dimensión psicoemocional 60% (30) toman una actitud de Indiferencia, 24% (12) toman una actitud de

aceptación y 16% (8) toman una actitud de rechazo. Conclusiones. “El gran porcentaje en relación a los profesionales de Enfermería toma una actitud de indiferencia frente a la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión espiritual, fisiológica y psicoemocional”.

Souza, Mota, Barbosa, Ribeiro, Oliveira, & Barbosa (2013) realizaron un trabajo de investigación titulado: “La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros”, tuvo como objetivo conocer los sentimientos experimentados por los enfermeros frente a la muerte y el proceso de morir. Metodología Se trata de un estudio cualitativo, de carácter exploratorio-descriptivo. Formaron parte del estudio enfermeros que trabajaban en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Filantrópico en Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil. Resultados y discusión : Circunstancia de óbito del ambiente hospitalario, en donde se da materialización en el proceso de morir y asimismo de la muerte es, una experiencia empapada con significados científicos, sociales, culturales y subjetivas. Desde el análisis que se dan a las palabras, surgieron las categorías: “Concepto de muerte”; “Sentimientos con relación a la muerte en su lugar de trabajo”; Reacciones ante la muerte y durante el proceso de morir”, las cuales va a ser discutidas a continuación. Se verificó que entre el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir surgen sentimientos como: angustia, sufrimientos, tristeza, impotencia y miedo. Estos sentimientos interfieren en la asistencia que se ofrece al enfermero y su familia, sin embargo, en otro sentido, mostró que, a pesar de que hubo una vivencia de manera constante con la muerte en sus prácticas de UCI, el personal de enfermería no se sensibilizaban con el proceso respecto a la muerte. Se observó asimismo una solidaridad y preocupación de manera constante de los profesionales con las familias del paciente, sienta valorada y adjuntada al contexto de cuidado y hospitalario. En sus

relatos, el personal de enfermería entrevistados expresaron ver a la muerte como un hecho natural, asimismo terminan desarrollando una forma de defensa ante el sufrimiento y dolor.

Álvarez M. (2011) realizó un estudio titulado: “Actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencias de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Perú”, con el objetivo de determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes. El estudio fue descriptivo de corte transversal, la población se integró por las 39 enfermeras. El instrumento utilizado fue una escala modificada tipo Likert; Se dieron los siguientes resultados, que el 61,5% Tienen una actitud de indiferencia, el 20,5% Tienen una actitud de aceptación y 18% Tienen una actitud de rechazo; acerca de la intensidad de la actitud 48,2% tienen una intensidad moderada, 47,1% Tienen una actitud fuerte, y 4,7% tienen una actitud débil y la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 74,4% tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, 59% tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado después de la muerte; 28,2% toman una actitud de aceptación después de la muerte.

Marco teórico

Paciente crítico

Se precisa a un paciente crítico a la presencia de la alteración en la función de uno o más órganos y/o sistemas, siendo esta situación comprometedoras en su supervivencia en parte de algún momento de su evolución, siendo la muerte una posible alternativa. La atención que se brinda a un paciente en estado crítico forma parte de una empresa con extraordinaria complejidad en donde participan variables muy diversas como la severidad de las patologías de los pacientes, complejidad en el equipamiento necesario para

poder dar soporte vital avanzado, imprescindible conjunción y las asesorías de múltiples disciplinas, de rol de manera determinante de la variable del tiempo y principalmente del trabajo cooperativo y coordinado de un gran equipo de profesionales y funcionarios que integran el denominado Staff de la Unidad (Riofrio & De la Hoz, 2015).

Criterios de ingreso según Riofrio & De la Hoz (2015): Modelo de introducción por priorización. Aquellos sistemas llegan a definir a la gran parte de los pacientes que se beneficiarán con la atención en UCI (prioridad 1) y aquellos que no lo realizarán al llegar a esta (prioridad 4).

- Prioridad 1: “Pacientes que son inestables con un requerimiento de monitoreo y con tratamiento intensivo que no puede ser realizado fuera de estas unidades. Los pacientes no tienen límites en sus terapias que están recibiendo. Pueden añadir pacientes post-operados, que tienen insuficiencia respiratoria y están requiriendo un soporte ventilatorio, que se encuentra en shock o tienen inestabilidad circulatoria, necesitan un monitoreo de manera invasiva y/o hemodiálisis aguda y/o drogas vasoactivas”.
- Prioridad 2: “Son pacientes que necesitan tener un monitorio de manera intesiva y de manera potencial pueden necesitan inmediata intervención no estipulando límites terapéuticos. Teniendo un ejemplo a los pacientes que tienen un estado co-mórbido y han desarrollado la enfermedad de manera severa médica y quirúrgica”.
- Prioridad 3: “Son los pacientes que pueden llegar a recibir un tratamiento de manera intensiva que poder aliviar su enfermedad aguda, asimismo, puede colocarse límite a los esfuerzos terapéuticos, como no intubar o efectuar una reanimación

cardiopulmonar si en caso se requiriera. Por ejemplo: Los pacientes con enfermedades malignas que se encuentran en cuidados paliativos”.

- Prioridad 4: “Pacientes que no son apropiados para estar con cuidados UCI. Estos pacientes deberían ser aceptados sobre una base de manera individual, en circunstancias inusuales y con la supervisión del jefe de unidad. Estos pacientes se clasifican en dos categorías”: Pacientes que serán beneficiados de poco en los cuidados de UCI, estando basando un riesgo bajo de inversión activa que no se podría administrar de manera segura en unidad que no sea la de UCI (demasiado bien para beneficiarse). – Pacientes que tienen una enfermedad irreversible y terminal, que luchan con un estado de muerte inminente (demasiado enfermos para beneficiarse). Por ejemplo: falla multiorgánica irreversible, daño cerebral severo irreversible, muerte cerebral que no son potenciales donadores de órganos, pacientes capaces de tomar decisiones que rechazan el monitoreo invasivo y los cuidados intensivos por aquellos destinados sólo al confort, muerte, pacientes con un estado vegetativo persistente.

Paciente crítico oncológico

Es el paciente oncológico que va a ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con el objetivo de una monitorización clínica estricta y soporte vital, debe ser aquel que presenta un evento agudo, grave y potencialmente recuperable a sabiendas que muchas veces no es el escenario con el que nos enfrentamos diariamente. El conocimiento cada vez mayor y el tratamiento cada vez más auspicioso de la patología oncológica, tanto en su manejo ambulatorio o de hospitalización y el mayor conocimiento de las complicaciones agudas, entre ellas las urgencias, sumado esto al avance en la tecnología de monitoreo del paciente crítico,

debería muchas veces facilitarnos el trabajo y ser más sencillo el discernimiento de quien sí y quien no se beneficiará con el cuidado crítico durante la evolución de la enfermedad oncológica. Cada día vemos un mayor número de pacientes con patología oncológica que ingresan en la UCI, bien sea por complicaciones agudas y/o urgencias oncológicas derivadas de la misma enfermedad de base o por efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia o radioterapia recibido en respuesta al tipo y estadío de la enfermedad oncológica. La decisión de ingresar a estos pacientes en la UCI representa muchas veces dilemas de tipo éticos, religiosos, administrativos, familiares y hasta de tipo médicos por lo que es preciso conocer muy bien el pronóstico y evolución (incluso tratamientos a los que fue sometido y las respuestas a los mismos) de la neoplasia del paciente antes de ingresarlo a una Unidad de Cuidados Intensivos (Quintero, Camilo, & González, 2014).

Actitud

Las actitudes es una predisposición a responder de una manera determinada a reacciones favorables y desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia.

FAZIO (1992) La definen como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre” que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social...) hacia el que dirigir nuestra actitud (objetivo actitudinal).

