

UNIVERSIDAD METROPOLITANA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA HACIA EL PACIENTE EN
ETAPA TERMINAL

Rosayra E. Santiago Rivera

Mayo 2016

Abstracto

Estudio cuantitativo descriptivo realizado en una institución hospitalaria del área metropolitana en Puerto Rico con el propósito de conocer las actitudes que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente en etapa terminal. La misma fue realizada con una muestra de 30 profesionales de enfermería el cual se utilizó un cuestionario con 30 premisas que miden actitudes positivas y negativas. De acuerdo a los datos el 90% de la muestra fueron femeninas entre las edades de 28 a 35 años (40%) que poseen un grado académico de bachillerato (60%). El 100% de la muestra ha obtenido experiencia previa sobre el duelo y la muerte pero no han obtenido educación previa sobre el tema pero si han discutido el mismo en otros cursos (57%). En el estudio se pudo determinar que el 70% de los participantes tienen una actitud positiva hacia el paciente moribundo y su familiar. Sin embargo un 47% se mostró indeciso sobre estar o no presente cuando muera el paciente y que a menudo los familiares apegados a ese paciente interfieren con el trabajo del profesional de enfermería (47%). El estudio no pudo identificar las causas de las actitudes reflejadas en los profesionales de enfermería.

Dedicatoria

Primeramente deseo dedicar mi tesis a Dios porque nunca me soltó aun cuando pensé nunca ver la luz al final del túnel.

Con mucho orgullo le dedico especialmente esta tesis a mis padres, sin ellos no hubiera logrado alcanzar mi meta ya que soy el fruto de lo que por muchos años han cultivado.

Felicidades, lo lograron.

Agradecimientos

Gracias Dios, contigo en el corazón todo es posible.

Quisiera agradecer a mis padres por su apoyo incondicional, su comprensión en mis momentos de crisis mental y sobre todo por nunca dudar de mí en poder lograr una meta tan grande como lo es obtener mi grado de Maestría. Le doy gracias a Dios por tener la dicha de ser hija de tan excelentes padres. Los amo.

A mi querido hermano, tus logros son mis logros y me inspiran en alcanzar lo máximo de mí. Te amo.

A mi mentora la Dra. María J. Colón, gracias por nunca dudar de mí. Mil gracias por todo su apoyo y por demostrarme que yo puedo.

Gracias a todas esas personas a mi alrededor que han sido testigo de este proceso. Fueron dos años de muchos cambios. Gracias por estar a mi lado sin pedirlo cuando más los necesite. Los quiero mucho.

Índice de gráfica

Gráfica 1. Edad.....	31
Gráfica 2. Sexo.....	32
Gráfica 3. Educación.....	32
Gráfica 4. Educación sobre el duelo y la muerte.....	33
Gráfica 5. Experiencia previa cuidado pacientes moribundo.....	34
Gráfica 6. Brindar cuidados de enfermería a la persona moribunda es una experiencia de aprendizaje enriquecedora.....	35
Gráfica 7. La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona.....	36
Gráfica 8. Me sentiría incómoda hablando de la muerte con una persona moribunda.....	37
Gráfica 9. Los cuidados de enfermería ofrecidos para la familia del paciente deben continuar durante todo el período de muerte y duelo.....	38
Gráfica 10. No me gustaría que me asignaran a cargo de una persona moribunda.....	39
Gráfica 11. La enfermera no debe ser la persona que hable de la muerte con la persona moribunda.....	40
Gráfica 12. El tiempo que se requiere para brindar cuidados de enfermería a un moribundo me frustraría.....	41
Gráfica 13. Me molestaría si a la persona moribunda que estoy a cargo pierde las esperanzas de mejorarse.....	42
Gráfica 14. Es difícil formar una relación estrecha con la familia de una persona moribunda.....	43
Gráfica 15. Hay momentos en que la muerte es bien recibida por la persona moribunda.....	44

Gráfica 16. Cuando un paciente pregunta, "Me estoy muriendo?", Creo que lo mejor es cambiar el tema a algo alegre.....	45
Gráfica 17. La familia debería estar involucrada en el cuidado físico de la persona moribunda.....	46
Gráfica 18. Yo preferiría que a la persona que estoy cuidando muera cuando no estoy presente.....	47
Gráfica 19. Tengo miedo de hacer amistad con una persona moribunda.....	48
Gráfica 20. Me sentiría con ganas de huir cuando la persona moribunda haya muerto.....	49
Gráfica 21. Las familias necesitan apoyo emocional para aceptar los cambios en conducta de la persona moribunda.....	50
Gráfica 22. Mientras el paciente se acerca a la muerte, la enfermera deberá no involucrarse con el paciente.....	51
Gráfica 23. Los familiares deben preocuparse por ayudar a su familiar moribundo a obtener lo mejor de lo que queda de su vida.....	52
Gráfica 24. Al paciente moribundo NO se le debe permitir tomar decisiones sobre su cuidado físico.....	53
Gráfica 25. Los familiares deben mantener un ambiente lo más normal posible para su familiar moribundo.....	54
Gráfica 26. Es beneficioso para la persona moribunda que verbalice sus sentimientos.....	55
Gráfica 27. Los cuidados de Enfermería deben extenderse para los familiares de la persona moribunda.....	55
Gráfica 28. Las enfermeras deben permitir al moribundo que tengan horarios de visita flexibles.....	56

Gráfica 29. La persona moribunda y sus familiares deben ser los encargados en la toma de decisiones.....	57
Gráfica 30. La adicción a los medicamentos para el dolor no debe ser una preocupación cuando se trata de un paciente moribundo.....	58
Gráfica 31. Me sentiría incómodo si entro a la habitación de un paciente moribundo y lo encuentro llorando.....	59
Gráfica 32. A las personas moribundas se les debe decir la verdad sobre la condición.....	60
Gráfica 33. Educar a los familiares sobre la muerte y duelo no es una responsabilidad de enfermería.....	61
Gráfica 34. Los familiares de un moribundo que se mantienen apegados a él, a menudo interfieren con el trabajo del profesional de enfermería.....	62
Gráfica 35. Es posible que enfermería puedan ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte.....	63

Tabla de Contenido

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5
Índice de graficas.....	6
Capítulo I	
Introducción.....	12
Exposición del Problema.....	14
Propósito del Estudio.....	15
Pregunta de Investigación.....	15
Justificación.....	16
Definiciones.....	17
Limitaciones.....	17
Capítulo II	
Introducción.....	18
Revisión de Literatura.....	18
Marco Conceptual.....	23

	10
Trasfondo Histórico.....	25
Resumen.....	27
Capítulo III	
Introducción.....	28
Población.....	28
Muestra.....	28
Instrumento.....	28
Diseño y Procedimiento.....	29
Análisis de la Data.....	30
Capítulo IV	
Introducción.....	31
Presentación de los hallazgos.....	31
Resumen.....	63
Capítulo V	
Introducción.....	65
Análisis de los hallazgos.....	65
Análisis en base al marco conceptual.....	68

	11
Conclusiones.....	69
Implicaciones para enfermería.....	70
Limitaciones.....	71
Recomendaciones.....	71
Referencias.....	72
Apéndice.....	73

Capítulo I: Introducción

Introducción

Sureda (2003) dice que la muerte es un fenómeno natural, universal y único. Expresa Sureda que es natural, si no median causas antinaturales (asesinato, etc.), por enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. La muerte es universal porque independientemente de la circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán y finalmente es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez. Según Galán, Socorro, Romero y Alarcón (2014) el profesional de enfermería es parte fundamental en el cuidado del paciente en etapa terminal por lo que su acercamiento reflejara la empatía que sienten tanto para el paciente como los familiares en ese proceso del fin de la vida. La importancia del desarrollo de la empatía como un aspecto de la competencia emocional aparece como un factor central en muchas teorías de la enfermería. Los autores exponen que existe evidencia que sugieren que el nivel personal de empatía se modifica por variables como la edad, el género, la orientación religiosa y el nivel de su experiencia y educación.

Se debe tomar en consideración especial, como se mencionó anteriormente, que la muerte será percibida dependiendo de la orientación religiosa. Según Gómez (2009) los budistas observan la muerte como un renacer bajo una forma determinada por la ley de causa y efecto; por eso la muerte, para los budistas no es el final, más bien un cambio de vestimenta. Además Gómez (2009) expone que los actos positivos realizados a lo largo de la vida, de un budista, les permitirá gozar de un karma favorable mientras que los actos negativos inducirán un karma negativo. El karma es un ejemplo especial de la ley de causa y efecto que establece que nuestras

acciones físicas, verbales y mentales son causas, y que nuestras experiencias son sus efectos que cada uno ha realizado en el pasado. (Kelsang, 2001) El autor explica que para la tradición hindú nadie muere o nace, el alma se imagina su nacimiento y muerte. El autor expone que los hindú creen en la trasmigración de las almas, un migrar del cuerpo hasta obtener su liberación definitiva que pondría fin a la reencarnación. Gómez (2009) menciona que en la cultura islámica una vez ocurrida la muerte del cuerpo físico, el alma es conducida al paraíso o al infierno. Él explica que el paraíso es una especie de jardín donde se puede gozar de todos los disfrutes y que el infierno es una región para el dolor y sufrimiento. Los musulmanes de igual manera creen en el juicio universal y la reencarnación.

Según Caycedo (2007) en las culturas basadas por la industrialización, en las grandes ciudades, la enfermedad y la muerte se consideran, a menudo, enemigos. Ella expone que los médicos tratan de atacar las supuestas causas de la enfermedad. Según la autora en el caso de condiciones que ponen en peligro la vida, como el cáncer y el sida, lo más importante es seguir con vida. Caycedo (2007) dice que el éxito apunta generalmente a la supervivencia y se suele medir en tiempo “cuánto tiempo podré aún seguir viviendo” y se deja de lado “cómo seguir viviendo”. Por otra parte, la autora explica que a las personas se las suele considerar objetos: los cuerpos se consideran material de trabajo, los tumores un blanco que hay que combatir y los profesionales pueden sustituirse cuando ya no son capaces de satisfacer las necesidades de la comunidad. Además explica que cuando los pacientes se encuentran en unidades de cuidados intensivos o están muriéndose, sus familiares o sus seres queridos no pueden permanecer junto a ellos, tocarlos o hablar con ellos. Caycedo (2007) expone que son pocas las personas que se atreven a iniciar una conversación franca que pueda llevar a las personas que se enfrentan con la muerte a hacerse las preguntas realmente importantes: ¿Cuál es mi situación real?, ¿Podré

recuperarme? y ¿Estoy muriéndome?. Por más natural e inevitable que sea la muerte, nuestro instinto de preservación y de supervivencia nos infunde un profundo temor.

Debido a la actitud la cual he podido percatar es que me genera gran curiosidad poder identificar la actitud del profesional de enfermería hacia los pacientes en etapas terminales de su condición.

Exposición del Problema

La razón por la cual se realizara la investigación es debido a la falta de empatía, según la experiencia dentro del campo de enfermería se observa el proceso natural pero a la vez tan ambiguo como lo es la muerte. La empatía según la Real Academia Española (2012) “es la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro”. Significa que debe de haber esa conexión más allá de entender la situación la cual está progresando en el paciente y sus familiares y transmitirla de un modo efectivo y asertivo. Por las responsabilidades inherentes a su profesión, el profesional de enfermería continuamente enfrenta la realidad de la muerte de otras personas. Este acercamiento genera emociones y sentimientos de difícil manejo: confusión, dolor, pérdida de esperanza, miedo, rabia, agotamiento, soledad, ambivalencia, necesidad de escapar, sensación de ser intrusos, deseos de evitar al enfermo y a la familia, fuertes deseos de que el enfermo se alivie y viva, junto con deseos igualmente fuertes de que ya muera. (Pérez y Cinabal, 2011). Míguez y Muñoz (2009) definen a una persona en etapa terminal si conlleva una de las siguientes enumeraciones: 1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, 2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, 3) Presencia de numerosos problemas o síntomas, 4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte, 5) Pronóstico

de vida inferior a 6 meses. Expresa Pérez y Cinabal (2011) que la situación del paciente que atraviesa una agonía invadida de dolor, tanto emocional como físico, puede despertar en el profesional de enfermería inquietudes, ansiedades e impotencia. Además ya que por un lado, de forma inconsciente, los expone a enfrentarse su propia muerte, aumentando sus temores personales sobre ésta y por el otro, el aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de la atención sanitaria, que es conservar la salud y la vida (Pérez y Cinabal, 2011). Entendiendo lo que exponen estos autores, debido a que la muerte contradice el objetivo esencial del profesional de enfermería, es a raíz de esta contradicción que da vida a actitudes negativas hacia el paciente y familiares.

Propósito del Estudio

La dignidad de un paciente está influenciada por las actitudes y comportamientos de las personas que interactúan con él (Periyakoil, Stevens y Kraemer, 2013). Los autores explican que esto es especialmente cierto para los pacientes con enfermedades terminales en instituciones hospitalarias los cuales son más vulnerables y dependen cada vez más del profesional de enfermería para un cuidado a largo plazo. Es por esta razón que el propósito de este estudio es conocer las actitudes del profesional de enfermería hacia esos pacientes en etapa terminal de su condición.

Pregunta de Investigación

Cuando el paciente entra en un proceso terminal se convierte en un estímulo que despierta animosidad y genera respuestas de huida, aun cuando el enfermo encuentre gran alivio y se sienta confortado que puede hablar de sus sentimientos y compartir sus preocupaciones respecto a la muerte, el profesional de enfermería puede manifestar una variedad de actitudes

(Pérez y Cinabal, 2011). Estos profesionales manifiestan con frecuencia que el cuidado del paciente agonizante y su muerte, así como el trato con los familiares, son las situaciones más difíciles que han de afrontar (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas y Gómez-Benito, 2010). Según Pérez y Cinabal (2011) estos cambios de actitud también han alcanzado a los profesionales de la salud, generando muchas veces que no quieran nombrar a la muerte o mirar cara a cara al enfermo terminal. Es por eso que se procede a preguntar: ¿Cuál es la actitud del profesional de enfermería hacia el paciente en etapa terminal? y ¿Qué influencia a que nazcan esas actitudes?

Los objetivos de la investigación es: 1) Identificar las actitudes que le genera al profesional de enfermería al brindar cuidados a un paciente en etapa terminal, 2) Hallar las causas de porque se manifiestan esas actitudes, 3) Poder identificar algún patrón o algo en común que afecte al profesional o si es algo meramente personal. La investigación se llevará a cabo con todo profesional de enfermería que labore en una institución hospitalaria en las unidades de telemetría, medicina y cirugía. Se excluirán las unidades de pediatría, obstetricia y ginecología y las unidades de cuidados intensivos.

Justificación

El hecho de la muerte, de la no vida, ha sido en todas las sociedades, para todos los grupos humanos y para todos los individuos una situación que se ha afrontado de muy diversas formas (Míguez y Muñoz, 2009). Ellos exponen que en general, a pesar de que la muerte es una parte, un fenómeno de la propia existencia, existe un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas a la situación de muerte. Lo que se pretende es invitar a la reflexión, personal o en grupo, para fomentar actitudes positivas en los profesionales de enfermería referente al cuidado de enfermos terminales. Según Míguez y Muñoz (2009) estas actitudes se reflejarán en

una mejor calidad de cuidados a pacientes terminales, aumentando la calidad de vida del paciente por medio del cambio de actitudes.

Definiciones

La Real Academia Española define actitud como una “disposición de ánimo manifestada de algún modo”. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SEPCAL) define la enfermedad terminal como una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Según SEPCAL los elementos fundamentales son: 1) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, 2) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, 3) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, 4) Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte, 5) Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Limitaciones

Una de las limitaciones es que para Puerto Rico no se encuentra literatura referente al tema de la investigación.

Capítulo II: Revisión de literatura

Introducción

En este segundo capítulo se presenta la literatura en torno al tema de la investigación. Además se expone estudios que se enmarcan mediante la investigación y la evidencia en torno a influencia y el paciente terminal.

Revisión de Literatura

Muñoz-Pino (2013) realizó un estudio cuantitativo el cual utilizó estudiantes de enfermería de tercero y cuarto año universitario en Chile. Para obtener la información la autora realizó una encuesta a los estudiantes en el cual una de las preguntas era: ¿Que significó para ti la experiencia? El estudio fue realizado durante un año y con una muestra de 150 participantes. La autora expone que en su investigación encontró que los estudiantes de enfermería verbalizan que el cuidar de un paciente en etapa terminal es una experiencia enriquecedora. Adicionalmente, la autora menciona que esa experiencia enriquecedora fue necesaria para comprender los conceptos de vida y muerte, los cuales indirectamente, para ayudar al crecimiento de la formación como profesional de enfermería. Según Muñoz-Pino el que hayan tenido ese contacto directo con el dolor del paciente y los familiares los atrajo más al tema de la muerte y ser observado como algo natural. Muñoz-Pino (2013) informa que una vez los participantes experimentaron su primer encuentro con un paciente moribundo se sintieron reconfortantes y que sus pensamientos de temor y ansiedad fueron aliviados. Estas emociones desvanecieron mientras comenzaron a hablar y cuidar de los pacientes. (Muñoz-Pino, 2013) Otros sintieron angustia por el individuo y sus familiares de tal manera que en ocasiones se les tuvo que retirar del área mientras que a otros estudiantes se les hizo difícil el contenerse. (Muñoz-Pino, 2013) En relación al concepto de

proveer cuidado la autora expone que los estudiantes reconocieron la importancia del afecto y que el ser amable, respetuoso y cordial afecta positivamente a los pacientes moribundos. Según Muñoz-Pino (2013) el que los estudiantes hayan pasado por la experiencia lograron identificar el cuidado básico que se les ofrece a los pacientes moribundos por lo que reafirmaron su motivación por brindar un cuidado holístico.

Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014) realizaron un estudio analítico de corte transversal en donde la muestra fue compuesta por 160 profesionales de enfermería de dos instituciones de salud de la ciudad Cartagena, Colombia. Los autores expresan que para la recolección de la información se utilizó la versión validada al español de "*The Nursing Stress Scale*" que mide la frecuencia con la que ciertas situaciones son percibidas como estresantes para el personal de enfermería. Una de las categorías la cual se divide la escala es el ambiente psicológico donde incluye preparación inadecuada, la muerte y el sufrimiento. (Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona, 2014). Al 38.4% de la muestra encuestada le causa estrés sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente mientras que para el 49.4% no se sienten preparados para ayudar emocionalmente al paciente según mencionan los autores en sus hallazgos. Los autores exponen que al 42.9% de los participantes les causa estrés el escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana mientras que al 50.1% les genera estrés experimentar la muerte de un paciente. Otra categoría que los autores mencionan, la cual se basa en el ambiente físico, es sobre la carga laboral en donde las interrupciones frecuentes en la realización de sus tareas es fuente de estrés para el 51.9% de los participantes. Mientras que para el 50.0% refieren no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente según Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014)

Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón (2013) realizaron un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en que se han utilizado variables cualitativas y cuantitativas. La muestra del estudio realizado por los autores fue de 198 estudiantes de enfermería del curso de enfermería de una universidad en España durante el mes de octubre del 2011 hasta abril del 2013. Los autores utilizaron el instrumento de Índice de Reactividad Interpersonal en donde contiene cuatro subescalas que miden cuatro dimensiones del concepto global de empatía: Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Malestar Personal. El estudio ha encontrado una disminución progresiva de la media de puntuación de empatía según el curso académico de los estudiantes. (Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón, 2013) Según los autores se ha identificado que dicho hallazgo puede tener relación con el hecho de que en segundo año de enfermería es cuando inician un contacto personal con los pacientes en sus prácticas clínicas que se prolongan por el resto de los cursos. Se identificó en la investigación un descenso de la empatía, precisamente, cuando se obtuvo una experiencia de relación clínica con la enfermedad y el sufrimiento más sin embargo este descenso puede deberse en parte a un cambio de idealismo al realismo como método de adaptación de los estudiantes ante sus nuevas responsabilidades y una carga mayor de trabajo. (Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón, 2013). Ellos expresan que el grado de empatía de un profesional de la salud se relaciona con un mejor cumplimiento del paciente, un diagnóstico preciso, pronóstico más preciso, aumento de satisfacción del paciente y menos enfrentamientos entre los compañeros de trabajo. Algunos factores que impiden las conductas de empatía en estudiantes de enfermería incluían la falta de tiempo, falta de apoyo de compañeros antipáticos, estilo de personalidad y ansiedad hacia los pacientes. (Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón, 2013). Por lo tanto, según los autores ellos mencionan que la empatía se entiende comúnmente como un factor crítico para proporcionar una

ayuda eficaz pero también se ha considerado como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de los trastornos de estrés secundarios a la profesión, como son la fatiga por compasión y el quemamiento profesional mejor conocido como el *burnout*. Según Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón (2013) ellos observaron que el género influye en la empatía de forma tal que son las mujeres quienes han dado puntuaciones más altas en dicha escala. Esto sugiere una mayor capacidad de las mujeres de comprender las reacciones emocionales de las personas ante las experiencias negativas de los demás, tanto en lo que se refiere los sentimientos de compasión, preocupación y cariño. (Gonzales-Serna, Romero, Socorro y Alarcón, 2013) Los autores expresan que hallaron otra variable que ha correlacionado de forma inversa con la empatía por lo que a mayor edad menos se ha puntuado con la empatía.

No obstante Peters et. al (2013) realizaron una búsqueda de publicaciones usando una base de data electrónica en donde las palabras claves fueron: ansiedad ante la muerte, actitud hacia la muerte, ansiedad o miedo, cuidado de hospicio, muerte, humano, paciente y el estrés psicológico. Los autores utilizaron quince estudios con encuestas cuantitativas descriptivas entre los años de 1990 a 2012 en donde exploraban las actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte en donde tres de ellas utilizaron el mismo diseño de medida para evaluar las actitudes del profesional de enfermería antes y después de una intervención educacional. El cuidado a un paciente moribundo le genera retos éticos para el profesional de enfermería, contradictorio a las órdenes médicas que están enfocadas en recuperar la salud del paciente, por lo que es de esperarse que sientan ansiedad y no sean capaces de lidiar con los procedimientos que rodea la muerte. (Peters et. al, 2013). Ellos mencionan que el miedo a la muerte es una fobia universal en donde los individuos tienen sus propias actitudes hacia la muerte que pueden ser influenciados por sus creencias culturales, sociales y filosóficos los cuales están atados a las emociones que a

su vez se reflejan en acciones hacia ese objeto que genera la emoción. Se identifica a enfermería como un trabajo emocional debido a que las propias emociones se ven involucradas cuando le toman cariño al paciente por lo que algunos profesionales de enfermería evitan hablar de sus preocupaciones o problemas con el paciente para así mantener una distancia emocional. (Peters et. al (2013) Ellos expresan que los profesionales de enfermería más jóvenes fueron los que reportaron niveles más altos de ansiedad y actitudes negativas referente a brindar cuidados de enfermería a un paciente moribundo en su etapa terminal, esto debido a que las mismas no tienen la experiencia ni la madurez para lidiar con las emociones. Los autores encontraron en una encuesta realizada a 829 enfermeras urbanas de cuidado crítico en Estados Unidos demostraron que las personas que tenía menos de 30 años de edad estaban más sujetos a experimentar sentimientos intensos de frustración, enojo e irritación. Adicionalmente hallaron que una breve educación sobre el tema de la muerte disminuye los niveles de ansiedad en el profesional de enfermería permitiendo un cuidado de calidad a los pacientes en su etapa terminal. (Peters et. al (2013)

Mota et. al (2013) realizó un estudio cualitativo de carácter explorativo-descriptivo en Brasil donde utilizaron la entrevista como método de recolección de dato y la misma fue una no estructurada. Se les preguntó a los participantes: ¿Que es la muerte? y todos lograron identificarla como un proceso natural pero con connotaciones diferentes debido a sus creencias religiosas. (Mota et. al, 2013). Según los autores los profesionales de enfermería crean un mecanismo de defensa en donde mantienen distancia, manifiestan un comportamiento de frialdad para un aparente equilibrio en la tentativa de manejar la situación de la forma más adecuada. Los participantes revelaron que su cercanía con la muerte de un paciente, al cual, le dedico horas de trabajo, les despierta sentimientos de impotencia, tristeza, temor y sufrimiento pero que su

preocupación mayor es los familiares de ese paciente fallecido. (Mota et. al, 2013). Los autores observaron lo difícil que fue para los participantes poder hablar del tema debido a las pausas en algunas palabras, el cambio de mirada y la voz entrecortada por lo que entienden que poder identificar los sentimientos vividos ante una muerte y poder reconocerlos podría ayudar a que los participantes puedan lidiar mejor con situaciones que impliquen emociones profundas. La formación de enfermería enseña que la preservación de la vida es importante por lo que cuando ocurre una muerte hace sentir al profesional sin preparación y optan por mantener distancia, como ya bien se mencionó, para así evitar ese sufrimiento cuando ocurra la pérdida. (Mota et. al, 2013). Los participantes verbalizaron evitar a los familiares debido a que los mismos traen anécdotas del paciente, en ocasiones los conocen ya por su nombre, los buscan y hasta a veces sufren más con los familiares que con el propio paciente que está muriéndose debido al apego que forman. (Mota et. al (2013) Sin embargo, los autores identificaron que a pesar de ese sentimiento de pérdida que les genera la muerte también experimentan uno de alivio ya que los profesionales de enfermería saben que ese paciente está en un lugar mejor y libre de sufrimiento.

Marco Conceptual

Para este estudio se consideró utilizar el Modelo de Adaptación de la teorizante Callista Roy. El modelo de adaptación presenta a la persona como un sistema adaptativo holístico en constante interacción con el interior y el ambiente externo. La tarea principal del sistema humano es mantener la integridad ante los estímulos del medio ambiente. El objetivo de la enfermería es fomentar la adaptación exitosa (Masters, 2011). La adaptación conduce a una salud óptima, bienestar, calidad de vida, y hasta una muerte con dignidad. La adaptación consta de cuatro modos y estos incluyen el modo fisiológico, el modo de auto- concepto, el modo de función de rol y el modo de interdependencia.

En el *modo fisiológico*, la adaptación implica el mantenimiento de la integridad física. Las necesidades humanas básicas como la nutrición, el oxígeno, líquidos y regulación de la temperatura se identifican con este modo (Masters, 2011) El autor explica la función del *modo de auto- concepto* como la necesidad de mantener la integridad psíquica incluyendo las percepciones de uno mismo en lo físico como en lo personal. Según Masters (2011) la necesidad de la integridad social hace énfasis en el *modo de función de rol* y es cuando los seres humanos se adaptan a diversos cambios de conducta que se producen a lo largo de toda la vida. A su vez esta necesidad de la integridad social también hace énfasis en el *modo de interdependencia* lo cual implica mantener un equilibrio entre la independencia y la dependencia en las relaciones de uno con los demás. Estos comportamientos dependientes incluyen la búsqueda de afecto, la búsqueda de ayuda y búsqueda de atención. Los comportamientos independientes incluyen el dominio de los obstáculos y la toma de iniciativas. (Masters, 2011).

Además de los 4 modos presentados en el modelo de adaptación de Roy también presenta los cuatro metaparadigmas de enfermería que se identifican en su modelo. Estos son, persona: un sistema adaptativo y regulador de los subsistemas que actúan para mantener la adaptación en los cuatro modos mencionados previamente, medio ambiente: todas las condiciones, circunstancias, y las influencias de los alrededores afectan el desarrollo y comportamiento de los personajes y de los grupos, con especial consideración de la mutualidad de la persona y los recursos de la tierra, salud: un estado y proceso de ser y convertirse en un todo integrado y que refleja la persona y entorno, y por ultimo enfermería. El objetivo de enfermería es promover la acomodación para los individuos y grupos en los cuatro modos adaptativos, contribuyendo así a salud, calidad de vida, una muerte con dignidad mediante la

evaluación de comportamiento y los factores que influyen en las habilidades adaptativas y para mejorar los factores ambientales. (Masters, 2011).

El carácter tabú de la muerte, en la sociedad actual, se manifiesta en el acercamiento a las personas con enfermedades terminales, afecta a los mismos profesionales de la salud, a las instituciones hospitalarias, a los pacientes y sus familiares y a la organización social en su conjunto. (García-Caro et al, 2010) Debido a esa contradicción de dar salud y vida la cual obliga al profesional de enfermería en alejarse de la situación es que recurro a la teorizante Callista Roy ya que con su modelo de adaptación enfermería puede brindar un cuidado de calidad a los pacientes en etapa terminal de una manera asertiva y efectiva. Roy también afirma en relación a cada uno de los pasos del proceso de enfermería que " las enfermeras(os) se basan en las habilidades técnicas, interpersonales e intuitivas desarrollando como evaluar y poner en marcha intervenciones que incluyen enfoques tales como el cuidado físico, orientación preventiva, enseñanza y asesoramiento de salud". (Masters, 2011)

Trasfondo histórico

Según un artículo del *National Institutes of Health* (NIH) publicado en el 2010 indica que en el pasado la muerte ocurría en el hogar luego de una enfermedad corta y quienes ofrecían cuidados a esas personas eran sus familiares. En el artículo menciona que los tratamientos frecuentaban estar enfocados en brindarle al individuo comodidad y problemas que rodean las experiencias al final de la vida como el dolor y manejo de síntomas. Los cuidados avanzados eran pocos estudiados y comprendidos por lo que una vez surge los adelantos en la medicina y con la ayuda de la tecnología se comenzó a prolongar la vida creando nuevos retos para la toma de decisión referente al cuidado recibido en la etapa terminal. (NIH, 2010) Según el artículo en el 1997 un reporte de la Institución de Medicina encontró insatisfacción con los cuidados en la

etapa terminal mientras que en personas con condiciones más agresivas preferían morir en sus hogares y recibir cuidados a su salud como solía ocurrir en el pasado. La mayoría morían en los hospitales y recibían un cuidado más agresivo del que deseaban.

En los Estados Unidos para el siglo 20, con los avances médicos y la tecnología, el cuidado del paciente moribundo se desplazó de la familia y comunidad hacia el profesional de la salud. (Hebert, Moore y Rooney, 2014) Los autores exponen que a través de la historia el profesional de enfermería ha buscado las formas de mejorar la calidad de vida para los individuos, familiares y en las comunidades durante el transcurso de vida a muerte. No obstante mencionan que cuando el profesional de enfermería se involucra con el paciente terminalmente enfermo y su familia su meta es trabajar con el paciente para obtener el mejor cuidado posible aunque en la actualidad no exista una guía profesional que incluya el rol extendido que el profesional de enfermería aplica en esta situación.

Según Hebert, Moore y Rooney (2014) ellos identifican como un problema el que el profesional de enfermería no logre reconocer las fases del proceso de muerte. Las 5 etapas del proceso de muerte fueron introducidas por primera vez por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross en su libro "*On Death and Dying*" publicado en 1969. La primera fase es la negación la cual es temporera debido a que la persona la utiliza como defensa ante la realidad que se aproxima. La segunda fase es la ira y sucede cuando la persona reconoce que ya no puede seguir en la negación y es una etapa en la cual cuidar de la persona es difícil debido a los sentimientos de celos y resentimiento. La tercera fase es la negociación en donde la persona busca opciones de posponer lo inevitable. La siguiente fase es la depresión y la persona empieza a comprender que su muerte es definitiva por lo que muchos optan por rehusar tratamientos, medicamentos y

visitas. La última fase según Kübler-Ross es la de aceptación y acepta su mortalidad pero no todas logran llegar a esta fase y quedan en la lucha con la muerte hasta el final de su vida.

Resumen

Al desarrollar este capítulo se ha demostrado que el profesional de enfermería aún posee conflictos con el tema de la muerte y todo lo relacionado al cuidado del paciente en una etapa terminal debido a que el mismo obliga a una auto-reflexión del concepto de la muerte. Para todas las personas es necesario conocer de la muerte, puesto que es una etapa vital. Sin embargo, para los profesionales de la salud saber de la muerte es imprescindible, porque el dolor, la enfermedad, y la muerte están presentes en las situaciones de cuidados. (Míguez y Muñoz, 2009) Ellos explican que se debe comprender para poder aliviar, cuidar y curar. Adicionalmente los autores mencionan que una formación en las relaciones interpersonales permite aprender los valores personales, sociales y culturales que influyen en nosotros mismos, y en las personas que tratamos, respecto de las actitudes adoptadas ante las pérdidas y la separación.

Capítulo III: Metodología

Introducción

En este capítulo se presenta la metodología la cual se utilizó para la realización de la investigación. Se obtiene la población, muestra, instrumento y la manera en que se seleccionaron y evaluaron los datos y como se garantizó los derechos del paciente.

Población

La población del estudio fue compuesta por profesionales de enfermería que laboran en una institución hospitalaria del área metropolitana.

Muestra

La muestra fue compuesta por 30 profesionales de enfermería que laboran en las unidades de telemetría, medicina y cirugía. Se excluirán las unidades de pediatría, obstetricia y ginecología y las unidades de cuidados intensivos.

Instrumento

Para la recopilación de datos se utilizó el instrumento de preguntas abiertas titulado: *“Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale”* creado por la enfermera Katherine H. Murray Frommelt en el 1989 con el propósito de evaluar las actitudes de enfermería hacia el cuidado del paciente en etapa terminal y su familia. El mismo está compuesto por 30 preguntas basadas en la escala Likert con 5 niveles de respuestas. El instrumento fue hecho con equidad de premisas positivas y negativas. Las preguntas 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 30 son respuestas positivas y las demás son negativas. La autora del cuestionario utilizó a jueces expertos en el tema de la muerte y el moribundo. El instrumento tiene un índice de validez de

1.00, una confiabilidad de .9269 según el coeficiente de Pearson. Ambas puntuaciones le dan validez y confiabilidad al instrumento que se utilizó. Se obtuvo el permiso mediante un correo electrónico que le fue enviado explicando el propósito de la investigación, los objetivos y la importancia de su cuestionario para el mismo. Frommelt pertenece al proyecto de educación nacional *End-of-Life Nursing Education Consortium* (ELNEC) el cual es una iniciativa que incluye a todo el personal educativo de enfermería y otros profesionales para educar los estudiantes de enfermería sobre el cuidado en el proceso de muerte. Frommelt pertenece a la *American Association of Colleges of Nursing* (AACN).

Diseño y Procedimiento

El estudio es uno cuantitativo descriptivo. Para realizar el estudio se siguieron las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). El estudio investigativo fue sometido al IRB del SUAGM para su aprobación. Se solicitó y se obtuvo autorización por escrito a la institución hospitalaria en la cual se realizó el estudio. Una vez se aprobó la autorización del IRB y la autorización de la institución se procedió con la búsqueda de los sujetos. La investigadora fue directamente a donde las posibles muestras para preguntarles si están de acuerdo a participar del estudio y a los que estuvieran interesados se les comenzó a orientar sobre el propósito del mismo. Dentro de un sobre se encuentra la hoja de consentimiento la cual se le entregó al participante y en ella explica que la participación es voluntaria y que se garantiza la protección de su identidad. De igual manera se le explicó a los sujetos que los posibles riesgos son mínimos y entre los ellos se encontraba el cansancio o aburrimiento al completarlo.

La Hoja Informativa entregada describe el propósito del estudio, las preguntas a contestar y el instrumento que se utilizó. En adición, la Hoja Informativa explica que se espera que el

cuestionario pueda ser completado en menos de 15 minutos aproximadamente y que el participante pueda detenerse de contestar las preguntas en cualquier momento sin represalias. Se les explicó el beneficio de participar en el estudio y además se le aclara que no había compensación económica alguna. Una vez firmada la hoja de consentimiento la misma fue guardada dentro de otro sobre aparte para garantizar la pureza y objetividad del mismo. Para asegurar la confidencialidad de los sujetos la investigadora tomó la certificación de la ley de “*The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA)*” la cual se les mencionó durante el proceso de completar el cuestionario. Se estuvo a la disposición en todo momento por si surgían posibles dudas sobre el estudio o cuestionario y las mismas fueran contestadas. La recolección de datos se llevó a cabo bajo la custodia de la investigadora y las mismas se guardaron bajo otro sobre aparte del consentimiento, el mismo fue guardado en la residencia de la investigadora bajo llave en un archivo por un tiempo máximo de 5 años según determina el IRB. Luego de los 5 años se procede a destruir todos los documentos relacionados con el estudio con el uso de una trituradora de papel.

Análisis de la Data

El análisis estadístico que se utilizó en este estudio fue la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el porcentaje de frecuencia y promedio mediante el programa de “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS). Las estrategias que se utilizaron para demostrar los resultados de esta propuesta investigativa fue mediante gráficas utilizando el programa de Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010.