F. H. Allport: “Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden”.

R. H. Fazio & D. R. Roskos-Ewoldsen: “Las actitudes son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de esos objetos”.

C. M. Judd: “Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria”.

Kimball Young: “Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”. R. Jeffress: "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida" (Edufísica, 2012).

Los tres componentes coinciden en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. Es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención en conducta de apoyo u hostilidad. No obstante, habrá que tener presente que para los primeros teóricos sobre las actitudes los tres componentes estaban relacionados entre sí. Dicho de otra manera, se

pensaba que las actitudes consistían en ideas y creencias (componentes cognitivas), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes estaban relacionados con la acción que se realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). Pero en la actualidad, el trabajo teórico y empírico más reciente, mantiene que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo, por ejemplo la atención al enfermo terminal, pero no necesariamente actuar de acuerdo a este sentimiento, es decir, puede o no trabajar con enfermos al final de su vida (Paz, 2009).

Componentes de la Actitud según Cardozo (2009)

Componente Cognitivo.

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

Los indicadores de este componente son:

- Creencias: estado mental en el que un individuo tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o cosa, se expresa a través de una afirmación, no tiene una base científica.
- Valores: estados a los que las personas dan importancia, por ejemplo el éxito, seguridad, amor, felicidad, etc. Es algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses.
- Conocimiento: información adquirida a través de la experiencia o la educación.

Componente Afectivo.

El componente afectivo de una actitud, se refiere a los procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado), la cual es necesario que exista un componente cognitivo.

Los indicadores usados para medirlo son:

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

Componente Conductual.

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

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

- 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.
- Responsabilidad: valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.
- Vocación: forma de expresión de la personalidad frente al mundo del trabajo o del estudio. Disposición natural a realizar ciertas actividades lo cual no es innato, puede ser un proyecto de vida.

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar (Carpintero, 2000).

En nuestra cultura occidental predomina el ignorar la muerte tanto es así que el moribundo suele inhibir y ocultar sus sentimientos al respecto (aun cuando está muy cerca de la muerte). Hay sociedades en las que las personas están tan familiarizadas con la experiencia de la muerte que está apenas se diferencia de cualquier suceso cotidiano de la actividad del hombre, sino que está integrado y forma parte del vivir de las personas, en este sentido hay muchas tendencias y actitudes que tienen como fundamento el nivel de desarrollo social (Castro, 2010).

Bernard Gert: definió la muerte: como una tarea primariamente filosófica, consistente en la explicitación del significado ordinario de "muerte". En el sentido ordinario todos los organismos vivientes mueren y dicha muerte es caracterizada como permanente. Por lo tanto, cuando hablamos de muerte nos referimos a la muerte del organismo, y sólo después de la misma es posible el funeral o la cremación del individuo. La muerte es un fenómeno biológico común a todos los miembros de todas las especies, no obstante los criterios para determinar la muerte de una planta no son precisamente los mismos que se requieren para determinar la muerte de un animal consciente, más sofisticados por el mismo avance de la tecnología que permite mantener artificialmente el cuerpo de un cadáver. El momento de la muerte puede determinarse con precisión. La muerte es considerada por nuestro autor como un evento que separa el proceso de morir del proceso de putrefacción. Analicemos entonces la definición de muerte propuesta por Gert: "la muerte es la cesación permanente de todas las funciones clínicamente observables del organismo como un todo y pérdida permanente de la conciencia por el organismo en todas sus partes identificables" (Gert, 1995).

Tipos de muerte según Oscar & Canseco (2008)

Natural

Es aquella que se presenta en forma lenta y progresiva hasta terminar con la vida precedida por un estado patológico o causa patológica objetiva para todas las personas que le rodeaban

Traumática (violenta)

Es la causada accidental o intencionalmente mediante traumatismo.

Súbita

Es aquella que se presenta en forma repentina e inesperada en persona sana aparentemente ante los que le rodean pero siempre va precedido de un estado patológico. Ejemplo: rotura de un aneurisma aórtico, derrame cerebral (EVC), esclerosis arterial. La principal causa de muerte súbita es la aterosclerosis coronaria.

Inhibición

Es aquella que se presenta en forma repentina e inesperada sin dejar huella de lesión externa ni interna. Se debe a reflejos vagales. Ej. Una emoción muy intensa. Hay órganos que son muy susceptibles a los fenómenos de inhibición traumática: laringe, útero, mucosa gástrica y testículos.

Otros tipos de muerte:

- Muerte jurídica.- Para las Ciencias Jurídicas, la muerte es el fin de la personalidad jurídica, solo le interesa a la ley, la conclusión de la capacidad de actuar, la imposibilidad de poder hacer ya determinaciones y la imposibilidad de participar en situaciones legales.

- Muerte Esperada, es la que se presenta en los casos de patología previa, de causa conocida y con evolución progresiva final.
- Muerte repentina. Es la que sobreviene en forma brusca en un individuo que padece una enfermedad aguda o crónica conocida, cuyo desenlace fatal era de esperar.
- Muerte somática. Detención irreversible de las funciones vitales.
- Muerte celular.- Cese de la vida en distintos tipos celulares. Los cilios se mueven aún 30 h después de la muerte y los espermatozoides son viables hasta 100 h.
- Muerte Real.- Es la muerte definitiva, en donde se ha comprobado la presencia de fenómenos cadavéricos inmediatos, irreversibles.
- Muerte Aparente.- Es en donde después de las medidas de resucitación necesarias, el paciente se recupera. En el estricto sentido de la palabra, esta forma de muerte no existe.
- Muerte cerebral.- Ocurre cuando un individuo privado de la actividad mental superior es sometido a medios artificiales de respiración y circulación.
- Criterios para verificar muerte cerebral de Harvard:
 - Ausencia absoluta de respuesta a estímulos externos.
 - Ausencia de movimientos espontáneos y respiratorios.
 - Ausencia total de los reflejos.
 - EEG isoelectrico.
 - Ausencia de circulación endocraneana demostrada por TAC con xenón o por arteriografía.

Actitud ante la muerte

Las actitudes ante la muerte varían según las diferentes culturas y las edades de las personas. Todas las épocas han tenido sus tabúes, que se han superado en la época postmoderna, pero considero que la muerte por su connotación y significado se ha mantenido como tal; es muy difícil que los padres entre otras cosas les hablen de la muerte a sus hijos, tampoco lo hacen los maestros y profesores, más grave es todavía que nuestros profesionales no reflexionen sobre ella y eviten hablar sobre este acontecimiento con sus enfermos (Castro, 2010).

Las actitudes ante la muerte son un proceso de la educación que varía en función del contexto cultural, están estrechamente relacionadas con la visión personal. La vida es un conjunto de situaciones, desafíos, alegrías y pérdidas; es un proceso dinámico que requiere una adaptación y un ajuste continuo para poder mantenerse. Tal como afirmó Weismann: "la duración de la vida está gobernada por necesidades de la especie, la existencia ilimitada de los individuos sería un lujo sin una correspondiente ventaja evolutiva". En efecto haciendo memoria sobre los procesos ontogénicos, es importante afirmar que los seres vivos nacen, crecen, se reproducen y mueren. (Oviedo, Parra, & Marquina, 2009)

Por consiguiente, la muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse, y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos la muerte del otro, más aún cuando es cercana tendrá un mayor impacto en

quien la presencia, y suele desencadenar un proceso reflexivo en torno a la posibilidad de la propia (Comite Episcopal, 2007).