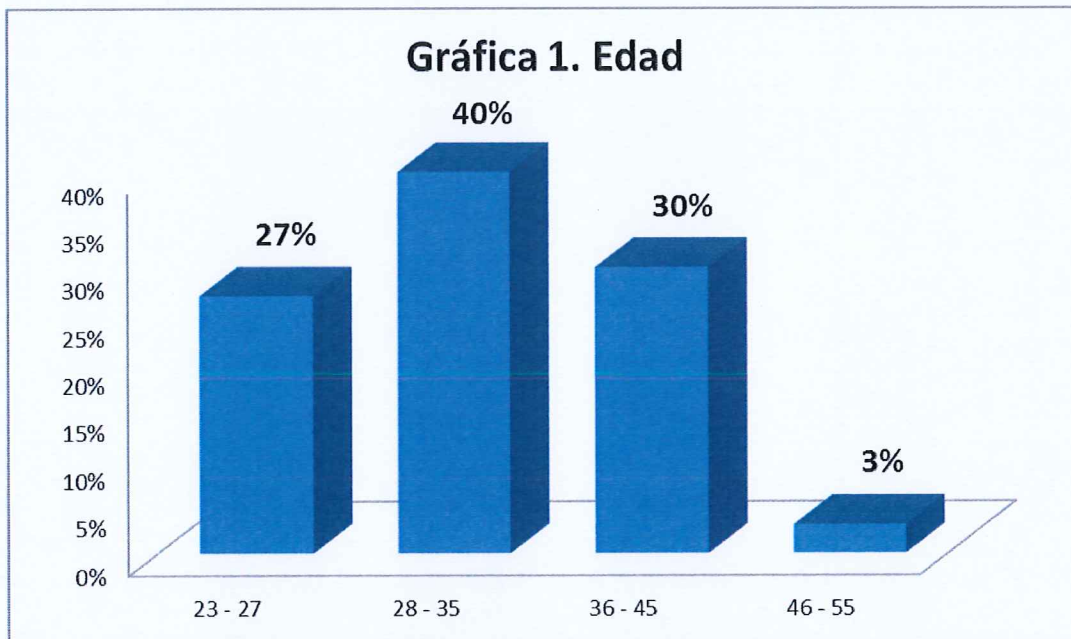
Capítulo IV: Hallazgos

Introducción

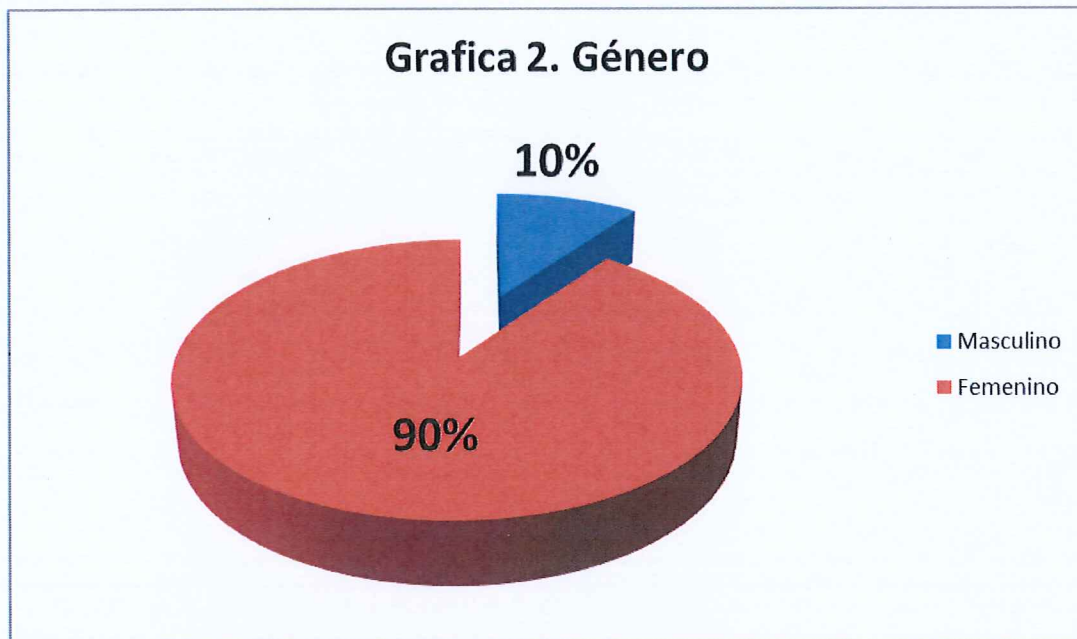
En este capítulo se expone los datos encontrados en el estudio investigativo con el propósito de determinar las actitudes que tienen el profesional de enfermería hacia el paciente en la etapa terminal de su condición.

Presentación de los hallazgos

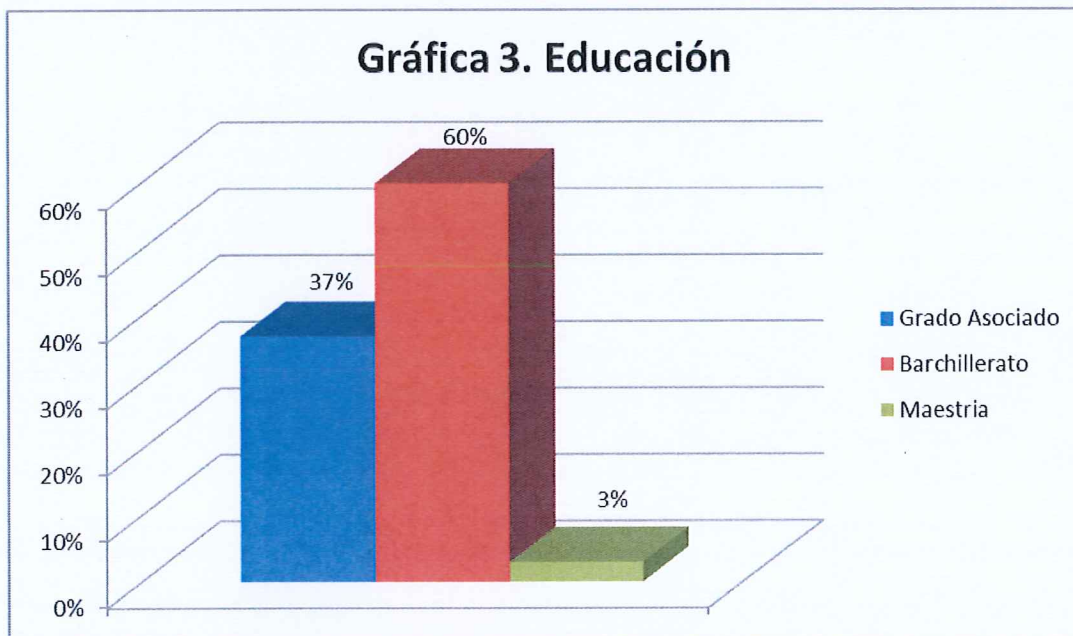
A continuación se exponen los datos socio-demográficos recopilados en el estudio de una muestra de 30 participantes. Dicho datos muestran en el siguiente orden: edad, género y educación.



En la gráfica 1 representa la distribución de edad en la muestra. La mayoría de los participantes tienen entre 28 a 35 años con un 40% seguido de las edades entre 36 a 45 años con un 30%, 27% tiene entre 23 a 27 años y un 3% tiene de 46 a 55 años de edad.

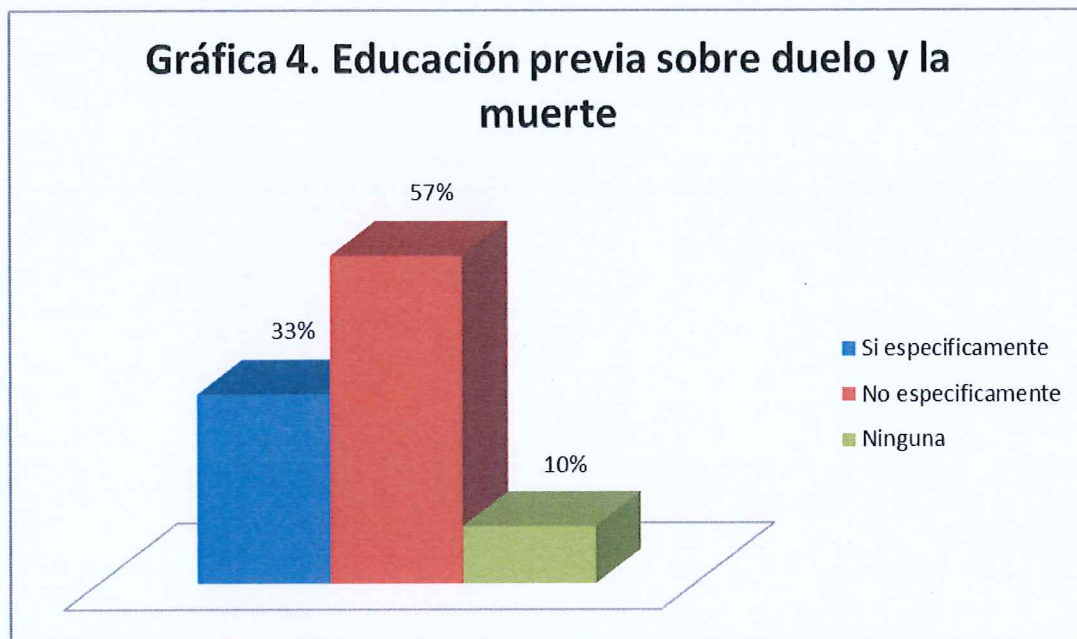


La gráfica 2 representa la distribución de género el cual la mayoría es femenina con un 90% y el restante masculino con un 10%.

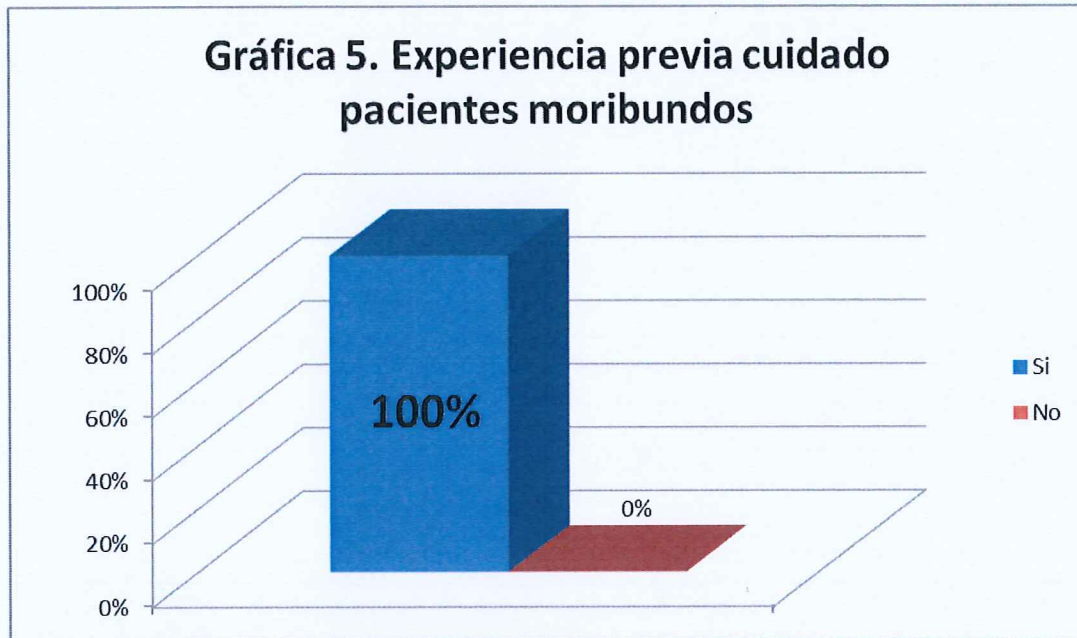


La gráfica 3 representa la distribución de preparación académica donde el 60% informo tener un grado de bachillerato mientras que un 37% tiene un grado asociado y solo un 3% un grado de maestría.

A continuación se presenta los datos obtenidos sobre la educación previa en el duelo y la muerte y experiencia obtenido cuidado pacientes en etapa terminal.

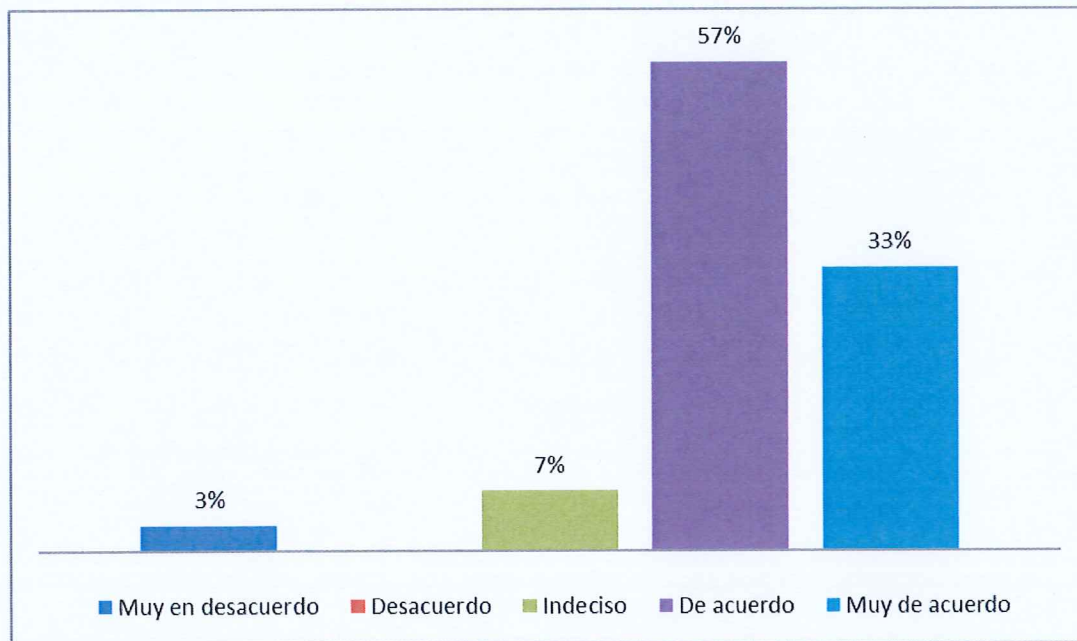


La gráfica 4 presenta si los participantes han obtenido alguna educación previa sobre el duelo y la muerte y un 57% indicó no haber tomado un curso en específico sobre el tema pero si el tópico ha sido mencionado en otros cursos. Un 33% refirió si haber tomado educación sobre el tema y un 10% ninguna.



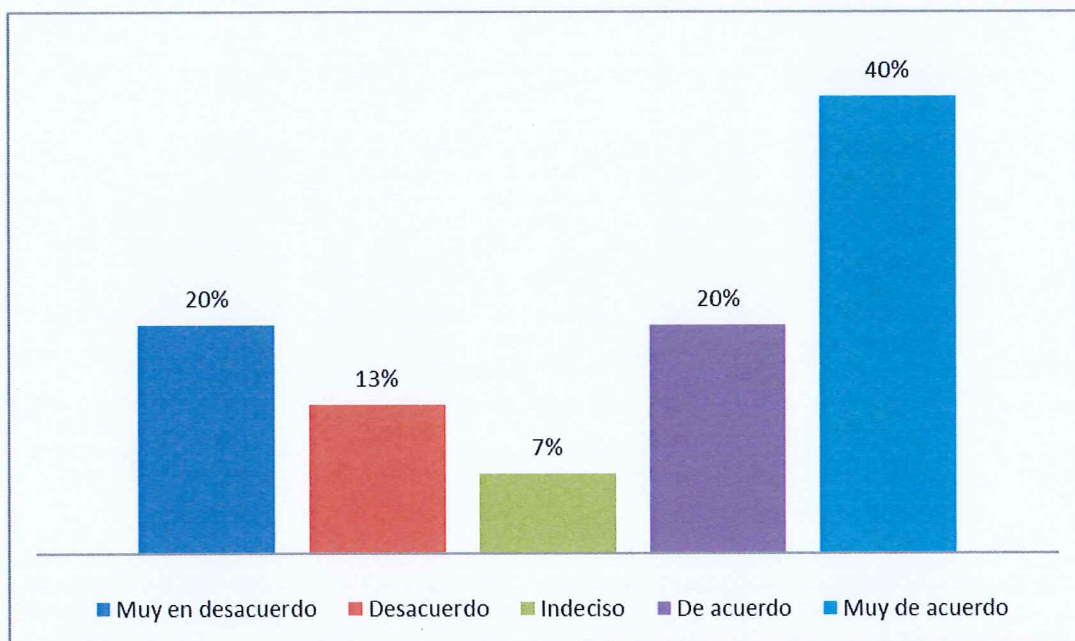
La gráfica 5 presenta que la totalidad de la muestra ha obtenido experiencia cuidado pacientes en su etapa terminal.

Las siguientes graficas presentan los datos obtenidos de las premisas del cuestionario entregado a los participantes.



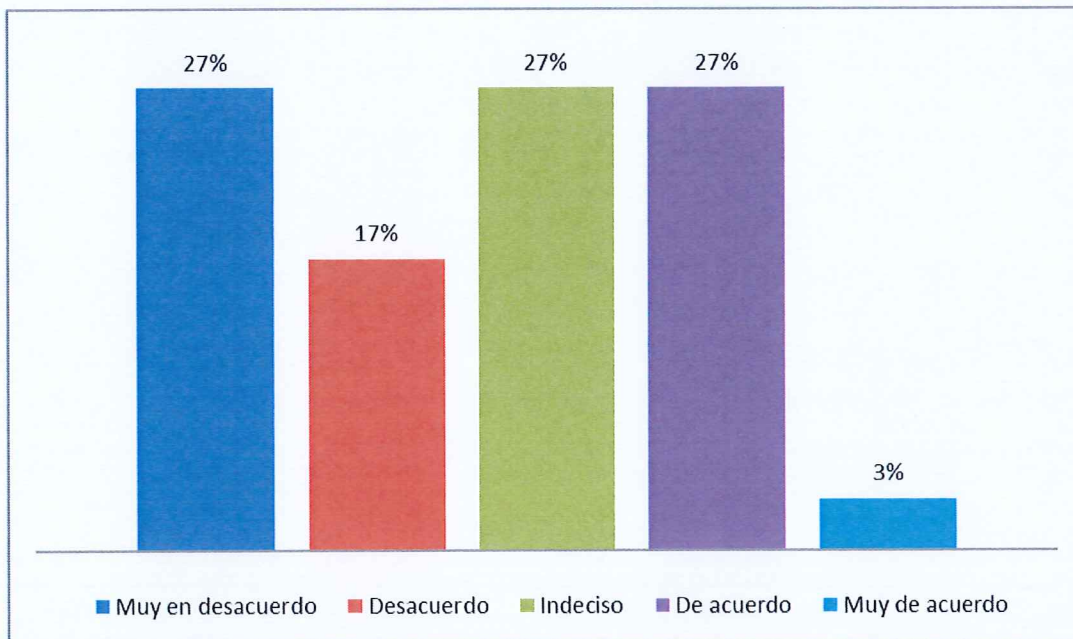
Gráfica 6. Brindar cuidados de enfermería a la persona moribunda es una experiencia de aprendizaje enriquecedora.

La gráfica 6 presenta que el 57% de los participantes están de acuerdo que brindar servicios a un paciente en etapa terminal es una experiencia la cual les sería de mucho aprendizaje sin embargo solo un 33% están muy de acuerdo con la premisa, 7% indeciso y solo un 3% estar muy en desacuerdo.



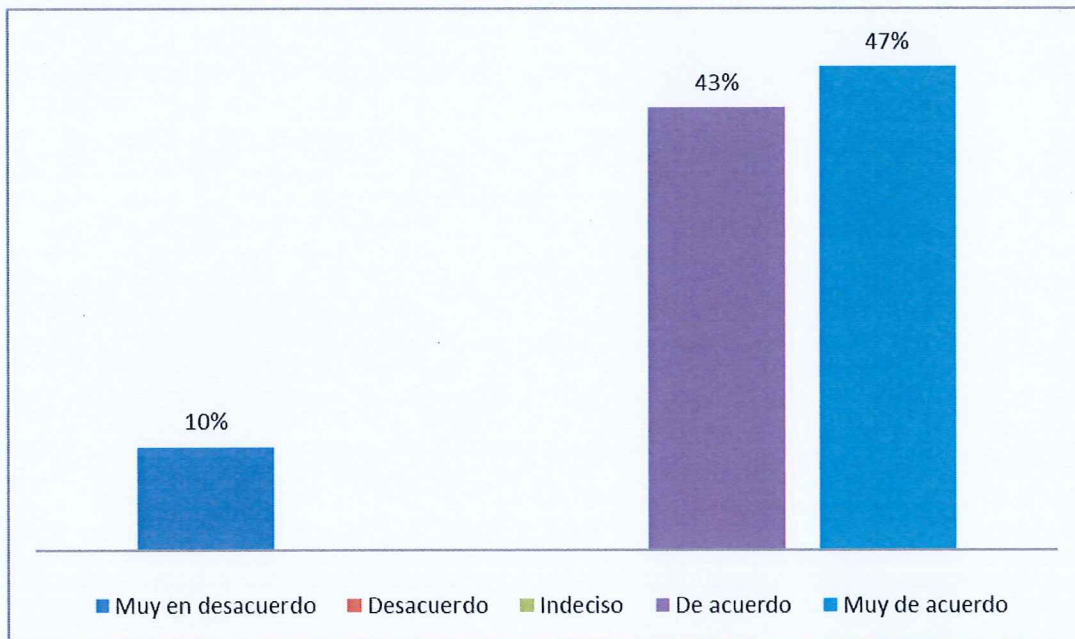
Gráfica 7. La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona.

La gráfica 7 presenta si la muerte es lo peor que le puede suceder a un ser humano y un 40% indica estar muy de acuerdo, 20% de acuerdo, 7% indeciso, 13% desacuerdo y un 20% muy en desacuerdo.



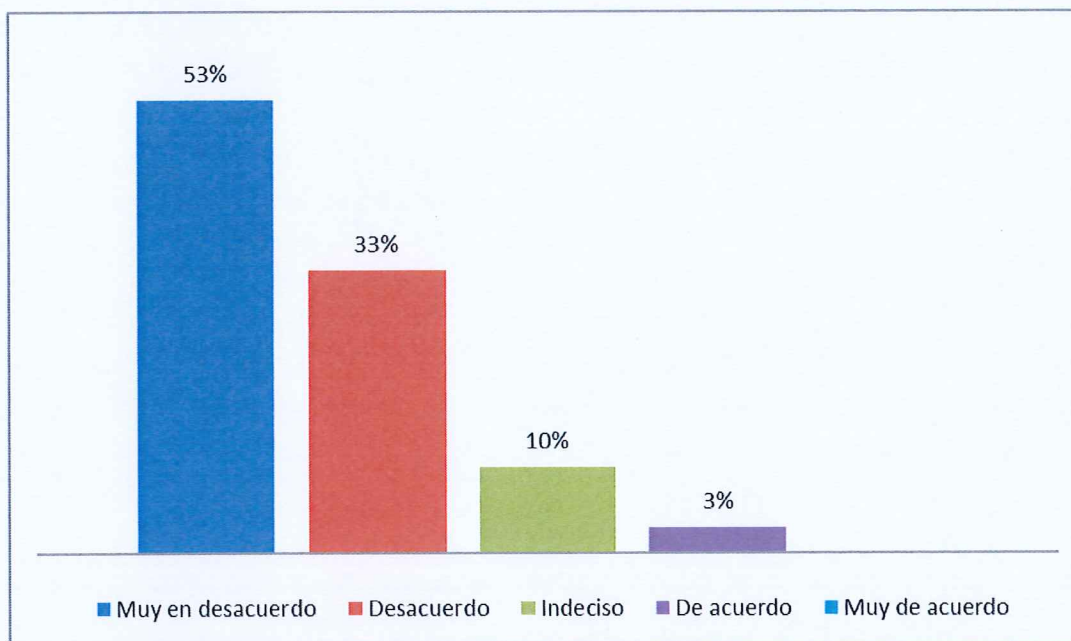
Gráfica 8. Me sentiría incómoda hablando de la muerte con una persona moribunda.

La gráfica 8 presenta que un 27% de los participantes están muy en desacuerdo, indecisos y de acuerdos en sentirse incómodos hablar sobre la muerte con una persona moribunda mientras que un 17% indico estar en desacuerdo y el restante 3% muy de acuerdo.



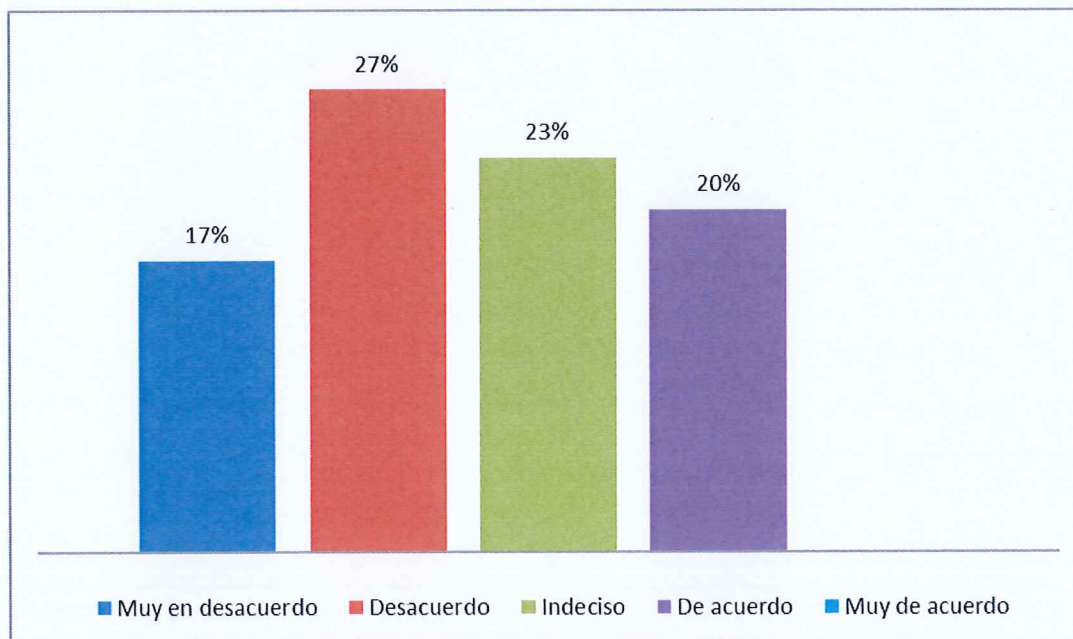
Gráfica 9. Los cuidados de enfermería ofrecidos para la familia del paciente deben continuar durante todo el período de muerte y duelo.

La gráfica 9 presenta que el 47% de los participantes están muy de acuerdo que los cuidados de enfermería para el familiar deben continuar durante toda la etapa de duelo y muerte, seguido con un 43% de acuerdo y solo un 10% en muy en desacuerdo.



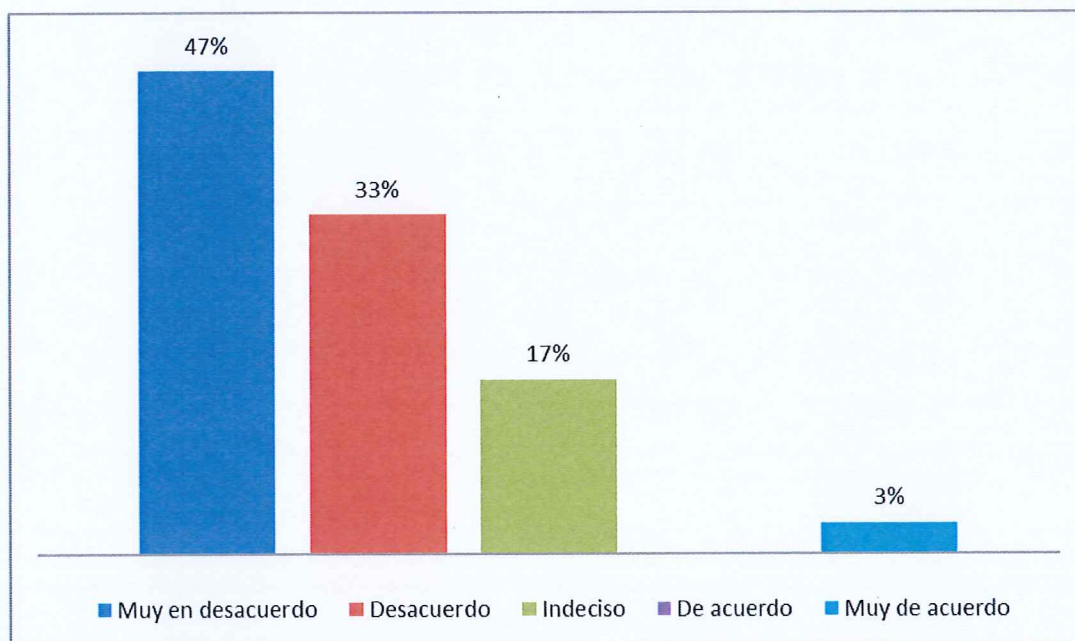
Gráfica 10. No me gustaría que me asignaran a cargo de una persona moribunda.

La gráfica 10 presenta que la mayoría con un 53% están muy en desacuerdo a estar a cargo de un paciente en etapa terminal. El 33% está en desacuerdo, 10% indeciso y solo un 3% estar de acuerdo en ofrecer los cuidados.



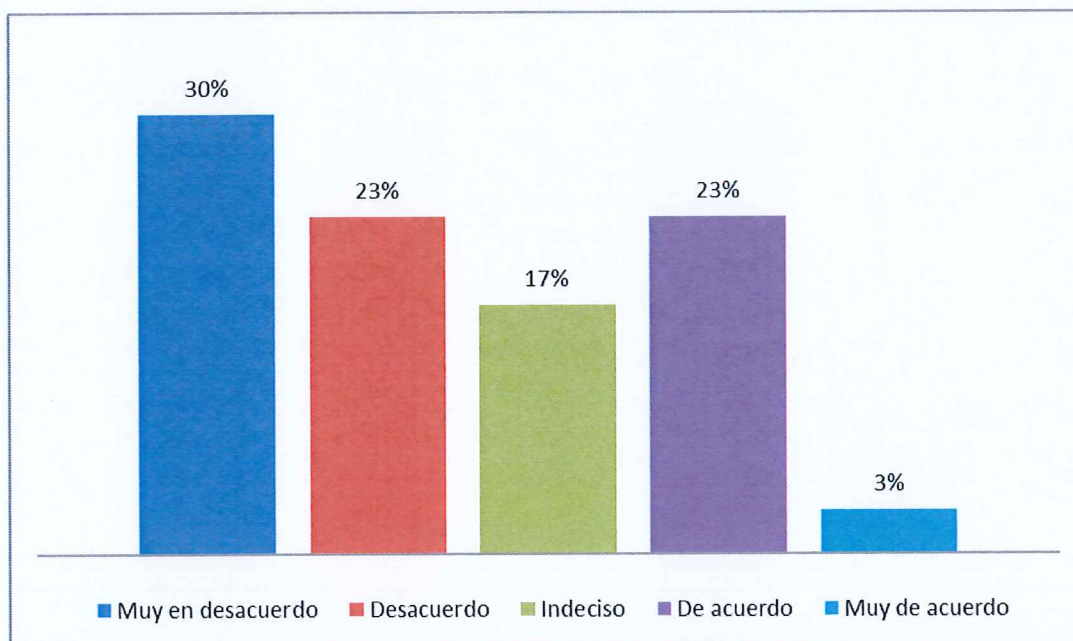
Gráfica 11. La enfermera no debe ser la persona que hable de la muerte con la persona moribunda.

La gráfica 11 presenta si debería o no ser la enfermera la persona que hable de la muerte hacia el paciente moribundo y un 27% marco estar desacuerdo, 23% indeciso, 20% de acuerdo y un 17% muy en desacuerdo.



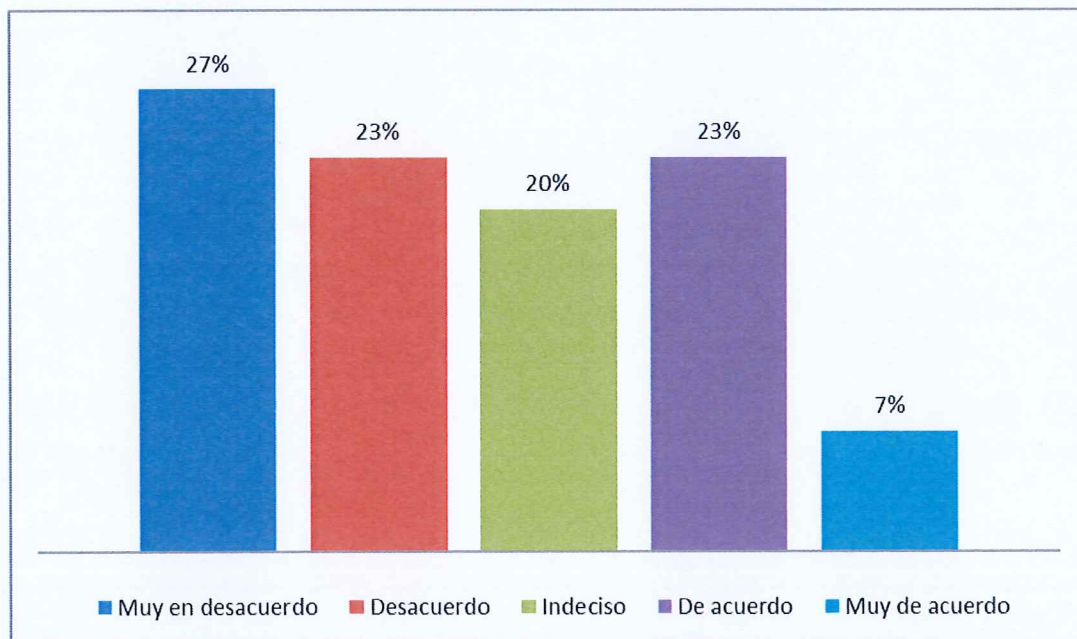
Gráfica 12. El tiempo que se requiere para brindar cuidados de enfermería a un moribundo me frustraría.

La gráfica 12 presenta como el 47% de los participantes indicó estar muy desacuerdo en que cuidar de un paciente moribundo y el tiempo que tomaría les frustraría, seguido por un 33% marcando desacuerdo, 17% indeciso y un 3% muy de acuerdo.



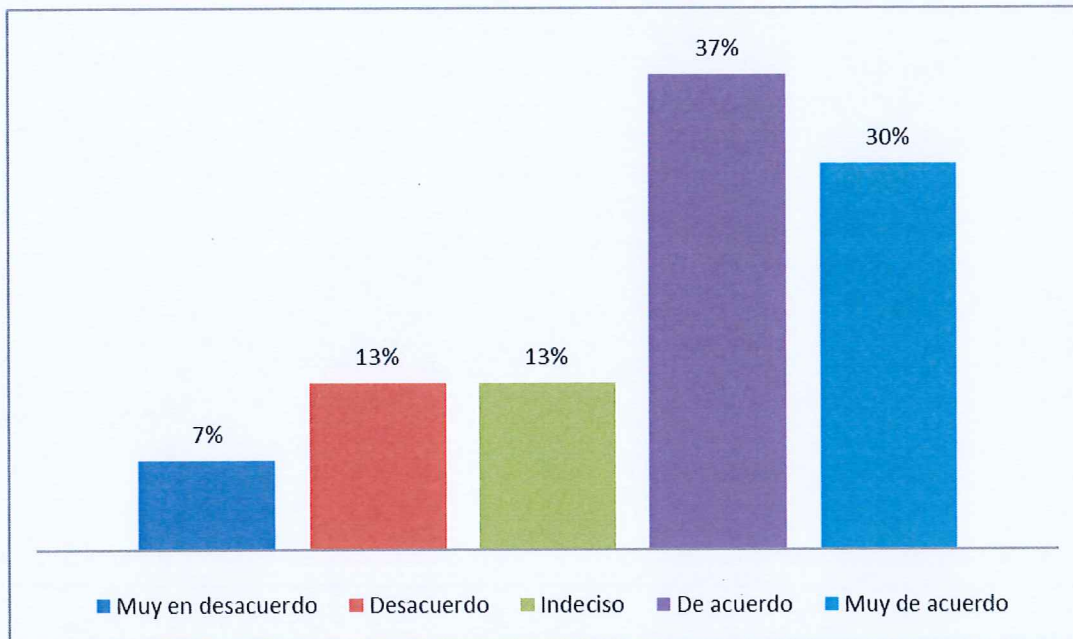
Gráfica 13. Me molestaría si a la persona moribunda que estoy a cargo pierde las esperanzas de mejorarse.

La gráfica 13 presenta si el estar a cargo de un paciente que pierda las esperanzas de mejorarse molestaría a los participantes y un 30% indicó estar muy en desacuerdo siendo esta opción la mayoría. Un 23% está en desacuerdo, 23% de acuerdo, 17% indeciso y solo un 3% está muy de acuerdo con lo antes mencionado.



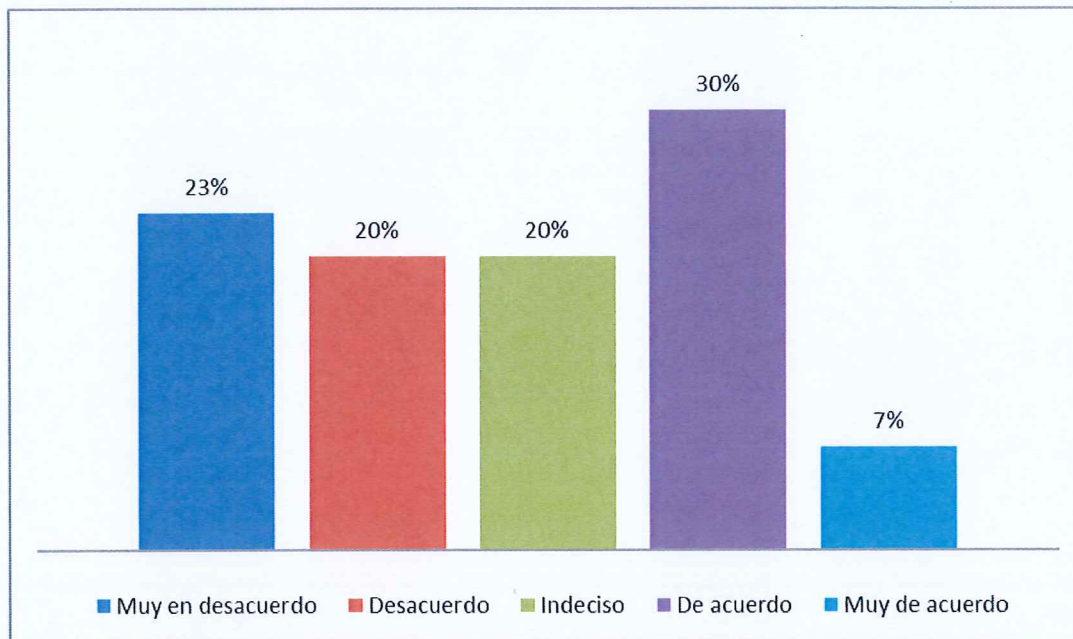
Gráfica 14. Es difícil formar una relación estrecha con la familia de una persona moribunda.

La gráfica 14 presenta que tan difícil es mencionar una relación cercana con los familiares del paciente moribundo y el 27% de los participantes marcaron estar muy en desacuerdo, seguido por un 23% en desacuerdo y otro 23% en acuerdo. Un 20% está indeciso y un 7% muy de acuerdo.