Hablar sobre la muerte abstracta o específica, es hablar de lo que se está haciendo, de lo que no se hizo, de planes, sueños, pérdidas, del tiempo que se fue, de lo que resta aún. La muerte del otro es un recuerdo de la propia muerte, y en esto consiste la dificultad de las personas en dar a aquellos que fallecen la ayuda y el afecto que necesitan, al despedirse de los demás (Aguilar, Veloso, Pinheiro, & Ximenes, 2006).

Respecto a la habilidad en lidiar con el proceso de la muerte y el morir, la diferencia básica entre legos y profesionales de la salud es que en la vida de estos, la muerte forma parte de lo cotidiano y puede tornarse su compañera de trabajo diario. Sin embargo, percibir la muerte puede constituir un acceso para el conocimiento sobre la muerte y el morir (Borges & Mendes, 2012).

La muerte es un hecho social que ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno colectivo donde era visto como un evento natural: “Y entre tanta tecnología y sin alma, entre tantos objetos inanimados y casi ningún sujeto ¿cómo percibir el rasgo de humanidad en todo acto médico?” (Gherardi, 2017).

El cuidado que ofrece el profesional de enfermería a un paciente moribundo y agónico rompe, en algunas ocasiones, las barreras de las normas. Envueltos en los saberes sociales y culturales arraigados, este personal intenta ceñirse a un protocolo de actuación que institucionaliza sus prácticas, mientras que se proporciona una atención que va más allá de fundamentos biológicos y de la racionalidad técnica o científica. Cuando un paciente agoniza hace aflorar en otros un sentimiento de angustia, miedo o hasta resignación que conllevan a

recordar lo frágil que puede ser la vida. Es en esos momentos cuando el profesional de enfermería reacciona más allá de los conocimientos técnicos y sale a relucir su dimensión social y cultural. Esta dimensión se manifiesta, por ejemplo, dando consuelo religioso, psicológico y su saber se convierte en humano y el dolor ajeno se convierte en propio. La muerte también lleva a generar aislamiento y desapego en algunos profesionales (Vargas, 2012).

Frecuentemente los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros, están expuestos a casos de enfrentamiento de la muerte de personas bajo su cuidado, encontrando dificultades en encararla como parte integrante de la vida, teniéndola como resultado del fracaso terapéutico y del esfuerzo por la cura. Estudiar las concepciones culturales del proceso salud-enfermedad-muerte en las diferentes sociedades puede proporcionar una posibilidad de comprensión a los profesionales de enfermería de sus propios valores y creencias ante la muerte y del proceso de morir, así como también sus actitudes y acciones relacionadas con las cuestiones de lo cotidiano que influyen en la vida personal y profesional (Gutierrez & Ciampone, 2006).

La simple convivencia diaria con la muerte, no impide a los profesionales la expresión de malos sentimientos, por el contrario, es necesario que tengan mejor comprensión sobre este hecho, para que puedan sufrir menos, controlar las emociones y ayudar mejor a los pacientes y a sus familiares, a pesar de que la muerte forma parte de la vida y sea exactamente esta perspectiva la que va replantear la propia vida, hablar sobre el tema siempre asustó al ser humano, aun tratándose de profesionales de la salud, conscientes de la impotencia humana y de la propia muerte (Sanches & Carvalho, 2009).

Las etapas de morir para Kubler- Ross (2010), psiquiatra que trabaja con gente moribunda y luego de hablar con casi 500 pacientes terminales describió en 1969 – 1970, cinco etapas en términos de la proximidad de la muerte:

Etapas de la negación

El hecho de negar la realidad de que alguien ya no está con nosotros porque ha muerto permite amortiguar el golpe y aplazar parte del dolor que nos produce esa noticia. Aunque parezca una opción poco realista, tiene su utilidad para nuestro organismo, ya que ayuda a que el cambio de estado de ánimo no sea tan brusco que nos dañe. La negación puede ser explícita o no explícita, es decir, que aunque nos expresemos verbalmente aceptando la información de que el ser querido ha muerto, a la práctica nos comportamos como si eso fuese una ficción transitoria, es decir, un papel que nos toca interpretar sin que nos lo creamos del todo. En otros casos, la negación es explícita, y se niega de manera directa la posibilidad de que se haya producido la muerte. La negación no puede ser sostenida de manera indefinida, porque choca con la realidad que aún no se ha llegado a aceptar del todo, así que terminamos abandonando esta etapa (Kubler- Ross,2010).

Etapas de la ira

La rabia y el resentimiento que aparecen en esta etapa son fruto de la frustración que produce saber que se ha producido la muerte y que no se puede hacer nada para arreglar o revertir la situación. (Kubler- Ross,2010).

El duelo produce una tristeza profunda que sabemos que no puede ser aliviada actuando sobre su causa, porque la muerte no es reversible. Además, la muerte es percibida como el resultado de una decisión, y por eso se buscan culpables. Es por eso que aparece una fuerte

sensación de enfado que se proyecta en todas las direcciones, al no poder encontrarse ni una solución ni alguien a quien se le pueda responsabilizar completamente por la muerte. Aunque una parte de nosotros sepa que es injusto, la rabia se dirige contra personas que no tienen la culpa de nada, o incluso contra animales y objetos.

Etapa de la negociación

En esta etapa se intenta crear una ficción que permita ver la muerte como una posibilidad que estamos en posición de impedir que ocurra. De algún modo, ofrece la fantasía de estar en control de la situación. En la negociación, que puede producirse antes de que se produzca la muerte o después de esta, fantaseamos con la idea de revertir el proceso y buscamos estrategias para hacer que eso sea posible. Por ejemplo, es frecuente intentar negociar con entidades divinas o sobrenaturales para hacer que la muerte no se produzca a cambio de cambiar el estilo de vida y "reformarse". "Del mismo modo, el dolor es aliviado imaginando que hemos retrocedido en el tiempo y que no hay ninguna vida en peligro. Pero esta etapa es breve porque tampoco encaja con la realidad y, además, resulta agotador estar pensando todo el rato en soluciones" (Kubler- Ross,2010).

Etapa de la depresión

"En la etapa de la depresión (que no es en sí el tipo de depresión que se considera trastorno mental, sino un conjunto de síntomas similares), dejamos de fantasear con realidades paralelas y volvemos al presente con una profunda sensación de vacío porque el ser querido ya no está ahí. Aquí aparece una fuerte tristeza que no se puede mitigar mediante excusas ni mediante la imaginación, y que nos lleva a entrar en una crisis existencial al considerar la irreversibilidad de la muerte y la falta de incentivos para seguir viviendo en una realidad en la que el ser querido no está. En esta etapa es normal que nos aislemos más y que nos notemos

más cansados, incapaces de concebir la idea de que vayamos a salir de ese estado de tristeza y melancolía” (Kubler- Ross,2010).

Etapa de aceptación

“Es en el momento en el que se acepta la muerte del ser querido cuando se aprende a seguir viviendo en un mundo en el que ya no está, y se acepta que ese sentimiento de superación está bien” (Kubler- Ross,2010).

Actitud del Personal de Enfermería ante la Muerte

La muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy difícil de afrontar para el profesional, así como para la familia del ser querido que acaba de morir. Se teme no sólo a la muerte sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de facultades mentales. El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de asistir a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (Maza, Zavala, & Merino, 2008).

Factores que influyen en la actitud

Se utiliza el término biosociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos biológicos, sociales y culturales de una comunidad o

sociedad. De tal modo que un elemento biosociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para la organización de la vida comunitaria como para darle significado a la misma. Cuando se aplica el adjetivo de biosociocultural a algún fenómeno o proceso se hace referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades. En este sentido avances o creaciones biosocioculturales del hombre desde los primeros días de su existencia pueden ser las diferentes formas de organización y jerarquización social, las diversas expresiones artísticas, la creación de instituciones que tuvieran por objetivo ordenar la vida en comunidad, la instauración de pautas morales de comportamiento, el desarrollo de las religiones y estructuras de pensamiento, la creación de sistemas educativos (Bembibre, 2007).