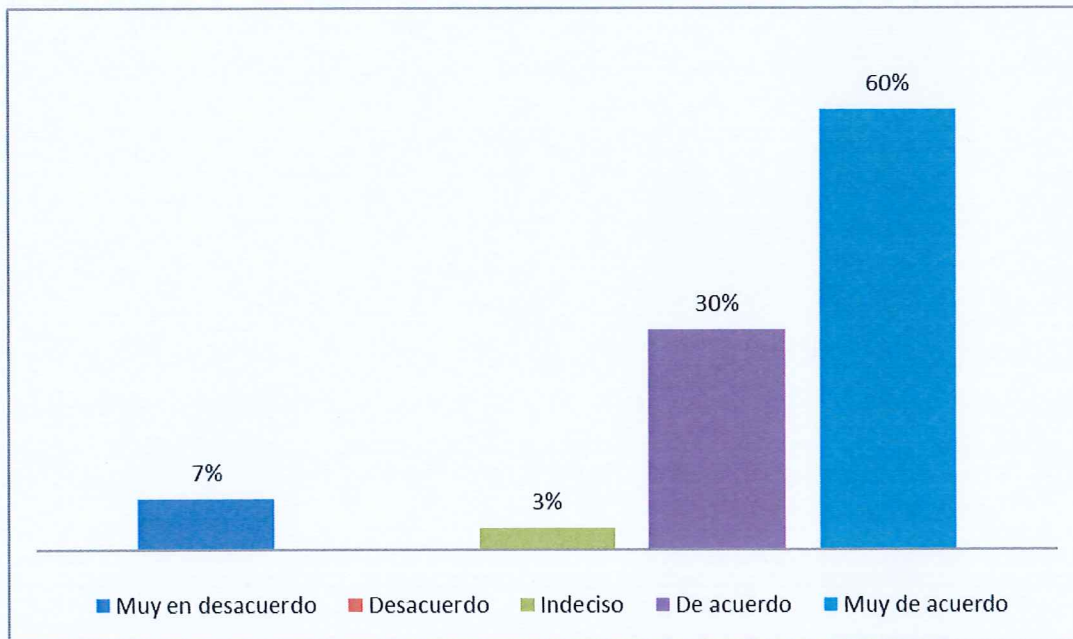
Gráfica 15. Hay momentos en que la muerte es bien recibida por la persona moribunda.

La gráfica 15 presenta que el 37% de los participantes están de acuerdo con que en algunos momentos la muerte es bien recibida por el paciente moribundo y un 30% muy de acuerdo. El 13% está en desacuerdo e indeciso y un 7% muy en desacuerdo con la premisa.



Gráfica 16. Cuando un paciente pregunta, "¿Me estoy muriendo?", creo que lo mejor es cambiar el tema a algo alegre.

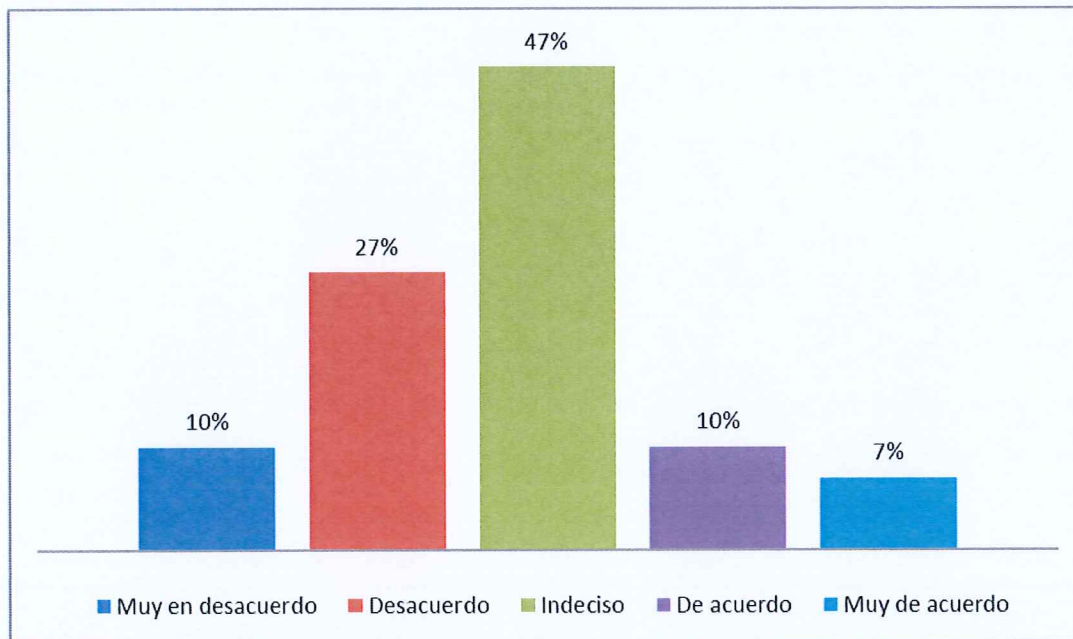
La gráfica 16 presenta como un 30% indicó estar de acuerdo que al ser preguntados por el paciente si el mismo está muriéndose optarían por cambiar el tema a uno alegre mientras que un 23% marco estar muy en desacuerdo, 20% desacuerdo e indeciso y un 7% muy de acuerdo.



Gráfica 17. La familia debería estar involucrada en el cuidado físico de la persona moribunda.

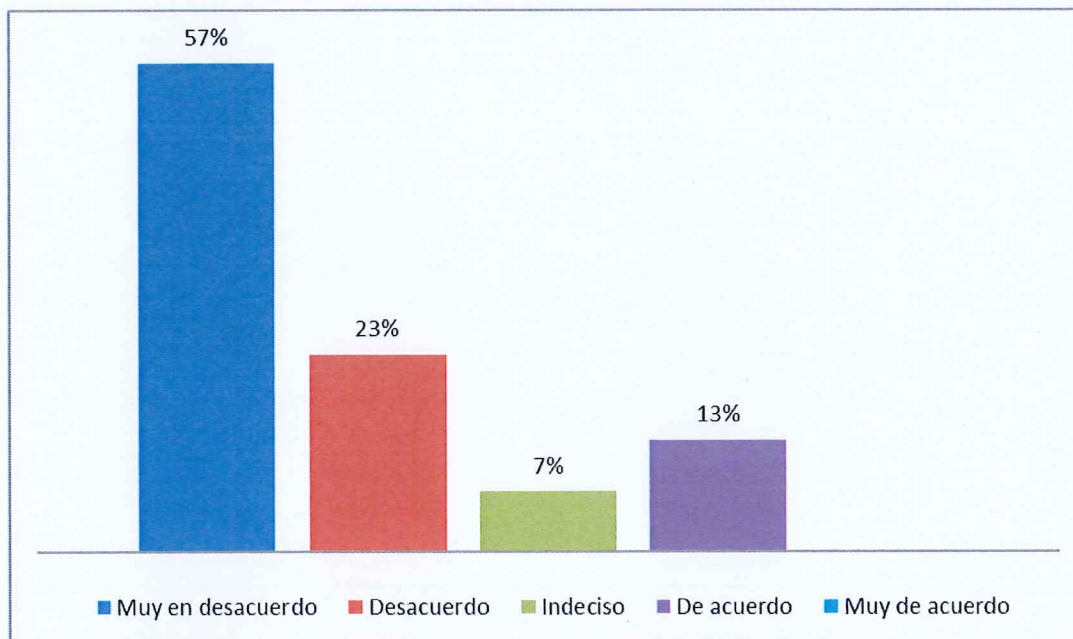
La gráfica 17 presenta el pensar de los participantes si el familiar debería estar activo en los cuidados del paciente moribundo y un 60% indicó estar muy de acuerdo y 30% de acuerdo.

Un 7% está muy desacuerdo y un 3% indeciso.



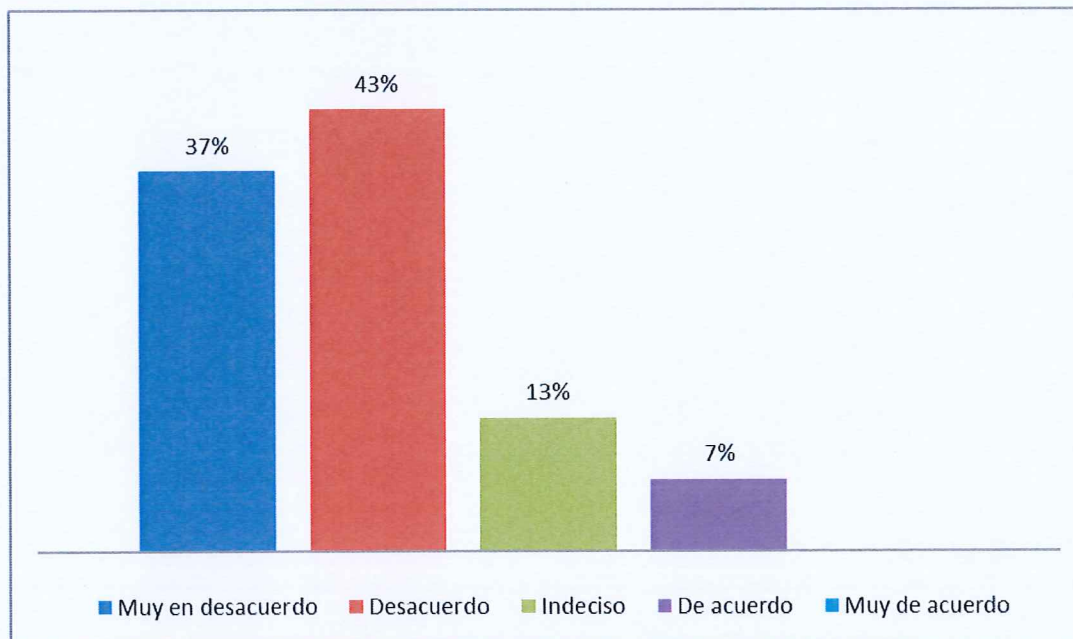
Gráfica 18. Yo preferiría que a la persona que estoy cuidando muera cuando no estoy presente.

La gráfica 18 presenta si los participantes preferiría que el paciente terminal del que están cuidando falleciera cuando no estén presentes y la mayoría con un 47% indicó estar indeciso, 27% desacuerdo, 10% muy desacuerdo y de acuerdo ambos y 7% muy de acuerdo.



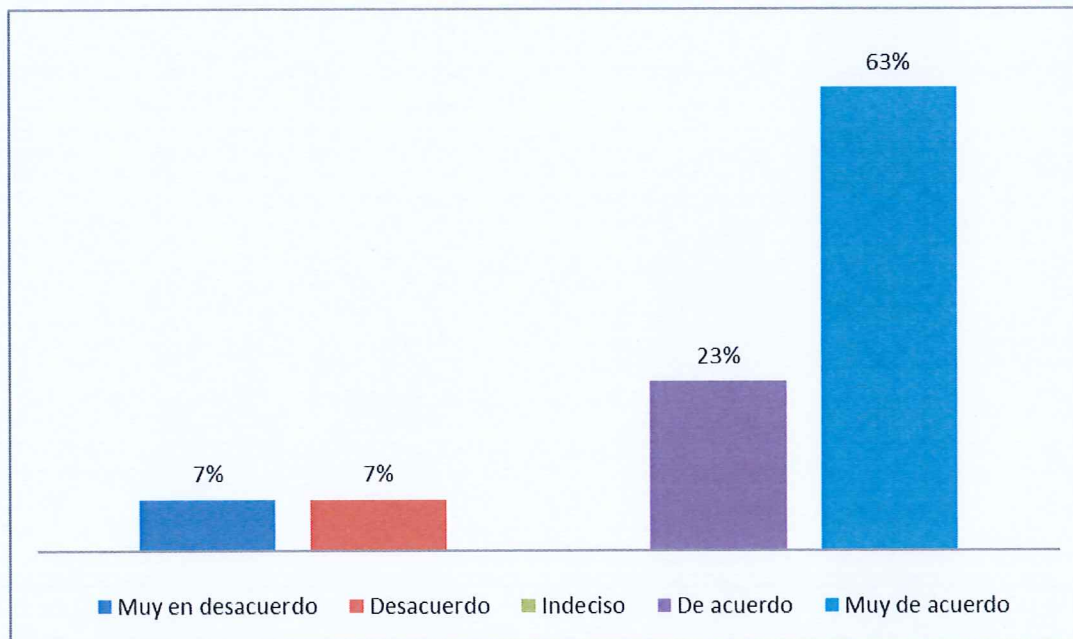
Gráfica 19. Tengo miedo de hacer amistad con una persona moribunda.

La gráfica 19 presenta el temor de enfermería en hacer amistad con un paciente terminal y un 57% marcó estar muy en desacuerdo mientras que un 25% estar desacuerdo, 13% de acuerdo y un 7% indeciso.



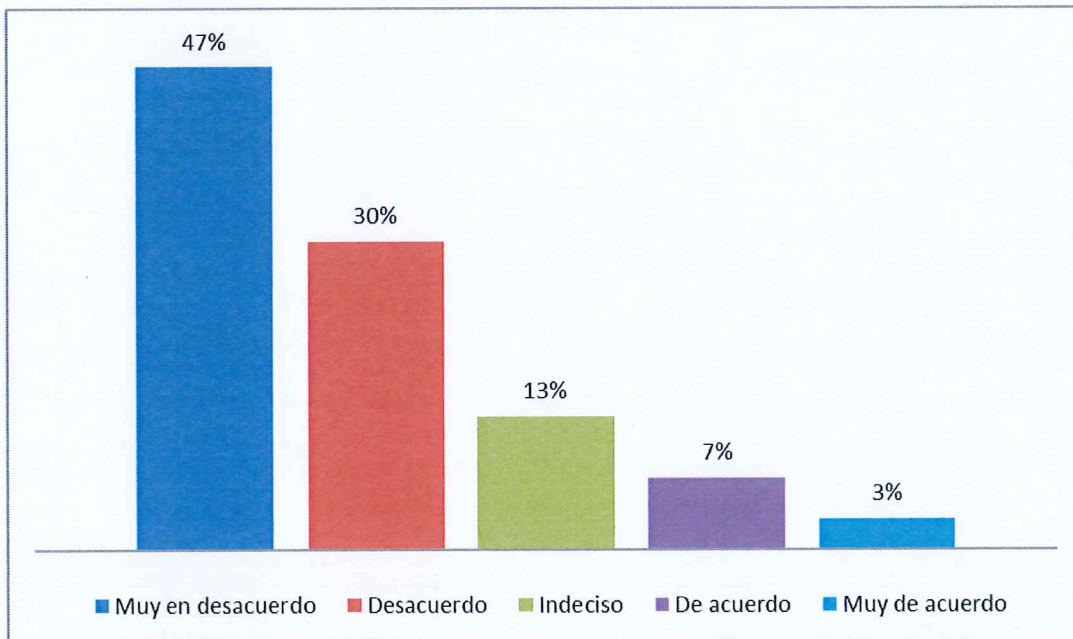
Gráfica 20. Me sentiría con ganas de huir cuando la persona moribunda haya muerto.

La gráfica 20 presenta como los participantes están con un 43% desacuerdo en sentir ganas de huir al saber que el paciente moribundo falleció, seguido con un 37% estar muy en desacuerdo y 13% indeciso. Solo un 7% marcó estar de acuerdo con la premisa expuesta.



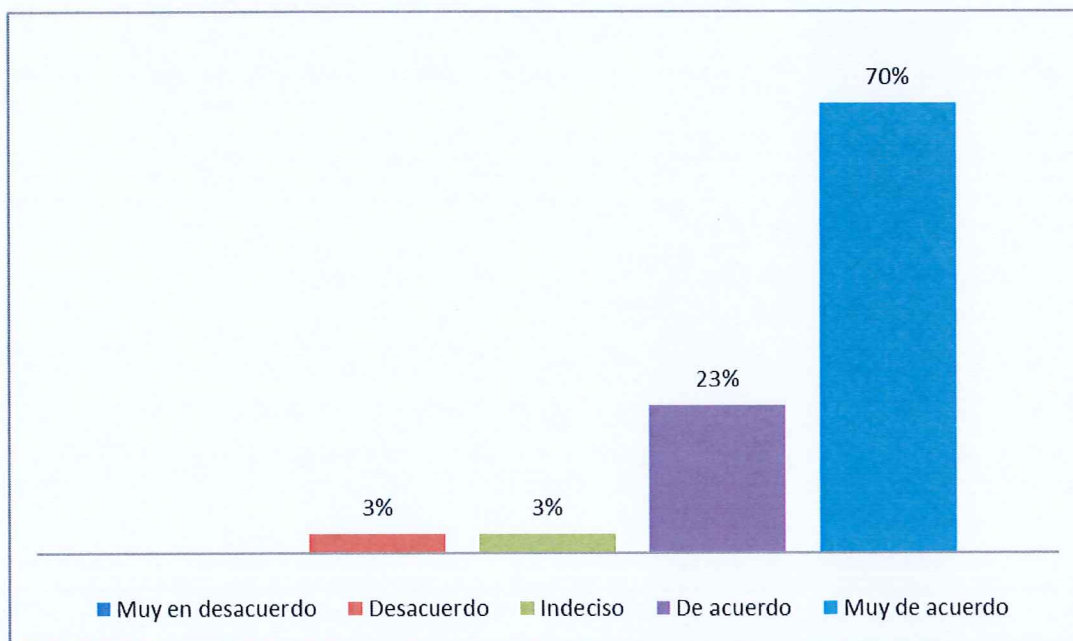
Grafica 21. Las familias necesitan apoyo emocional para aceptar los cambios en conducta de la persona moribunda.

La gráfica 21 presenta que un 63% de los participantes entienden que las familias del paciente en etapa terminal necesita apoyo emocional para aceptar los cambios que se avecinan de parte del paciente.



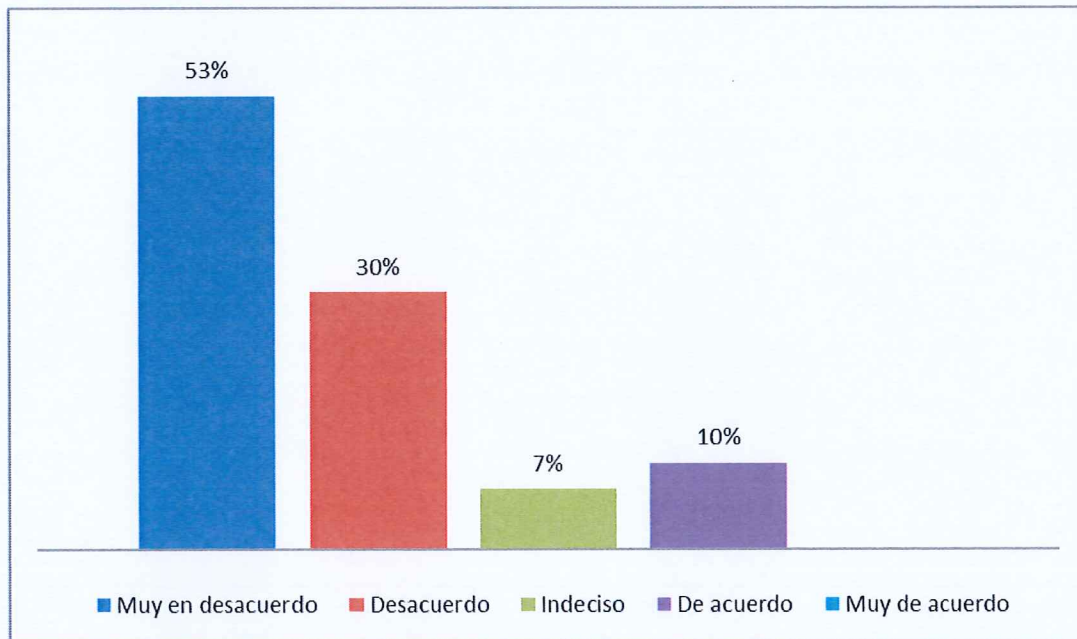
Gráfica 22. Mientras el paciente se acerca a la muerte, la enfermera deberá no involucrarse con el paciente.

La gráfica 22 presenta como un 47% estar en muy en desacuerdo sobre no involucrarse con el paciente mientras su muerte se aproxima, el 30% marcó desacuerdo, 13% indeciso, 7% de acuerdo y solo un 3% estar muy de acuerdo.



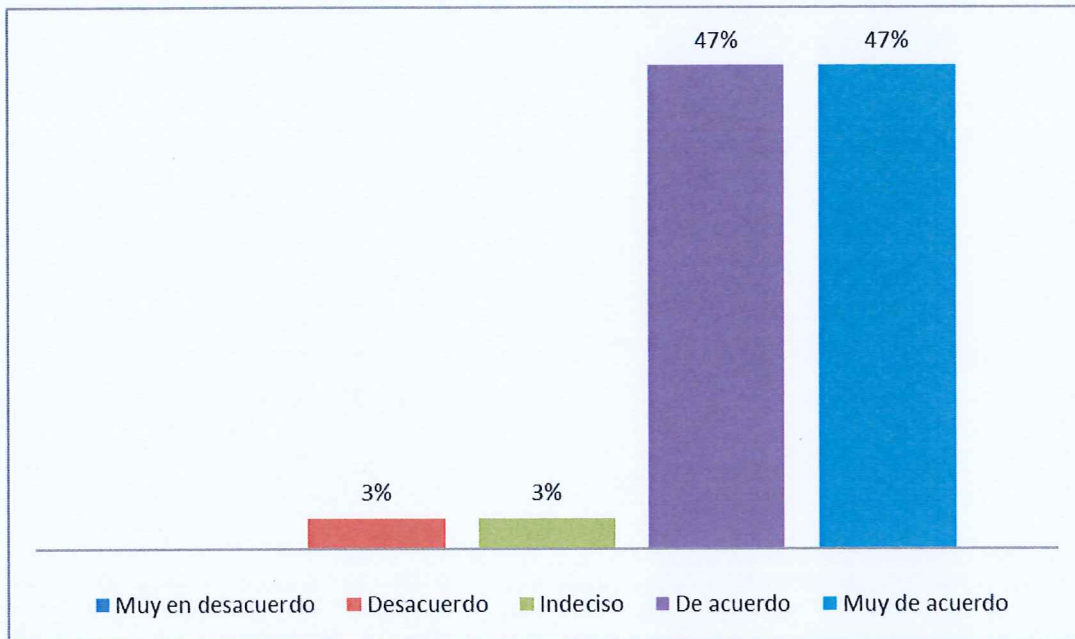
Gráfica 23. Los familiares deben preocuparse por ayudar a su familiar moribundo a obtener lo mejor de lo que queda de su vida.

La gráfica 23 presenta como los participantes con un 70% están muy de acuerdo en que los familiares deban preocuparse por ayudar a su familiar a obtener lo mejor de lo que le reste de vida. Un 23% está de acuerdo mientras que un 3% está indeciso y en desacuerdo.



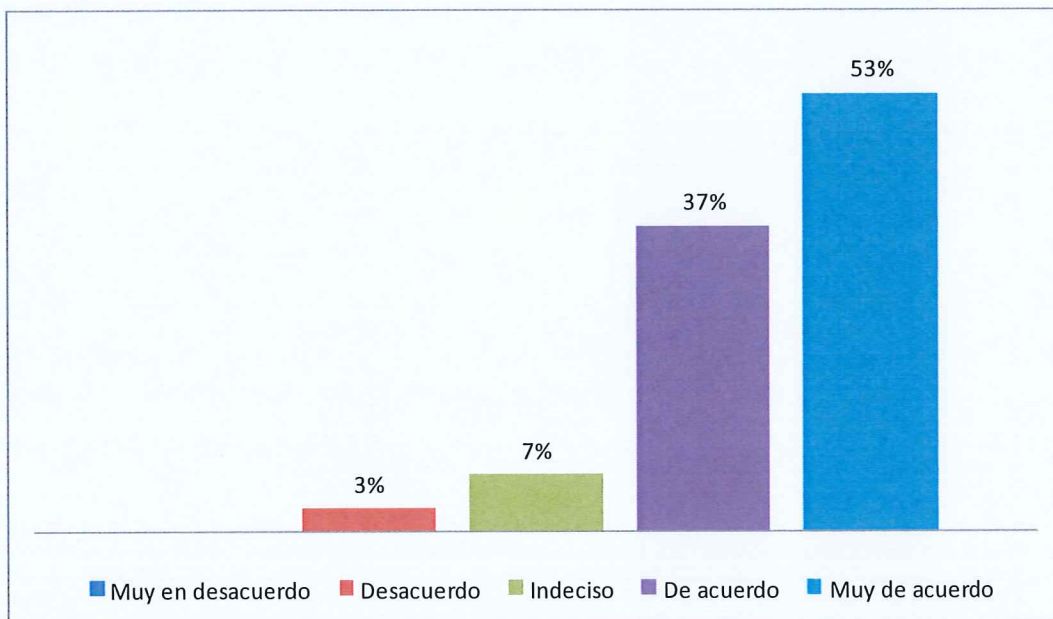
Gráfica 24. Al paciente moribundo NO se le debe permitir tomar decisiones sobre su cuidado físico.

La gráfica 24 presenta el pensar de los participantes si el paciente moribundo no se le debe permitir tomar decisiones sobre su cuidado y un 53% está muy en desacuerdo, 30% desacuerdo, 7% indeciso y un 10% de acuerdo.



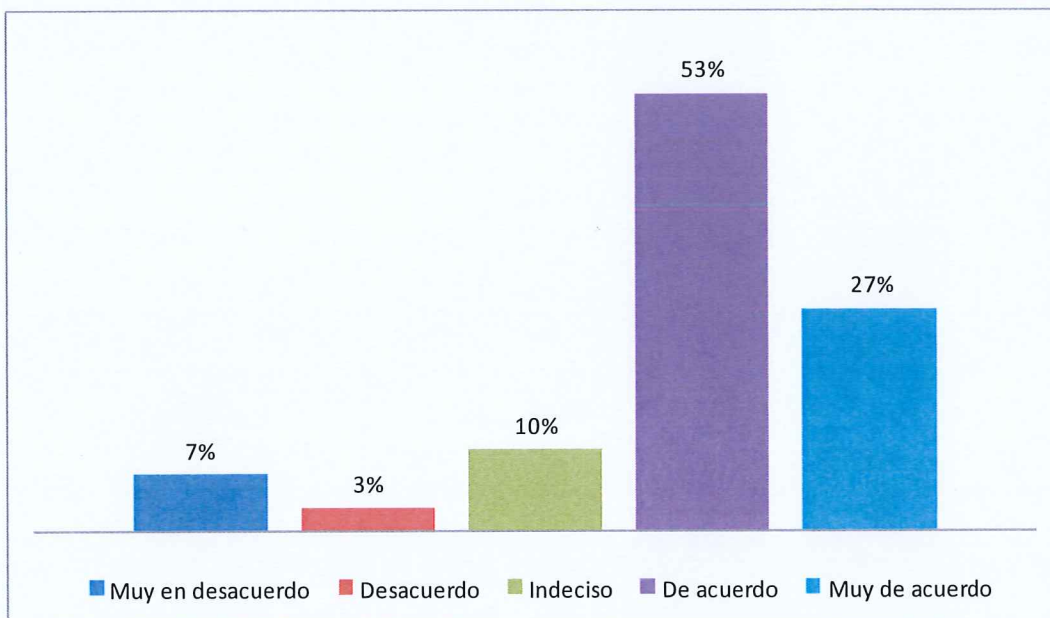
Gráfica 25. Los familiares deben mantener un ambiente lo más normal posible para su familiar moribundo.

La gráfica 25 presenta como un 47% está muy de acuerdo y de acuerdo respectivamente para que los familiares hagan de un ambiente lo más normal posible para el paciente moribundo. En desacuerdo e indeciso obtuvo un 3% ambos.



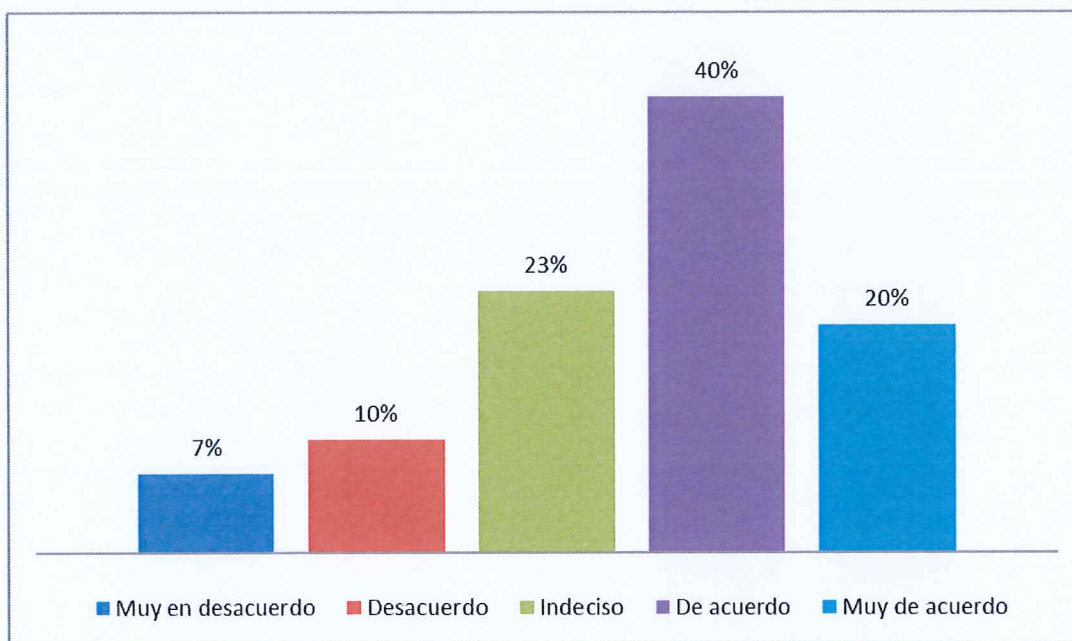
Grafica 26. Es beneficioso para la persona moribunda que verbalice sus sentimientos.

La gráfica 26 presenta como un 53% marca muy de acuerdo el hecho que el paciente verbalice sus emociones. Un 37% está de acuerdo, 7% indeciso y solo un 3% desacuerdo.



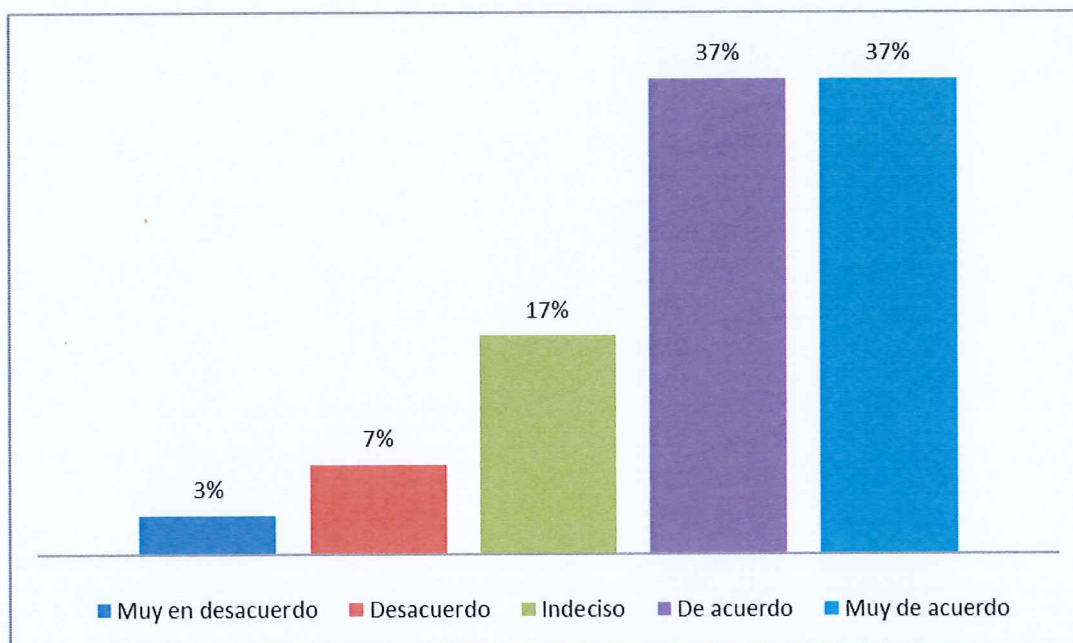
Gráfica 27. Los cuidados de Enfermería deben extenderse para los familiares de la persona moribunda.

La gráfica 27 representa si los cuidados de enfermería se deberían de extender hacia los familiares del paciente y un 53% está de acuerdo, 27% muy de acuerdo y un 10% indeciso. 7% muy en desacuerdo y un 3% desacuerdo.



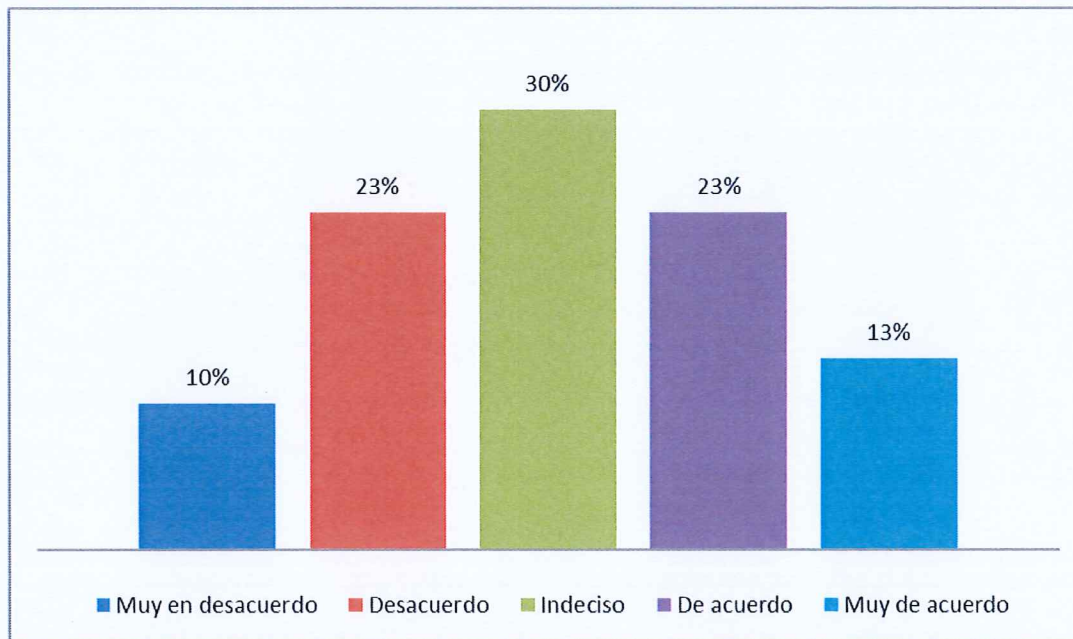
Gráfica 28. Las enfermeras deben permitir al moribundo que tengan horarios de visita flexibles

La grafica 28 presenta que un 40% de los participantes están de acuerdo a que el profesional de enfermería debe permitir al paciente moribundo horarios flexibles de visitas. Un 20% está muy de acuerdo seguido por un 23% indeciso mientras que un 10% y 7% están desacuerdo y muy desacuerdo respectivamente.



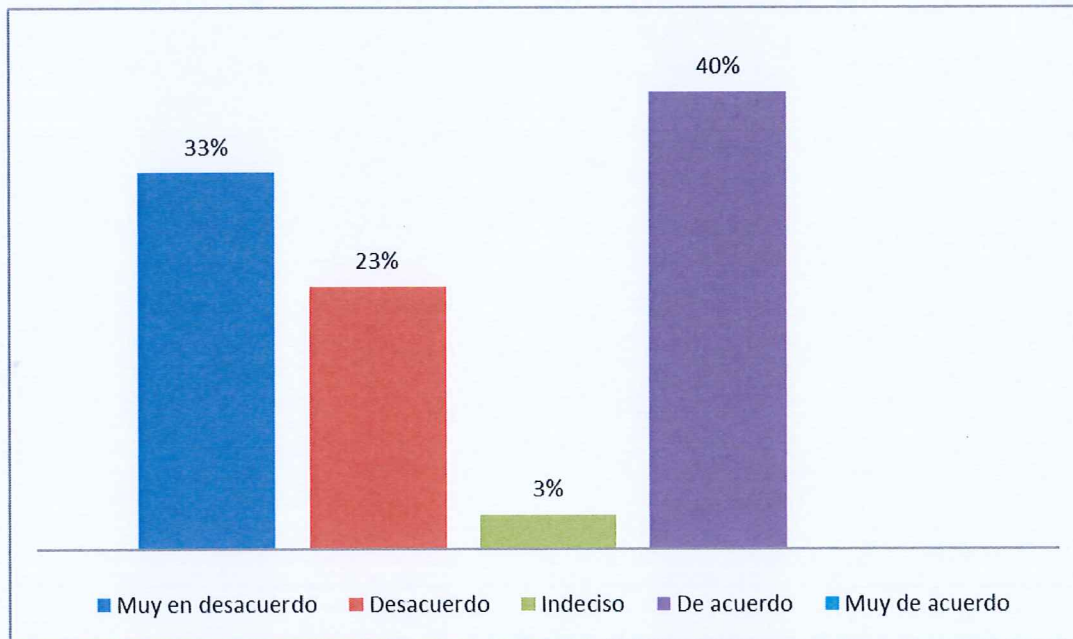
Gráfica 29. La persona moribunda y sus familiares deben ser los encargados en la toma de decisiones.

La gráfica 29 presenta el pensar de los participantes acerca de que los familiares deban ser los encargados en la toma de decisiones del paciente moribundo sienten un 37% están muy de acuerdo y de acuerdo respectivamente seguido por un 17% indeciso, 7% desacuerdo y un 3% muy en desacuerdo.



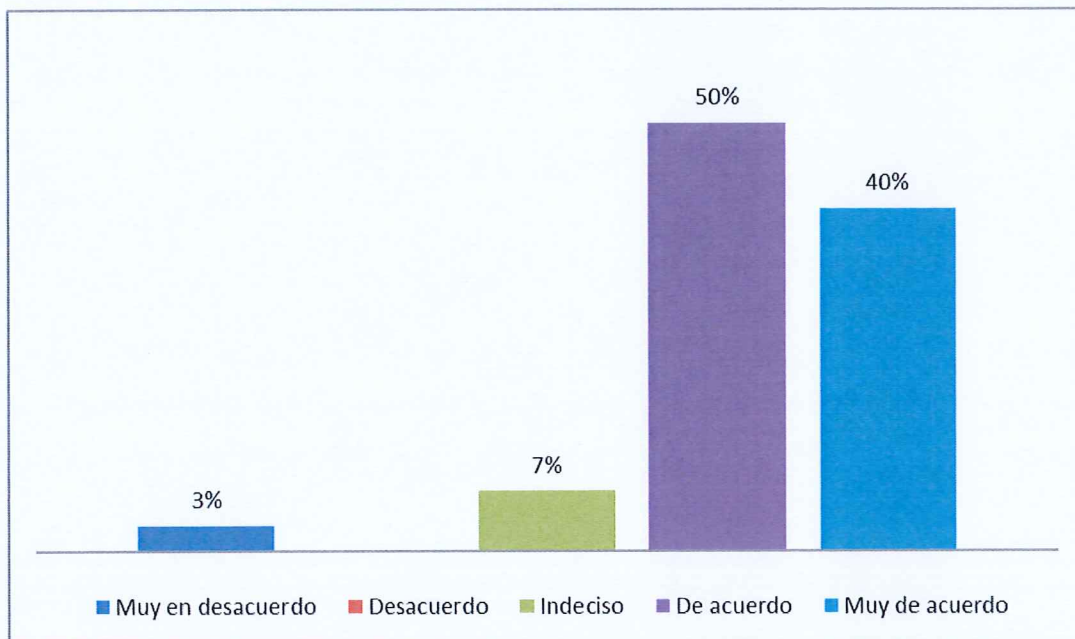
Gráfica 30. La adicción a los medicamentos para el dolor no debe ser una preocupación cuando se trata de un paciente moribundo.