Los factores biológicos, sociales y culturales tienen una importancia decisiva en la explicación de la evolución del pensamiento, sin embargo, es necesario afirmar que ellos no actúan en bloque ni de modo unilateral e independientemente de los factores biológicos e individuales. Por tanto, es necesario diferenciar su accionar, pues, corrientemente, se le reduce a una única dimensión: la transmisión social y cultural (Dongo, 2009).

El concepto morir, desde una perspectiva filosófica cabe aceptarlo como la descripción del ser de toda persona, tiene un sentido estrictamente limitado en su uso específico en el ambiente del hospital. Las muertes ocurren dentro de un orden social, los pensamientos, intereses, actividades, proyectos, planes y esperanzas de los otros están más o menos vinculadas a la persona que muere y al hecho de su muerte. El carácter de este vínculo está dado en parte por la ubicación de la persona en una diversidad de estructuras sociales, es decir, familia, el hospital, las carreras ocupacionalmente estructuradas de la sociedad, sistemas de

edades, experiencia profesional, sexo, lugar de procedencia con sus costumbres arraigadas, religión, y proporciona a su vez variados grados de importancia a la anticipación de la muerte y al establecimiento de cursos de acción sobre la base de la anticipación. Las muertes ocurren también dentro de un orden médico organizacional. La programación de los tratamientos, las actividades de diagnósticos y pronósticos, la disposición de tiempo, interés y dinero son elementos que integran los intereses prácticos y autorizados de los profesionales médicos, y la anticipación de las muertes figura en un lugar muy importante dentro de su organización concreta (Gonzalez, 2007).

Teoría del final tranquilo de la vida según Ruland y Moore

La teoría del final tranquilo de la vida, está conformada por varios marcos Teóricos Ruland y Moore (2011) se basa fundamentalmente en el modelo de Donabedian de estructura, proceso y desenlaces que fue parcialmente desarrollada a partir de la teoría de sistemas generales. Esta teoría es dominante en todos los tipos de teoría en enfermería, desde los modelos conceptuales a las teorías intermedias o de micro rango, lo que indica su utilidad para explicar la complejidad de las interacciones y organizaciones de asistencia sanitaria.

En la teoría, se define: “la buena vida como conseguir lo que se desea, un enfoque que parece especialmente adecuado en el cuidado del final de la vida; la calidad de vida se define y evalúa como una manifestación de la satisfacción mediante la evaluación empírica de criterios como el alivio de los síntomas y la satisfacción con las relaciones interpersonales, la incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de 19 decisiones sobre los cuidados de salud se considera apropiada y necesaria para conseguir desenlaces satisfactorios”.

Conceptos principales utilizados en la teoría

- Ausencia de dolor: la parte fundamental de la experiencia del final de la vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión física potencial o real.
- Experiencia de bienestar: El bienestar se define de forma general, como “alivio de la molestia, el estado de relajación y satisfacción tranquilo, y todo lo que hace la vida fácil o placentera.
- Experiencia de dignidad y respeto: todo paciente terminal se “respetado y se aprecia como un ser humano”. Este concepto incorpora la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas, que establece que las personas deben tratarse como entes autónomos, y que las personas con autonomía reducida tienen derecho a protección.
- Estado de tranquilidad: la tranquilidad es un “sentimiento de calma, armonía y satisfacción (libre de) ansiedad, agitación preocupaciones y miedo”. Un estado tranquilo incluye las dimensiones física, psicológica y espiritual.
- Proximidad de los allegados: la proximidad es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan”. Implica una cercanía física o emocional expresada por relaciones afectuosas, íntimas.

Afirmaciones teóricas

- Controlar y administrar la analgesia y aplicar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas contribuye a la experiencia del paciente de no tener dolor. Prevenir, controlar y aliviar las molestias físicas, facilitar el reposo, la relajación y la

satisfacción, y prevenir las complicaciones contribuye a la experiencia de bienestar del paciente.

- Incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente contribuye a la experiencia de dignidad y respeto del paciente.
- Proporcionar apoyo emocional, confort y satisfacción de las necesidades de ansiolíticos expresadas por el paciente, inspirar confianza, proporcionar al paciente y a sus allegados orientación en cuestiones prácticas, y proporcionar la presencia física de otra persona que ofrezca cuidados, si se desea, contribuye a la experiencia del paciente de estar tranquilo.
- Facilitar la participación de los allegados en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas, y facilitar la proximidad de la familia contribuye a la experiencia de proximidad de los allegados o personas que cuidan.
- Las experiencias del paciente de no tener dolor, de bienestar, de dignidad, y de respeto, de estar en paz, la proximidad de los allegados o personas que cuidan y que contribuyen al final tranquilo de la vida

Teoría del entorno de Florence Nightingale

Teoría del entorno fue creada por Florence Nightingale, una enfermera considerada mundialmente como madre de la enfermería moderna. Esta teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. Nightingale consideraba que la enfermera era la

encargada de manipular el ambiente para beneficiar la salud del paciente. Como toda teoría, esta posee características que la identifican junto a los 4 meta paradigmas, supuestos y afirmaciones que la sustentan Attewell (2000).

Enfermería; “Nightingale creía que toda mujer ejercía enfermería de algún modo ya que: Enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona. Por esta razón publicó su libro «notas de enfermera» con el fin de dar a las mujeres instrucciones de como proporcionar cuidados de enfermería”.

Persona: “Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Hay relación entre enfermera y paciente donde el paciente era el pasivo, pero creía en el autocuidado del paciente siempre y cuando fuera posible. Las enfermeras le preguntaban al paciente sus preferencias alimenticias, ya que se veía a cada paciente como un individuo. Se respeta a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social”.

Salud: “Contempla la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de cuidado. Nightingale la define como: sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Nightingale concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control de entorno y la responsabilidad social (cambio de actitud)”.

Entorno: “Los enfermos se benefician física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas. El entorno es definido como: aquellos elementos externos que afectan la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”.

La filosofía de Florence Nightingale, el cual se centra en el entorno, señala que “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo son capaces de evitar, suprimir, o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte”, es decir, que no separa los aspectos físicos, emocionales o sociales del medio del paciente, aparentemente suponía que todos ellos formaban parte de su entorno. Basó sus ideas en los valores individuales, sociales y profesionales; sus influencias más significativas fueron la educación, la observación y la experiencia directa (Attewell, 2000).

Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados transcultural según Ruiz (2014)

Madeleine Leininger como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

(Ruiz, 2014).

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de investigación

Este estudio se realizará en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica “Eduardo Cáceres Graziani”, de Nivel III de alta especialización en Oncología, está ubicado en la Av. Angamos N° 2520, Distrito de Surquillo, Provincia del Departamento de Lima. Cuenta con una capacidad de 350 camas; 27 servicios, donde se brinda cuidados a pacientes con grado de dependencia II al V, correspondientes a todas las edades del ciclo vital, niños y adultos con un promedio de 5 a 12 días de permanencia / mes.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas cuenta con enfermeros especialistas en oncología, intensivistas, emergencistas, instrumentistas y otras, que constituyen la fortaleza operacional y técnica en el trabajo, del mismo modo el personal técnico de enfermería son profesionales con entrenamiento. Ambos profesionales trabajan en un 98% en turnos rotativos con guardias diurnas y nocturnas todos los días.