La gráfica 30 presenta si la adicción a los medicamentos para el dolor debería ser una preocupación en un paciente en etapa terminal y un 30% marca indeciso, desacuerdo y de acuerdo obtienen un 23% ambos respectivamente, 10% para muy desacuerdo y 13% muy de acuerdo.



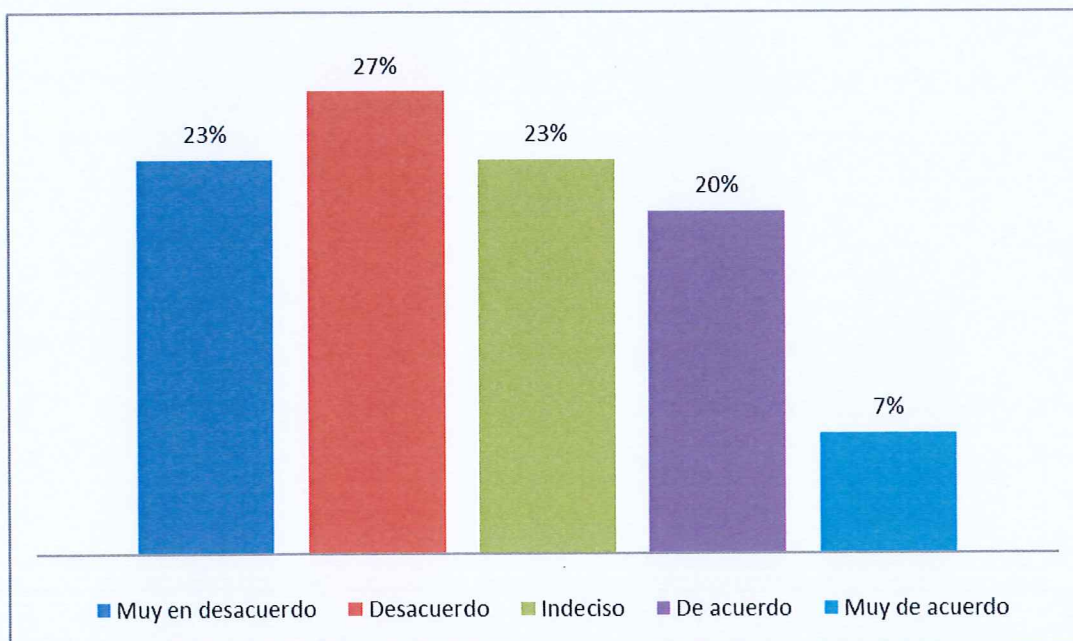
Gráfica 31. Me sentiría incómodo si entro a la habitación de un paciente moribundo y lo encuentro llorando.

La gráfica 31 presenta el pensar de los participantes al entrar a una habitación en donde el paciente terminal está llorando y un 40% marco de acuerdo en estar incómodo. Un 33% está muy en desacuerdo, 23% desacuerdo y 3% indeciso.



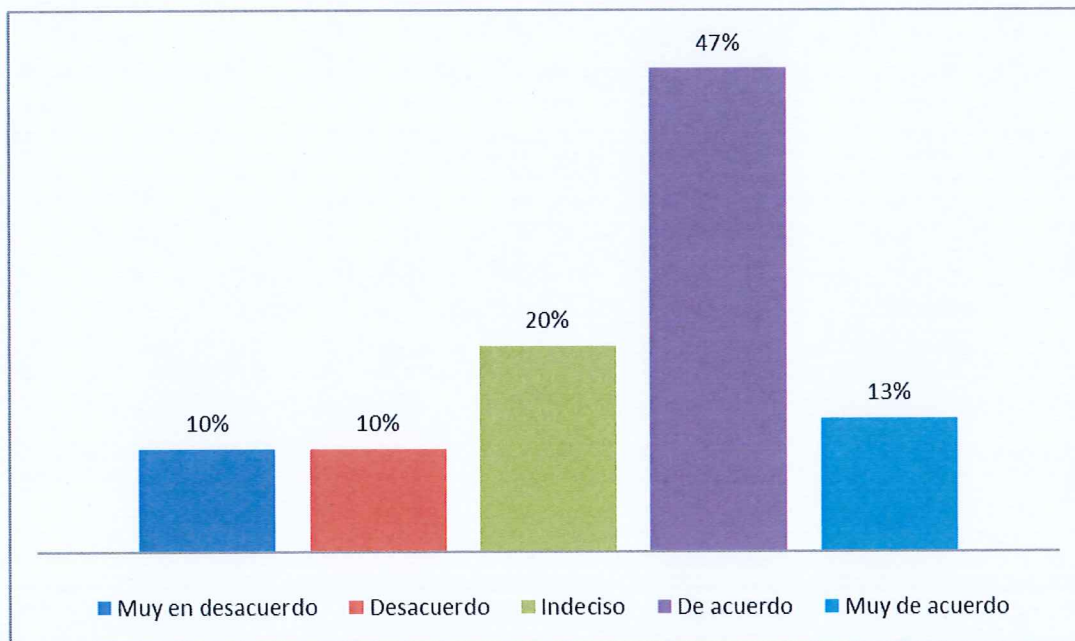
Gráfica 32. A las personas moribundas se les debe decir la verdad sobre la condición.

La gráfica 32 es sobre si a las personas en etapa terminal se les debe decir la verdad sobre su condición y un 50% marca estar de acuerdo, 40% muy de acuerdo y un 3% muy en desacuerdo.



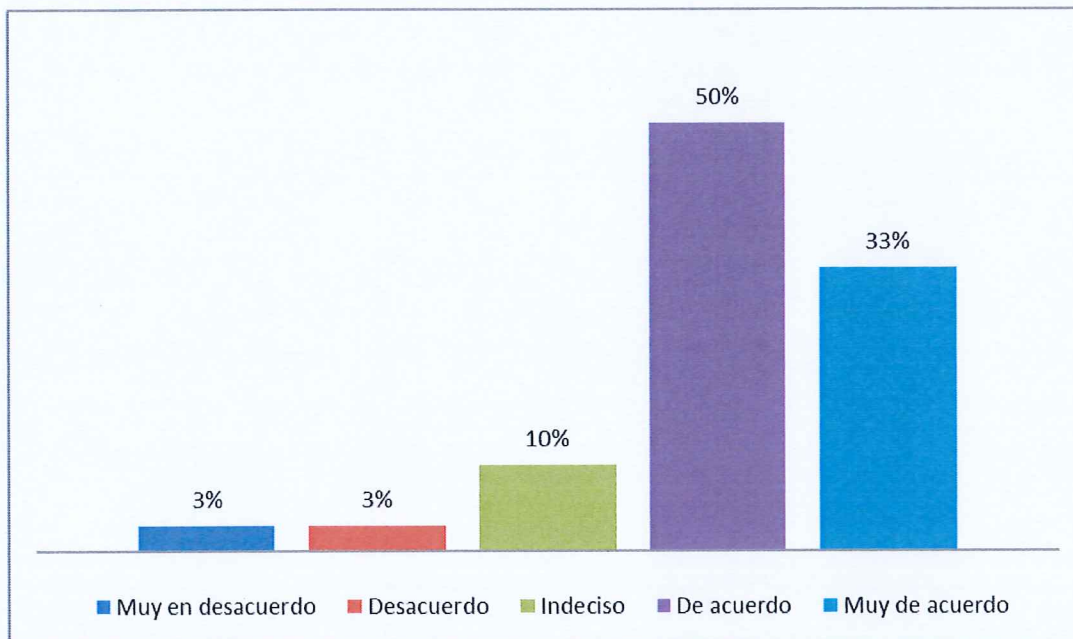
Gráfica 33. Educar a los familiares sobre la muerte y duelo no es una responsabilidad de enfermería.

La gráfica 33 indica que si hablarles a los familiares sobre el tema del duelo y la muerte no les compete a enfermería y un 27% marca desacuerdo seguido por un 23% en muy en desacuerdo e indeciso ambos. Solo un 20% para acuerdo y 7% en muy de acuerdo.



Gráfica 34. Los familiares de un moribundo que se mantienen apegados a él, a menudo interfieren con el trabajo del profesional de enfermería.

La gráfica 34 habla sobre si los familiares muy apegados al paciente interfiere con las labores del profesional de enfermería y la mayoría con un 47% marca de acuerdo y seguido por un 13% muy de acuerdo. Continúa un 10% para ambas muy desacuerdo y desacuerdo.



Gráfica 35. Es posible que enfermería puedan ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte.

La gráfica 35 presenta el pensar de los participantes sobre si enfermería ayudaría al paciente moribundo preparase para su muerte y un 50% está de acuerdo y 33% en muy de acuerdo. El 10% está indeciso y 3% para muy desacuerdo y desacuerdo.

Resumen

Estudio cuantitativo descriptivo realizado en un hospital del área metropolitana dentro de las unidades de telemetría y medicina y cirugía con una muestra de 30 participantes entre las edades de 23 a 55 siendo la mayoría entre 28 a 35 años de edad con un 40%. Entre los participantes 3 fueron masculinos y 27 féminas. La preparación académica fue entre grado asociado, bachillerato y maestría siendo el grado promedio el bachillerato con un 60%. El 57% de los participantes no han tomado un curso sobre el duelo y la muerte en específico pero si en otros cursos han hablado del tema mientras que un 33% si ha tomado cursos de duelo y muerte y

el restante 3% no. Todos los participantes han obtenido experiencia previa cuidando pacientes moribundos.

Capítulo V: Conclusiones

Introducción

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados del estudio. Dicho análisis estará basado en las preguntas y objetivos de la investigación y se compararan los resultados obtenidos con la literatura. De esa comparación se obtendrán las conclusiones, implicaciones para enfermería, las limitaciones y las recomendaciones del estudio para el desarrollo de este capítulo.

Análisis de los hallazgos

La encuesta refleja que el 70% de los participantes tienen una actitud positiva hacia los pacientes en etapa terminal. El 57% de los participantes refleja estar de acuerdo con que brindar cuidados de enfermería a la persona moribunda es una experiencia de aprendizaje enriquecedora. Los resultados concuerdan con los de Muñoz-Pino (2013) en donde también menciona que según su investigación la experiencia fue enriquecedora y necesaria para que puedan comprender los conceptos de vida y muerte para ayudarlos en su formación como profesionales de enfermería.

Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licon (2014) mencionan como factor estresante a los familiares debido a que el profesional de enfermería no se siente preparado para ayudarlos emocionalmente. El 53% refleja que los cuidados de enfermería deben extenderse para los familiares de la persona moribunda y un 63% está muy de acuerdo que las familias necesitan apoyo emocional para aceptar los cambios en conducta de la persona moribunda. Se encontró que el 43% y 47% están de acuerdo y muy de acuerdo, respectivamente, que los cuidados de enfermería ofrecidos para la familia del paciente deben continuar durante todo el periodo de muerte y duelo. Un 74% de los participantes están muy de acuerdo y de acuerdo a que la persona

moribunda y sus familiares deben ser los encargados en la toma de decisiones. Los participantes consideran muy de acuerdo y de acuerdo con un 90% que los familiares deben estar involucrados en el cuidado físico de la persona moribunda, un 93% está muy de acuerdo y de acuerdo a que los familiares deben preocuparse por ayudar al paciente a obtener lo mejor de lo que queda de su vida y un 94% está muy de acuerdo y de acuerdo que los familiares deben mantener un ambiente lo más normal posible para el paciente moribundo. Pese a todas las respuestas positivas sobre el familiar, el 47% de los encuestados están de acuerdo que los familiares de un moribundo que se mantienen apegados a él, a menudo interfieren con el trabajo del profesional de enfermería. Aun cuando entienden que los familiares necesitan apoyo, que deberían aportar al cuidado del paciente y a la vez que interrumpen su trabajo el 50% de los participantes considera que es responsabilidad de enfermería educar al familiar sobre la muerte y el duelo. Las interrupciones frecuentes es otro factor de estrés según mencionan Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014).

Los autores Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014) detallan en su investigación que un 50% refiere no tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente mientras que en los hallazgos de la encuesta un 80% está muy en desacuerdo y desacuerdo que el tiempo requerido para brindar cuidados de enfermería a un moribundo no los frustraría. No obstante la encuesta no provee una opción para determinar si tienen el tiempo requerido para ese paciente ya que entienden que no los frustraría.

Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014) enfatizan como un estresor el que el profesional de enfermería no esté preparado para ayudar a un paciente en etapa terminal sin embargo para los participantes de ésta investigación el escuchar o hablar sobre la muerte con un paciente moribundo no genera incomodidad con un 44% mientras que un 27% está indeciso y un

27% están de acuerdo a sentirse incómodos. Para los autores previamente mencionados un 42.9% siente estrés al hablar y escuchar sobre la muerte con un paciente en etapa terminal por lo que sus resultados no concordaron con los resultados de la encuesta, además un 90% de los participantes está muy de acuerdo y de acuerdo que es beneficioso para la persona moribunda que verbalice sus sentimientos. Un 90% de los participantes están muy de acuerdo y de acuerdo que se les debe decir la verdad sobre la condición a las personas moribunda pero cuando el paciente pregunta: ¿Me estoy muriendo?, los participantes creen que es mejor cambiar el tema a algo alegre con un 30% de acuerdo, 20% indeciso, 20% desacuerdo y un 23% muy en desacuerdo creando incertidumbre, para los profesionales de enfermería, cuando son enfrentados directamente con el tema. El 86% está muy en desacuerdo y desacuerdo que no les gustaría que le asignen a cargo a una persona moribunda por lo que no se cohiben de ejercer su función con un paciente de esta categoría.

En una de las premisas del cuestionario el 77% del profesional de enfermería está muy en desacuerdo y desacuerdo que mientras el paciente se acerca a su muerte, la enfermera deberá no involucrarse con el mismo. Un 47% de los participantes presenta estar indecisos sobre si prefieren que a la persona que están brindando cuidados muera cuando no estén presentes mientras que a un 37% y 43% están muy en desacuerdo y desacuerdo sobre sentir ganas de huir cuando la persona moribunda haya muerto. Los mismos no están incómodos con la muerte del paciente moribundo, no huirían de la situación si sucede pero están indecisos sobre si prefieren no estar cuando suceda, los resultados se asemejan a los de Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licona (2014) que a un 50.1% les genera estrés experimentar la muerte de un paciente moribundo. Peters et. al (2013) dice que debido a que enfermería es un trabajo emocional por todas las emociones que se ven involucradas cuando se le toma cariño al paciente lo que hace

que algunos profesionales eviten hablar con el paciente para así evitar hablar de sus preocupaciones y forman una distancia emocional. Los resultados reflejan que el estrés en los encuestados sería en el momento que muere ese paciente. La investigación no provee una opción para determinar las razones del porque en ese instante. Debido a que la formación de enfermería enseña que la preservación de la vida es importante por lo que cuando ocurre una muerte hace sentir al profesional sin preparación por lo que optan mantener distancia, como ya bien se mencionó, para así evitar ese sufrimiento cuando ocurra la pérdida. (Mota et. al, 2013) Sin embargo, los autores previos identificaron que a pesar de ese sentimiento de pérdida que les genera la muerte también experimentan uno de alivio ya que los profesionales de enfermería saben que ese paciente está en un lugar mejor y libre de sufrimiento por lo que se asemeja a que un 60% de los participantes están muy de acuerdo y de acuerdo que la muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona. En adición los profesionales de enfermería entienden que hay momentos en que la muerte es bien recibida por la persona moribunda con un 67% muy de acuerdo y de acuerdo. Además un 83% está muy de acuerdo y de acuerdo que sea posible que los profesionales de enfermería puedan ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte.

Análisis en base al marco conceptual

El marco conceptual que se utilizó para el estudio investigativo fue el Modelo de Adaptación de la teorizante Callista Roy el cual presenta a la persona como un sistema adaptativo en constante interacción con el interior y el exterior. El modelo de adaptación ha sido de gran utilidad ya que el proceso de muerte es una etapa la cual se requiere de muchos cambios y aceptación no solo de parte del paciente y familiares, también de parte del profesional de enfermería. Debido a que enfermería se basa en dar salud y vida, estar en una situación donde debe brindar cuidados a un paciente moribundo crea en enfermería que se alejen pero la

teorizante Callista Roy crea el modelo adaptado a enfermería para que los mismos brinden un cuidado de manera asertivo y efectivo. Cuando el profesional de enfermería acepte que el paciente este en una etapa terminal su cuidado no debe cambiar con la excepción de que la meta es una muerte digna en vez de sanación de la enfermedad. El objetivo de la enfermería es fomentar la adaptación exitosa, promover la acomodación para los individuos contribuyendo así a salud, calidad de vida, una muerte con dignidad mediante la evaluación de comportamiento y los factores que influyen en las habilidades adaptativas y para mejorar los factores ambientales (Masters, 2011).

Conclusión

Con los resultados del estudio investigativo se pudo reconocer que los profesionales de enfermería apoyan al paciente a que verbalice, exprese sus sentimientos ya que reconocen que es beneficioso y esto no los incomoda como profesionales de la salud. En adición reconocen que la muerte es un hecho por llegar pero sin embargo reflejaron incertidumbre en la hora de saber si prefieren o no estar presente cuando el paciente muera. De la misma forma reflejan actitudes positivas hacia el familiar, comprenden que también necesita cuidados de enfermería durante todo el proceso de muerte y duelo, refuerzan que deben mantenerse cerca de su familiar y hasta cierto punto esperan de ellos que cooperen con los cuidados del físico y medio ambiente del paciente. A pesar de lo antes mencionado, los profesionales de enfermería consideran que el apego de ese familiar interrumpe su labor, crea confusión este hallazgo pero motiva a investigar el porqué de ese cambio de actitudes. Se puede concluir con los resultados que los profesionales de enfermería mostraron actitudes positivas en las premisas positivas como en las premisas negativas hacia el paciente en etapa terminal.

Implicaciones para enfermería

Como profesionales de enfermería de la práctica avanzada debemos llevar a cabo unos estándares los cuales llevan a brindar unos cuidados de calidad máximos y a la vez obtener una madurez en donde se pueda aceptar el proceso de muerte y la muerte como parte de la vida y como parte de los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes. De igual forma los profesionales deben de abogar por que se le ofrezca una muerte digna y con respeto al paciente en etapa terminal y cumplir con las necesidades del mismo.

Limitaciones

1. La muestra del estudio es muy pequeña y no se pueden hacer generalizaciones con los resultados de este estudio.
2. El estudio no exploró las causas de las actitudes por los profesionales de enfermería.
3. Falta de estudios o información aplicada a la población de Puerto Rico.
4. En los datos demográficos no se incluyó la cantidad de años que lleva el participante ejerciendo la profesional de enfermería para poder analizar si se observaba una diferencia en la percepción del profesional de enfermería sobre de la muerte.
5. La cantidad de género masculino fue bien pobre por lo que pudo ser interesante observar si existe alguna diferencia entre féminas y varones y las actitudes hacia el paciente en etapa terminal.

Recomendaciones

1. Repetir el estudio con una muestra más grande para obtener datos más contundentes y validar los resultados.

2. Realizar un estudio descriptivo donde se pueda incluir las opiniones de los profesionales de enfermería
3. Incluir en los datos demográficos la cantidad de años que el participante lleva ejerciendo en la profesión de enfermería.
4. Ofrecer educaciones a los profesionales de enfermería de cómo manejar efectivamente a un paciente moribundo y a sus familiares para luego poder evidenciar si las mismas son efectivas en disminuir la ansiedad sobre el tema de la muerte.

Referencias

Castillo, I., Torres, A., Ahumada, A., Cárdenas, K. & Licona, S. (2014) Labor Stress in nursing and associate factors. Cartagena (Colombia), 30(1), 34-43. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522014000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Caycedos, M. (2007) La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200012

Galan, J., Socorro, M., Romero, R., & Alarcón, J. (2014) Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa: Revista de los Psicólogos de la Educación*, 20(1), 53-60. doi: 10.1016/j.pse.2014.05.007

Garcia-Caro, M. et al. (2010) Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 57-73. Recuperado de <http://cmpr.edu/docs/bib/bibliografia-apa-CMPR.pdf>

Gómez, E. (2009) Costumbres ante la muerte en las diferentes religiones y países de Latinoamérica. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos75/costumbres-muerte-religiones-paises-latinoamerica/costumbres-muerte-religiones-paises-latinoamerica.shtml>

Gonzales-Serna, J., Romero, R., Socorro, M & Alarcon, J. (2013) Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa: Revista de los Psicólogos de la Educación*. 20, 53-60. doi: 10.1016/j.pse.2014.05.007

Herbert, K., Moore, H. & Rooney, J. (2011) The nurse advocate in End-of-Life Care. *The Ochsner Journal*, 11(4), 325-329. Recuperado de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241064/>

Kelsang, G. (2001) *Transform your life: A Blissful Journey*. Cumbria: tharpa Publications

Kübler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York: Scribner

Limonero, J., Tomas-Sabado, J., Fernandez-Castro, J., Cladellas, R. & Gomez-Benito, J. (2010) Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 177-188. Recuperado de <file:///C:/Users/Santiago/Desktop/UMET-CNS/Tesis/COMPETENCIA%20PERSONAL%20PERCIBIDA%20Y%20ANSIEDAD%20ANTE%20LA%20MUERTE.pdf>

Masters, K. (2011). *Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy*. In *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. Recuperado de http://samples.jbpub.com/9781449626013/72376_CH10_Masters.pdf

Míguez, A. & Muñoz, D. (2009) Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*. 8(3). Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24365/1/Enfermeria%20y%20el%20paciente%20en%20situacion%20terminal.pdf>

Mota, J. et. al (2013) La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por enfermeros. *Enfermería Global*. 12(4). Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/163241/153151>

Muñoz-Pino (2014) Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Investigación y Educación en Enfermería* 32(1), 87-94. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/18573/16341>

National Institutes of Health (2010) *End-of-Life*. Recuperado de [http://report.nih.gov/nihfactsheets/Pdfs/EndOfLife\(NINR\).pdf](http://report.nih.gov/nihfactsheets/Pdfs/EndOfLife(NINR).pdf)

Perez, M. & Cinabal, L. (2011) Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. Recuperado de <file:///C:/Users/Santiago/Desktop/UMET-CNS/Tesis/Perspectiva%20de%20la%20enfermera%20ante%20el%20paciente.pdf>

Periyakoil, V., Stevens, M. & Kraemer, H. (2013) Multi-Cultural long term care nurses' perceptions of factors influencing patients dignity at the End of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 440-446. doi: 10.1111/jgs.12145

Peters, L. et al. (2013) How death anxiety impacts nurses' caring for the patients at the End of Life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, Volumen 7, 14-21. doi: 10.2174/1874434601307010014

Real Academia Española (2015) Recuperado de <http://www.rae.es/>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014) Recuperado de <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>

Sureda, M. (2003) Aproximación al enfermo terminal y a la muerte. *Asociació Catalana d'Estudis Bioètics*. Recuperado de <http://www.aceb.org/term.htm>

Apéndice



SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MÉNDEZ
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos y Cumplimiento
Oficina de Cumplimiento

Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)

Fecha : 2 de diciembre de 2015

Investigador Principal : Rosayra Santiago Rivera, BSN

Mentor : Maria Colon Perez, DNP

Título de protocolo : Actitud del Profesional de Enfermería hacia el Paciente en Etapa Terminal

Número de protocolo : 01-527-15

Tipo de solicitud : Proyecto nuevo

Institución/Escuela : Universidad Metropolitana, Bayamón, Puerto Rico
Escuela de Ciencias de la Salud
Departamento de Enfermería

Tipo de revisión : Exenta

Acción tomada : Aprobada

Fecha de revisión : 2 de diciembre de 2015

Certificamos que el estudio/investigación de referencia fue recibido, revisado y aprobado en la Oficina de Cumplimiento por la *Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)*. El mismo fue evaluado y cumple con los criterios establecidos bajo 45 CFR 46.101(b) (1-6) para ser clasificado como **Exento** con un periodo de vigencia de **2 de diciembre de 2015 al 1 de diciembre de 2016**.

Favor de tener presente lo siguiente:

- La hoja de consentimiento/hoja informativa es un documento que asegura que los sujetos o participantes entienden su participación en el estudio, además de ser un seguro de protección para los mismos después de ser firmado. De acuerdo con las Regulaciones Federales se requiere que los participantes reciban copia del consentimiento/hoja informativa después de haber firmado el mismo.
- De realizarse algún cambio en los documentos anejados con este estudio deben ser sometidos nuevamente al IRB para su debida revisión y aprobación, utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cambios/ Enmiendas".
- Todo evento adverso o no esperado debe ser informado al IRB utilizando la forma de IRB de Solicitud de Eventos Adversos y Problemas Inesperados.



**Sistema Universitario Ana G. Méndez
Universidad Metropolitana
Bayamon
Escuela de Ciencias de la Salud**

**Información para participar en un estudio/investigación
Carta Informativa**

Actitud del Profesional de Enfermería Hacia el paciente en Etapa Terminal

Descripción del estudio/investigación y tu participación en el mismo

Rosayra Santiago Rivera, Investigadora Principal, le invita a formar parte de un estudio. El propósito de este estudio es conocer la actitud de los profesionales de enfermería hacia los pacientes en etapa terminal.

Su participación en este estudio consiste en completar un cuestionario.

Le tomará aproximadamente 15 minutos en completar el cuestionario.

Riesgos e Incomodidad

No conocemos de ningún riesgo e incomodidad que le pueda ocasionar el participar en este estudio. Sin embargo pudiera producirle cansancio o aburrimiento el completar el cuestionario.

Posibles Beneficios

El beneficio que obtendrá el participante es la satisfacción de haber participado en un estudio académico.

Protección de la Privacidad y Confidencialidad

Toda información relacionada a su identidad será manejada de manera privada y confidencial y será protegida en todo momento. Bajo ninguna circunstancia se compartirá información del participante con terceros. Los datos recopilados se guardarán en un lugar privado, seguro y bajo llave. Cualquier documento recopilado será almacenado en la residencia principal del Investigador Principal por un periodo de cinco (5) años. Los mismos estarán bajo la tutela del investigador principal Rosayra Santiago Rivera.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

Decisión sobre su participación en este estudio

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted tiene todo el derecho de decidir participar o no de este estudio. Si usted decide participar en este estudio tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin penalidad alguna.

Información contacto

Si usted tiene alguna duda o inquietud correspondiente a este estudio de investigación o si surge alguna situación durante el periodo de estudio, por favor contacte a Rosayra Santiago Rivera, rsantiago169@suagm.edu. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de investigación por favor comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la Investigación del SUAGM al 787-751-3120 o compliance@suagm.edu.

Una copia de esta carta informativa le será entregada.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale

En propósito del cuestionario es aprender como el profesional de enfermería se siente acerca ciertas situaciones en las cuales están envueltos con los pacientes. Todas las aseveraciones están relacionadas al cuidado ofrecido al paciente moribundo y su familia. Cuando hace referencia a un paciente moribundo asuma que se refiere a una persona considerada con una enfermedad terminal y tiene menos de seis o menos meses de vida.

Por favor circula la letra de cada declaración que mejor corresponda a sus actitudes referentes a la situación a presentarle. Los significados de cada letra son:

1 = Muy en desacuerdo

2 = Desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De Acuerdo

5 = Muy de acuerdo

1. Brindar cuidados de enfermería a la persona moribunda es una experiencia de aprendizaje enriquecedora. 1 2 3 4 5
2. La muerte no es lo peor que le puede suceder a una persona. 1 2 3 4 5
3. Me sentiría incómoda hablando de la muerte con una persona moribunda. 1 2 3 4 5
4. Los cuidados de enfermería ofrecidos para la familia del paciente deben continuar durante todo el período de muerte y duelo. 1 2 3 4 5
5. No me gustaría que me asignaran a cargo de una persona moribunda. 1 2 3 4 5
6. La enfermera no debe ser la persona que hable de la muerte con la persona moribunda. 1 2 3 4 5
7. El tiempo que se requiere para brindar cuidados de enfermería a un moribundo me frustraría. 1 2 3 4 5



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15

Approval Date 12/02/2015

Expiration Date 12/01/2016

8. Me molestaría si a la persona moribunda que estoy a cargo pierde las esperanzas de mejorarse. 1 2 3 4 5
9. Es difícil formar una relación estrecha con la familia de una persona moribunda. 1 2 3 4 5
10. Hay momentos en que la muerte es bien recibida por la persona moribunda. 1 2 3 4 5
11. Cuando un paciente pregunta, "Me estoy muriendo?", Creo que lo mejor es cambiar el tema a algo alegre. 1 2 3 4 5
12. La familia debería estar involucrada en el cuidado físico de la persona moribunda. 1 2 3 4 5
13. Yo preferiría que a la persona que estoy cuidando muera cuando no estoy presente. 1 2 3 4 5
14. Tengo miedo de hacer amistad con una persona moribunda. 1 2 3 4 5
15. Me sentiría con ganas de huir cuando la persona moribunda haya muerto. 1 2 3 4 5
16. Las familias necesitan apoyo emocional para aceptar los cambios en conducta de la persona moribunda. 1 2 3 4 5
17. Mientras el paciente se acerca a la muerte, la enfermera deberá no involucrarse con el paciente. 1 2 3 4 5
18. Los familiares deben preocuparse por ayudar a su familiar moribundo a obtener lo mejor de lo que queda de su vida. 1 2 3 4 5
19. Al paciente moribundo NO se le debe permitir tomar decisiones sobre su cuidado físico. 1 2 3 4 5
20. Los familiares deben mantener un ambiente lo más normal posible para su familiar moribundo. 1 2 3 4 5
21. Es beneficioso para la persona moribunda que verbalice sus sentimientos. 1 2 3 4 5
22. Los cuidados de Enfermería deben extenderse para los familiares de la persona moribunda. 1 2 3 4 5
23. Las enfermeras deben permitir al moribundo que tengan horarios de visita flexibles. 1 2 3 4 5
24. La persona moribunda y sus familiares deben ser los encargados en la toma de decisiones. 1 2 3 4 5



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

25. La adicción a los medicamentos para el dolor no debe ser una preocupación cuando se trata de un paciente moribundo. 1 2 3 4 5
26. Me sentiría incómodo si entro a la habitación de un paciente moribundo y lo encuentro llorando. 1 2 3 4 5
27. A las personas moribundas se les debe decir la verdad sobre la condición. 1 2 3 4 5
28. Educar a los familiares sobre la muerte y duelo no es una responsabilidad de enfermería. 1 2 3 4 5
29. Los familiares de un moribundo que se mantienen apegados a él, a menudo interfieren con el trabajo del profesional de enfermería. 1 2 3 4 5
30. Es posible que enfermería puedan ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte. 1 2 3 4 5



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15

Approval Date 12/02/2015

Expiration Date 12/01/2016

Hecho por: Katherine H. Murray Frommelt, PhD, RN, FT

Traducido por: Rosayra E. Santiago Rivera

Datos Demográficos

Favor de hacer una marca al que aplique:

1. Edad

- 18 a 22 años
 23 a 27 años
 28 a 35 años
 36 a 45 años
 46 a 55 años
 56 a 65 años
 66 o más años

2. Sexo

- Masculino
 Femenino

3. Educación

- Grado asociado
 Bachillerato
 Maestría
 Doctorado

4. Educación previa sobre el duelo y la muerte

- Previamente he tomado un curso sobre el duelo y la muerte.
 No he tomado específicamente un curso sobre duelo y la muerte pero material del tema fue incluido en otros cursos.
 Ninguna información sobre el duelo y la muerte ha sido presentada hacia mí.

5. Experiencia previa cuidando pacientes en etapa terminal

- He cuidado a pacientes en etapa terminal y a sus familiares previamente.
 No tengo experiencia cuidando a pacientes en etapa terminal y a sus familiares previamente.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15

Approval Date 12/02/2015

Expiration Date 12/01/2016

Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale

Original Form A

In these items the purpose is to learn how nurses feel about certain situations in which they are involved with patients. All statements concern the giving of care to the dying person and/or, his/her family. Where there is reference to a dying patient, assume it to refer to a person who is considered to be terminally ill and to have six months or less to live.

Please circle the letter following each statement which corresponds to your own personal feelings about the attitude or situation presented. Please respond to all 30 statements on the scale. The meaning of the letters is:

- SD = Strongly Disagree
- D = Disagree
- U = Uncertain
- A = Agree
- SA = Strongly Agree



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

1. Giving nursing care to the dying person is a worthwhile learning experience.
SD D U A SA
2. Death is not the worst thing that can happen to a person.
SD D U A SA
3. I would be uncomfortable talking about impending death with the dying person.
SD D U A SA
4. Nursing care for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement.
SD D U A SA
5. I would not want to be assigned to care for a dying person.
SD D U A SA
6. The nurse should not be the one to talk about death with the dying person.
SD D U A SA
7. The length of time required to give nursing care to a dying person would frustrate me.
SD D U A SA
8. I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better.
SD D U A SA
9. It is difficult to form a close relationship with the family of the dying person.
SD D U A SA
10. There are times when death is welcomed by the dying person.
SD D U A SA
11. When a patient asks, "Nurse am I dying?," I think it is best to change the subject to something cheerful.
SD D U A SA
12. The family should be involved in the physical care of the dying person.
SD D U A SA

13. I would hope the person I'm caring for dies when I am not present.
SD D U A SA
14. I am afraid to become friends with a dying person.
SD D U A SA
15. I would feel like running away when the person actually died.
SD D U A SA
16. Families need emotional support to accept the behavior changes of the dying person.
SD D U A SA
17. As a patient nears death, the nurse should withdraw from his/her involvement with the patient.
SD D U A SA
18. Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life.
SD D U A SA
19. The dying person should not be allowed to make decisions about his/her physical care.
SD D U A SA
20. Families should maintain as normal an environment as possible for their dying member.
SD D U A SA
21. It is beneficial for the dying person to verbalize his/her feelings.
SD D U A SA
22. Nursing Care should extend to the family of the dying person.
SD D U A SA
23. Nurses should permit dying persons to have flexible visiting schedules.
SD D U A SA
24. The dying person and his/her family should be the in-charge decision makers.
SD D U A SA
25. Addiction to pain relieving medication should not be a concern when dealing with a dying person.
SD D U A SA
26. I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying.
SD D U A SA
27. Dying persons should be given honest answers about their condition.
SD D U A SA
28. Educating families about death and dying is not a nursing responsibility.
SD D U A SA
29. Family members who stay close to a dying person often interfere with the professionals job with the patient.
SD D U A SA
30. It is possible for nurses to help patients prepare for death.
SD D U A SA



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

Last 4 digits of your Social Security No.

Completion and Return of This Questionnaire Will Be
Construed as Your Consent to be a Research
Subject in This Study. Your Anonymity is Guaranteed.

DEMOGRAPHIC DATA SHEET

Please check the appropriate spaces:

1. Age 18-22 years
 23-27 years
 28-35 years
 36-45 years
 46-55 years
 56-65 years
 66 years and over
2. Sex Male
 Female
3. Highest degree held: High School Equivalency (GED)
 High School Diploma
 Associate Degree
 Bachelors Degree
 Masters Degree
 Education Beyond Masters
 Other (Please Specify)
4. Previous education on death and dying
 I took a course in death and dying previously.
 I did not take a specific course on death and dying, but material on the subject was included in other courses.
 No information dealing with death and dying was previously presented to me.
5. Previous experience in dealing with terminally ill persons
 I have cared for terminally ill persons and their family members previously.
 I have had NO experience caring for terminally ill persons and their family members previously.



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15
Approval Date 12/02/2015
Expiration Date 12/01/2016

SCORING INSTRUCTIONS FOR THE FATCOD

The FATCOD consists of 30 Likert-type items, which are scored on a 5-point scale. The instrument is made up of an equal number of positively and negatively worded items.

Possible responses to each item include:

SD=Strongly Disagree,

D= Disagree,

U = Uncertain,

A= Agree and

SA= Strongly Agree.

Positive items are scored from 1 for Strongly Disagree to 5 for Strongly Agree. For Negative items the scoring is reversed.

Items 1, 2, 4, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, and 30 are all positively worded statements. (Scored from 1 for Strongly Disagree to 5 for Strongly Agree.)

All others are negative. (Scored from 1 for Strongly Agree to 5 for Strongly Disagree.)

Higher scores, therefore, reflect more positive attitudes.

Katherine H. Murray Frommelt, RN, BSN, MSN, PDE, CGC, FT

Copyrighted



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-527-15

Approval Date 12/02/2015

Expiration Date 12/01/2016

- Todos los documentos relacionados con la investigación deben ser guardados hasta un término de cinco (5) años. Pasado este término los mismos deben ser eliminados/ triturados, no quemados.
- De no realizar su investigación en el término aprobado deberá someter una solicitud de "Revisión Continua" llenando la forma IRB para "Renovar un Protocolo ya Aprobado" antes de vencerse el mismo.
- Al finalizar su investigación debe someter una solicitud de cierre utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cierre de Protocolo Aprobado por el IRB".

De necesitar alguna información adicional, aclarar dudas, notificar algún evento adverso o no anticipado favor de comunicarse con su Coordinador de Cumplimiento Institucional en: Universidad Metropolitana la Srta. Carmen Crespo al (787)766-1717 ext. 6366; Universidad del Turabo la Prof. Josefina Melgar al (787)743-7979 ext. 4126; y en la Universidad del Este la Sra. Natalia Torres al (787) 257-7373 Ext. 2279; Administración Central la Sra. Wanda Vázquez Solá (787) 751-0178 ext. 7195 o puede escribir a:

Sistema Universitario Ana G. Méndez
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Oficina de Cumplimiento
P.O. Box 21345
San Juan, PR 00928-1345
Tel. 787 751-0178 exts. 7195-7197; Fax 787 751-9517