El servicio donde se desarrollará el presente estudio es en la Unidad de Terapia Intermedia (UTI) que está ubicado en el tercer piso del hospital, colindando por el este con el servicio de adolescentes y por el oeste con el servicio de Trasplante de Medula Ósea, cuenta con una capacidad de 6 camas para la atención de pacientes críticos de grados de dependencia III, IV y V. Así mismo se desarrollará el estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que está ubicado en el cuarto piso, zona oeste del hospital, cuenta con capacidad de 6 camas para la atención de pacientes críticos de grados de dependencia III, IV y V. Ambas unidades provista de alta tecnología de equipos e insumos para la atención de

pacientes críticos en cada unidad del paciente. En este sector trabajan 3 enfermeras por día, el total del personal profesional de esta unidad cuenta con estudios de maestría, especializadas en oncología, cuidados intensivos y cursos de entrenamiento en medicina paliativa, tratamiento del dolor, instrumentación quirúrgica y nefrología, constituyéndose en un nivel de alta competencia que permite que la UTI y UCI puede enfrentar retos profesionales en el trabajo continuo. Del mismo modo tenemos 03 técnicos de enfermería asignados, entrenados en cuidados intensivos y en oncología para la atención de 06 pacientes, la misma distribución es para ambas unidades.

Población y muestra

Población

La población estará conformada por todas las enfermeras que laboran en la Unidad de Terapia Intermedia siendo un total de 17 y en la Unidad de Cuidados Intensivos un total de 17, en ambos hacen una población de 34 enfermeras, ambas unidades atienden a pacientes críticos. Para este estudio la muestra es no probabilística ya que se trabajará con toda la población global.

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras/os de ambos sexos, contratadas o nombradas.

Criterios de exclusión:

- Enfermeras que tengan menos de 1 años en la unidad de terapia intermedia y cuidados intensivos.

Tipo y diseño de investigación

El diseño de la investigación será no experimental porque no habrá manipulación de variables, de corte transversal por que la recolección de los datos se realizará en un solo momento, correlacional causal porque determina si dos variables están correlacionadas y descriptivas ya que describe los hechos como son observados. Es una investigación con enfoque cuantitativo porque se recogerá y analizara datos cuantitativos sobre las variables: factores socioculturales y la actitud ante la muerte. En función a los objetivos es una investigación del tipo básica porque se orienta a ampliar el conocimiento teórico existente respecto a las variables en estudio, en función a la fuente de recolección de los datos es una investigación de campo porque los datos serán obtenidos del mismo individuo donde se presentan las variables (Hernandez, Fernantes, & Baptista, 2010)

Formulación de hipótesis

Hipótesis principal

Los factores biosociocultural influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico.

Hipótesis derivadas

Los factores biosocioculturales no influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico.

Identificación de variables

Variable Independiente:

Factores biosocioculturales

Son características del profesional de enfermería que influyen directa o indirectamente sobre el tipo de actitud frente a la muerte de los pacientes.

Variable Dependiente:

Actitud de los profesionales en la muerte del paciente crítico.

La actitud es la predisposición organizada que tienen las enfermeras para pensar, sentir, percibir y comportarse en cierta forma ante el proceso de muerte del paciente crítico.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Factores biosocioculturales	Son procesos o fenómenos relacionados con los aspectos biológicos, sociales y culturales de una sociedad, que tienen que ver exclusivamente con la realizaciones humanas que puedan servir tanto para la organización de la vida comunitaria como para darle significado a la misma.	Son características del profesional de enfermería que influyen directa o indirectamente sobre el tipo de actitud frente a la muerte de los pacientes.	<p>Biológico</p> <p>Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Condición laboral • Tiempo de servicio • Tiempo que labora en UTI • Especialidad en UCI • Labora en otra institución • Procedencia 	<p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

			Cultural	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de religión	Nominal Nominal
--	--	--	----------	--	--------------------

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizará un instrumento tipo cuestionario que fue elaborado por Hernandez, Gonzalez, Fernandez, & Infante, utilizado en un trabajo de investigación titulado “Actitud ante la muerte en los médicos de las familias”, en Cuba en el año 2002 el cual fue adaptado y modificado por las investigadoras, teniendo que ser llenadas por las enfermeras(os) de los servicios Unidad de Terapia Intermedia y de la Unidad Cuidados Intensivos, dicho instrumento será sometido a juicios de experto para su respectiva validación; los expertos estarán conformados por 7 profesionales de enfermería expertas en áreas críticas, una Magister, un Medico en UCI, y una Psicóloga en el tema, presentando una V de Aiken de 0.88, lo que indica que este instrumento es válido. El instrumento consta de tres partes con datos específicos el cual se divide en 4.1 evalúa factores que influyen en el profesional de enfermería que cuenta con factores biológicos de 2 preguntas, factores sociales de 6 preguntas, factores cultural de 2 preguntas; el 4.2 evalúa actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico cuenta con 3 aspectos: el primero actitud cognitiva que consta de 8 ítems, la segunda es actitud afectiva que consta de 11 ítems y la tercera actitud conductual que consta de 11 ítems, para la evaluación de la actitud mediante el instrumento se le dará los puntajes siguientes: a las respuestas en desacuerdo tiene una valor de 1 y la respuesta de acuerdo un valor de 2, haciendo un total de 60 puntos; si el puntaje es mayor de 44 es una actitud positiva y si es menor es una actitud negativa; para la confiabilidad del instrumento se aplicó una muestra piloto que cumplen características similares a la población de estudio, se calculó con el KR20 obteniendo un resultado de 0.75 lo cual nos indica que es un instrumento válido para su aplicación.

Proceso de la recolección de datos.

Para iniciar la ejecución del estudio, se solicitará autorización al departamento de educación del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, después se informará a la jefaturas de Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Terapia Intermedia en donde será aplicado el estudio, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión a la población seleccionada, las cuales firmarán consentimiento informado para la participación para el estudio seleccionado, el llenado del instrumento para la recolección de datos tiene un tiempo de duración de aproximadamente 30 minutos que será tomado por las investigadoras.

Análisis de la información

Terminada la recolección de datos se procederá al ingreso de los datos en el software IBM SPSS Statistics Versión 22, se realizará la depuración de los datos; es decir, el control de calidad, eliminación a los casos que presenten más del 10% de los ítems perdidos, luego se procederá a la preparación de los datos, para lo cual, se realizará la sumatoria de los valores obtenidos para cada ítem. Con respecto a la variable factores biosocioculturales se identificará cada factor. Para obtener las puntuaciones de la variable actitud se realizará la sumatoria de los 30 ítems planteados. Una vez terminado el proceso de preparación de los datos se realizará los pasos correspondientes, se procederá al análisis respectivo para la correlación de las dos variables de estudio el cual se utilizará el coeficiente de Correlación Lineal de Pearson, donde los resultados serán expresados en tablas y gráficos, utilizando tablas de frecuencia para las variables de estudio, con sus respectivos valores absolutos y porcentajes en cada categoría. (Ferre, 2014)

Consideraciones éticas

Autonomía

A todas las enfermeras participantes se le explicará y se le entregará el consentimiento informado para la participación voluntaria de la investigación y así recolectar de información respectiva.

Beneficencia

Se brindará a las participantes los resultados obtenidos de la investigación, el cual con ello se podrá proponer o implementar medidas para afrontar de manera saludable los resultados que podrían resultar de esta investigación en beneficio de los profesionales de enfermería.

No Maleficencia

Las participantes de la investigación no sufrieron de ningún daño, respetando su integridad física y psicológica de cada una de ellas (os).

Justicia

Todas las enfermeras participantes recibieron un trato justo, sin discriminación alguna, manteniendo el respeto equitativo, así mismo se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos.

Capítulo IV

Administración del proyecto de investigación

Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	2017					
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1. Elaboración de Problema de Investigación	→					
2. Elaboración de Marco Teórico	→	→				
3. Procesamiento de la información		→	→	→		
4. Tabulación y análisis				→		
5. Discusión				→		
6. Conclusiones y recomendaciones					→	
7. Informe final						→

Presupuesto:

RECURSOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Asesoría estadística	1(50 horas)	30.00	1500.00
Sustentación	1	500.00	500.00
Impresión	1500	0.10	150.00
Lapiceros	4	0.50	02.00
Folder manila y FASTER	10	0,80	08.00
Cuaderno	4	1.50	06.00
CD	1	1.00	06.00
USB	1	15.00	15.00
Fotocopias	500	0.10	50.00
Teléfono(min)	20	0.50	10.00
Empastado	05	30.00	150.00
Movilidad local	30	20.00	600.00
Alimentación	30	15.00	450.00
TOTAL			3,447.00

Referencias

Aguilar, I., Veloso, T., Pinheiro, A., & Ximenes, L. (2006). Envolvimento do Enfermeiro no processo de morrer de bebés internados em Unidade Neonatal. *Rev. Acta Paul Enfermerio*, 19(2), 131 - 137.

Alvarez, M. (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 Rabagliati Martins*. Tesis para optar el título de licenciada de especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú.

Ascencio, L., Verastegui, E., & Allende, S. (2014). Creencias y Actitudes y Ansiedad ante la Muerte en un Equipo Multidisciplinario de Cuidados Paleativos Oncológicos. *Rev. Psicooncología*, 11(1), 101 - 115.

Attewell, A. (2000). Florencia Nigthingale. *Rev. UNESCO Oficina Internacional de Educación*, 173-189.

Bembibre, C. (2007). *Definición de Sociocultural*. Recuperado el 2017, de <https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>

Borges, M., & Mendes, N. (2012). Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev. Bras Enferm*, 65(2), 324-331.

Cardozo, A. (2009). *Actitudes: Componente de las actitudes*. Distrito Federal- Mexico.

Carpintero, H. (2000). Notas históricas sobre la ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 6(2), 1-19.

Castillo, K. (2013). *Factores Biosocioculturales y Actitudes de la Enfermera Ante la Muerte del Paciente en UCI y Emergencia Hospital Regional Docente de Trujillo-*. Trujillo- La Libertad - Perú: Universidad Católica Los Angeles Chimbote.

Castro, I. (2010). Concepcion Etico Filosofico de la Muerte. *Ciencias Médicas de Holguín*.

Comite Episcopal, p. 1. (2007). *La Eutanasia*. Recuperado el 2017, de <http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/comisiones/ceas/familia/>

Dongo, A. (2009). Significado de los factores sociales y culturales en el desarrollo cognitivo. *Rev. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 12(2), 227 -237.

Edufisica, G. d. (2012). Las Actitudes. *Revista de. Educacion Fisica*, Mexico paginas 1-8.

Ferre, M. (2014). Articulos de Modelos de Regresión Recuperado el 2017, de: <http://www.um.es/ae/FEIR/40/>

Flores, Y. (2013). *Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencia*. Tesis para optar la licenciatura de enfermera especialista de emergencias y desastres, Lima - Perú.

Freitas, T., Banazeski, A., Elsele, A., Bitencourt, J., & Souza, S. (2016). La Visión de la Enfermera ante el Proceso de la Muerte y Morir de Pacientes Criticos: Una Revision Integradora. *Enfermería Global*(41).

Galvez, M., Rios, F., Fernandez, L., Del aguila, V., Muñumel, G, y otros. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera un estudio fenomenologico. *Rev. Enfermería Intensiva*, 22(1), 13- 21.

Garcia, B., Araujo, E., Garcia, V., & Garcia, M. d. (2014). Sentimientos que Manifiestan las Enfermeras ante la Muerte de su Paciente. *Revista Horizontes*, 15.

Garcia, M. (2015). *Factores Asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal del hospital Dos de Mayo 2015*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Gert, B. (1995). A complete definition of death. (C. Machado, Ed.) *Elsevie*.

Gherardi, C. (2017). Vida y Muerte en tarpia Intensiva: estrategias para conocer y participar de las desiciones. Buenos Aires: Biblos.

Gonzalez, E. (2007). *Aspectos culturales y religiosos de la muerte a lo largo de la historia*. Recuperado el 2017, de <http://www.monografias.com/trabajos41/la-muerte/la-muerte2.shtml#ixzz4iyyDXu2>

Gutierrez, B., & Ciampone, M. (2006). Profissionais de Enfermagem Frente ao Processo de Morte em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*, 19(4), 456-461.

Hernandez, G., Gonzalez, V., Fernandez, L., & Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los medicos de las familias. *Rev. Cubana Med Gen Interg*, 18(1), 22-32.

Hernandez, R., Fernantes, C., & Baptista, M. (2010). Cocepcion oelecion del diseño de investigación. En R. Hernandez, C. Fernantes, & M. Baptista, *Metodologia de la Investigación* (págs. 149- 155). Mexico: McGraw - Hill/ Inreramericana Editores.

Kubler- Ross, E. (2010). *Sobre la Muerte y los Moribundos: Alivio del sufrimiento para los afectados*. Madrid - España.

Marchán, S. (2014). Afrontamiento del profesional de enfermeria ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncologia. *Nure Investiigación*(82).

Maza, M., Zavala, M., & Merino, J. (2008). Actitud del profesional de enfermeria ante la muerte de pacientes. *Rev. Ciencia y Enfermeria*, 1(XV), 39.

Oscar, D., & Canseco, F. (Junio de 2008). *Tanatologia Forense, Muerte y biopsias*. Obtenido de <http://apuntesmedlegaltanatologia.blogspot.pe/>

Oviedo, S., Parra, F., & Marquina, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería Global*(15).

Paz, A. (2009). *Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma*. Colombia.

Pulliquitin, T. (2014). *Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida*. Quito-Ecuador.

Quintero, G., Camilo, N., & González, M. (2014). El paciente oncológico crítico: De la hospitalización a la Unidad de Cuidados Intensivos. ¿Un derecho o un deber?;. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 29(2), 106 - 111.

Riofrio, R., & De la Hoz, C. (Marzo de 2015). Criterios de Ingreso y Egreso a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de tratamiento Intermedio (UTI). *Clinica Mayor*, 2-9.

Ruiz, L. (lunes 14 de abril de 2014). *Madeleine Leininger*. Obtenido de <http://tftt4.blogspot.pe/>

Ruland, C., & Moore, S. (2011). teorías intermedias, Teoría del final tranquilo de la vida. *Rev. El Elsevier*.

Salazar, J. (2016). *Actitud ante la Muerte en Estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú.

Sanches, P., & Carvalho, M. (2009). Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev. Gaúch Enferm.*, 30(2), 289-296.

Souza, L., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, R., Oliveira, C., & Barbosa, D. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Rev. Enfermería Global*, 12(32).

Takao, W., Domínguez, G., & Colmenares, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Rev. Gaceta Medica de Mexico*, 5(151), 2.

Trujillo, Z., Paz, F., Sánchez, M., Nava, G., Zamora, P., Garcia, C., et al. (2013, Enero-Febrero). Estudio exploratorio sobre conocimientos de cuidados paliativos y actitudes de profesionales de salud, ante la muerte y el trabajo emocional. *Revista Mexicana de Neurociencia*(14), 8-13.

Vargas, D. (Diciembre de 2012). Percepción de Enfermería en torno a la muerte de pacientes en etapa terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 16(1), 37 - 44.

Vicensi, M. (2016). Reflexión sobre la muerte y el morir en la uci a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos. *Rev. Bioética*, 24(1), 64-72.

Vizcarra, A. P. (2013). *Factores Asociados a la Actitud del Personal de Enfermería ante la Muerte de los Pacientes en el Hospital Hipolito Unanue*. Tacna - Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman.

Wikler, D. (febrero - marzo 1988). *No muerto, no morir? Categorías éticas y estado vegetativo persistente* (Vol. 18). Hastings - E.E.U.U.

Apéndices

Apéndices A. Instrumento

Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos – INEN – 2017

INTRODUCCIÓN

Se ha elaborado el siguiente instrumento con el objetivo de determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos. Las respuestas de este instrumento son totalmente anónimas. Agradecemos de antemano su colaboración

II. INSTRUCTIVO

Marque con un aspa(X) la opción que considere.

IV. DATOS ESPECIFICOS

4.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

A.- Factores Biológico

1.-Edad: a) 25 a 30 años () b) 31 a 40 años () c) 41 a 50 años () d)>50años ()

2.-Sexo: a) F () b) M ()

B.- Factores sociales:

3.-Estado civil: a) Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()

4.-Condición laboral: a) Nombrada () b) Contratada ()

5.-Tiempo de servicio: a) 2 a 5 años () b) 6 a 10 años () c) 11 a 15 años ()

d) >16 años

6.-Tiempo que labora en UTI y UCI: a) 2 a 4 años () b) 5 a 7 años ()

c) 8 a 10 años () d) >11 años

7.- Especialidad de UCI: Si () No ()

8.-Labora en otra institución Si () No ()

C.-Factores culturales:

7.-Procedencia: a) Costa () b) Sierra () c) Selva ()

8.-Tipo de religión: a) Católica () b) Adventista () c) Testigo de Jehová ()

d) Evangélica () d) Otras ()

4.2. ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LA MUERTE DEL PACIENTE CRÍTICO

N°	<p style="text-align: center;">ACTITUD COGNITIVA Creencia - Valores – Conocimientos</p>	ACUERDO	DESACUERDO
1	¿Cree usted que la muerte digna es que el paciente tenga el apoyo familiar y espiritual?		
2	¿La atención que usted brinda al paciente crítico depende mucho de sus creencias?		
3	¿Usted cree que hay vida después de la muerte?		
4	¿Usted percibe la muerte como un paso a la eternidad?		
5	¿Reconoce usted la muerte como un hecho inevitable, que cada día le ayuda a su crecimiento personal?		
6	¿Usted piensa en su familia durante la atención de un paciente que va a morir?		
7	¿El contacto frecuente con la muerte, le ha hecho verla como algo natural?		
8	¿Los conocimientos que adquirió durante su formación profesional son suficientes para atender a un paciente crítico ante la muerte?		

N°	<p style="text-align: center;">ACTITUD AFECTIVA</p> <p style="text-align: center;">Temor – Apatía – Sensibilidad – Ansiedad</p>	ACUERDO	DESACUERDO
9	¿Tiene usted temor en este instante de su vida?		
10	¿Tiene usted temor ante la posibilidad de contraer alguna enfermedad que le conlleve inevitablemente a la muerte?		
11	¿Le produce a usted temor al atender a un paciente crítico que se encuentra en el proceso de muerte?		
12	¿Le da a usted igual si un paciente muere o no?		
13	¿Le da lo mismo a usted vivir o morir?		
14	¿Se conmueve usted con la familia cuando atiende a un paciente crítico que está en proceso de muerte?		
15	¿Manifestar sensibilidad durante la atención al paciente crítico es una muestra de vulnerabilidad ante el equipo profesional de salud?		
16	¿Usted mantiene un límite emocional al no comprometerse en la atención al paciente crítico en el proceso de muerte?		
17	¿Se siente usted perturbado cuando piensa en lo corta que es la vida?		
18	¿Piensa usted que sería más feliz, si ignorase que ha de morir?		
19	¿Le molesta a usted que le hablen de temas relacionados a la muerte?		

N°	<p style="text-align: center;">ACTITUD CONDUCTUAL</p> <p style="text-align: center;">Aceptación - Rechazo - Responsabilidad –Vocación</p>	ACUERDO	DESACUERDO
20	¿La atención al paciente crítico ante la muerte es una actitud innata en usted?		
21	¿Cree usted que hay momentos que la muerte es un alivio ante el sufrimiento del paciente crítico?		
22	¿Para usted la vida tiene más significado porque acepta el hecho de su muerte?		
23	¿El contacto frecuente con la muerte le ha hecho verla como algo natural?		
24	¿El profesional de enfermería tiene el derecho de rechazar la atención del paciente crítico ante la muerte?		
25	¿Usted atendería durante el episodio terminal de la vida de un paciente crítico de su área?		
26	¿Usted prefiere no pensar en la muerte		
27	¿El proceso de muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida?		
28	¿Me siento más responsable si la petición de atender a un paciente crítico ante la muerte proviene de un conocido?		
29	¿La muerte de un paciente crítico me hace pensar en un fracaso profesional?		
30	¿El sentido de mi trabajo profesional es salvar la vida de los pacientes?		

Apéndice B: Validez de Instrumento V de Aiken

Items	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	S	N	C-1	V de Aiken	
Forma de aplicación y estructura	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	1	1
Orden de las preguntas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	1	1
Dificultad para entender las preguntas	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	10	1	0.7
Palabras difíciles de entender en los ítems	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	1	0.8
Opciones de respuesta pertinentes	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	10	1	0.9
Correspondencia con la dimension o constructo	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	10	1	0.9
V de Aiken Total																							0.88		

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir, ¿Cuáles son los Factores socioculturales relacionados con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Abril a junio del 2017?

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a la relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

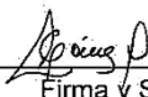
Juez N°: 01

Fecha actual: 9.6.17

Nombres y Apellidos de Juez: Jessica Paula Gómez Vivas

Institución donde labora: H.N.G. Almenara I. EsSalud

Años de experiencia profesional o científica: 15 años


Firma y Sello
Lic. JESSICA GOMEZ VIVAS
C.E.P. N° 30868
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.
H.N.G. ALMENA I.

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ()

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones: 6 _____

Sugerencias: _____

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones: 16 comproañeridose _____

Sugerencias: comproañerise _____

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 (80) 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿ La muerte digna para Ud. es que el paciente tenga
el apoyo familiar y espiritual? o Cree Ud. que
la muerte digna es -

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

(6) eliminar el NO, ya que la respuesta es también
NO

Fecha: 9-6-17

Valido por: Jessica Sáenz Dinos


INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir, ¿Cuáles son los Factores socioculturales relacionados con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Abril a junio del 2017?

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a la relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 02
 Fecha actual: 3 Julio 2017
 Nombres y Apellidos de Juez: Marian Paule Paredes Lozano
 Institución donde labora: INEN
 Años de experiencia profesional o científica: 8 año


 Lic. Marian Paule Paredes Lozano
 Enfermera
 Departamento de
 Cuidados Intensivos

Firma y Sello

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 3 Julio 2012

Valido por: [Firma]

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir, ¿Cuáles son los Factores socioculturales relacionados con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Abril a junio del 2017?

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a la relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.


Juez N°: 03

Fecha actual: Mayo 09 2017

Nombres y Apellidos de Juez: JACINTA CRUZ RONDÓY

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 35 AÑOS


Firma y Sello

Lic. Jacinta Cruz Rondoy
Cél. Jefe Serv. de la Unidad Terapia Intermedia
Departamento de Enfermería
CEP. 11687
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
 DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (✓)

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (✓)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100)

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 09-06-2017

Valido por: _____

J. Cruz
Lic. Jacinta Cruz Rondoy
Esp. Jefe Esp. de la Unidad Terapia Intensiva
Departamento de Enfermería
CEP. 11687
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

3

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir, ¿Cuáles son los Factores socioculturales relacionados con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Abril a junio del 2017?

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a la relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 04

Fecha actual: 13 Junio 2019

Nombres y Apellidos de Juez: Juana Isabel Asencio Lopez

Institución donde labora: INEN

Años de experiencia profesional o científica: 20 años



Firma y Sello
 Lic. Juana Isabel Asencio Lopez
 Enfermera Jefe Emergencia
 Departamento de Enfermería
 CEP 24506
 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI

NO ()

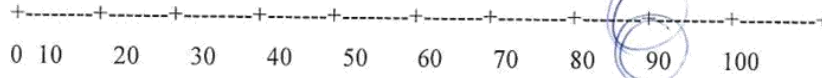
Observaciones: _____

Sugerencias: _____

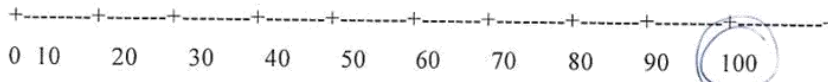
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

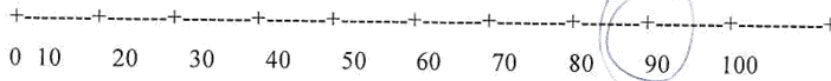
¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?



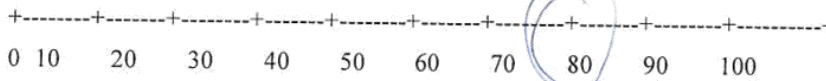
¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?



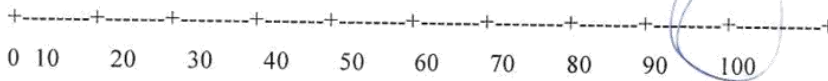
¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?



¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?



¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?



¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

Fecha: 13-6-17

Valido por: [Signature]

Lic. Juan Isidro A. Benicio Lopez
Especialista en Estadística
Departamento de Estadística
CEI

4

INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO (JUICIO DE EXPERTOS)

El presente instrumento tiene como finalidad medir, ¿Cuáles son los Factores socioculturales relacionados con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) de Abril a junio del 2017?

INSTRUCCIONES

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos relativos a la relevancia o congruencia con el contenido, claridad en la redacción, tendenciosidad o sesgo en su formulación y dominio del contenido. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrecen espacios para las observaciones si hubiera.

Juez N°: 05
 Fecha actual: 09 / junio 2017
 Nombres y Apellidos de Juez: Ruys Doraliza Dávila Torres
 Institución donde labora: Aliada
 Años de experiencia profesional o científica: 35 años



Firma y Sello

Lic. Doraliza Dávila Torre
 Jefe del Área Asistencial
 C.E.P. 5382 REG. ESP. 413
 aliada

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
DICTAMINADO POR EL JUEZ

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: *n° 1. reestructurar la pregunta "considera usted muy importante que el paciente tenga una muerte digna?"*

Sugerencias: *n° 26. reemplazar Preferir por agrado y desagrado*

4) Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO (X)

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

5) ¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del INSTRUMENTO?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: _____

6) ¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI (X)

NO ()

Observaciones: _____

Sugerencias: *Podemos agregar en la parte cultural si es que tienen alguna actividad artistica, religiosa.*

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

¿Considera Ud. que el instrumento cumple el objetivo propuesto?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Considera Ud. que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

¿Qué preguntas cree Ud. que se podría agregar?

Factor cultural agruras "si tiene alguna actividad artística o religiosa."

¿Qué preguntas se podrían eliminar?

ninguna

Fecha: 09/06/2017

Valido por: Doraliza Davila Torres

Lic. Doraliza Davila Torres
 Jefe del Área Asistencial
 C.E.P. 5382 REG. ESP. 412


Apéndice D. Consentimiento informado

Título de la investigación:

Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos – INEN – 2017

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Factores socioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos – INEN – 2017”. El objetivo de este estudio es: determinar la relación de los factores biosocioculturales con la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos. Este proyecto está siendo realizado por las investigadoras: Lic. Esp. Isabel Del Milagro Cecilia Tapia Torres y la Lic. Esp. Verónica Elizabeth Ulloa Castillo, bajo la supervisión de Lic. Neal Henry Reyes Gastañadui, Asesor de Investigación de Posgrado de la Universidad Peruana Unión. El llenado del instrumento para la recolección de datos tiene un tiempo de duración de aproximadamente 30 minutos, dicha información obtenida en el llenado del instrumento será usada para hacer una publicación escrita. En esta publicación yo seré identificado por un número. Alguna información personal básica puede ser incluida como: mi edad y sexo, mi cargo en la Institución en la cual laboré y otros.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad

de que mi identidad pueda ser descubierta por la información de la encuesta. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

Como resultado de mi participación recibiré una copia digital completa del informe y además tendré la oportunidad de discutir el informe con el investigador cuando sea necesario. No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Preguntas e información

Se me ha comunicado que si tengo cualquier pregunta acerca de mi consentimiento o acerca del estudio puedo comunicarme con:

Nombre del investigador

Dirección

Institución

Teléfono

e-mail

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales de las investigadoras. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Firma del testigo y fecha

Nombre del testigo

Firma de investigador (a) y fecha

Nombre de la investigación (a)

Cc: Participante

Apéndice E. Matriz de consistencia

TÍTULO: Factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos – INEN - 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES Y SUBVARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Problema Principal: ¿Cuáles son los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intermedia y en la Unidad de Cuidados Intensivos del</p>	<p>Objetivo General: Determinar los factores biosocioculturales que influyen en la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos.</p>	<p>Hipótesis General: El estrés laboral influye significativamente en el rendimiento productivo de los trabajadores de entretenimiento del distrito de Miraflores.</p> <p>Hipótesis Específicas: Primera Hipótesis H₁. Los factores biosocioculturales no influyen en la actitud de los profesionales de</p>	<p>Variables de la Investigación. - Variable Independiente: Factores biosocioculturales en los profesionales de enfermería.</p>	<p>Para la Variable Independiente: -Edad. -Sexo. -Estado civil. -Tiempo de servicio. -Tiempo que labora en la UTI. -Especialidad en UCI. -Labora en otra institución. -Procedencia.</p>	<p>6.3 Tipo y nivel de la Investigación: 6.3.1 Tipo de la Investigación: a) Exploratoria.- por cuanto la revisión de fuentes secundarias indica que no existen estudios ni investigaciones previas sobre el problema.</p>

<p>Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) 2017?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>O₁.Identificar los factores biosocioculturales de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia y en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>O₂.Identificar la actitud de los profesionales de enfermería en la muerte del paciente crítico en la unidad de terapia intermedia</p>	<p>enfermería en la muerte del paciente crítico.</p>	<p>- Variable Dependiente: Actitud en la muerte del paciente crítico.</p>	<p>-Tipo de religión</p> <p>Para la variable Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Creencias. -Valores. -Conocimientos. -Temor. -Apatía. -Sensibilidad. -Ansiedad. -Aceptación. -Rechazo. -Responsabilidad. -Vocación. 	<p>b) Descriptiva.- Por cuanto en el estudio se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.</p> <p>Nivel de la investigación: Debe ser entendida como el comienzo o el soporte de futuras investigaciones.</p> <p>Método y diseño de la Investigación: Método: Estudio no experimental,</p>
--	--	--	--	---	--

	y en la unidad de cuidados intensivos.				<p>descriptivo de corte transversal</p> <p>Diseño: Investigación no Experimental transversal y descriptiva</p> <p>La Población (N La Población: Siendo un total 34 enfermeras de la UCI y UTI - INEN</p>
--	--	--	--	--	---