



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
ENFERMERIA**



Actitud Hacia los Cuidados al Final De la Vida en Estudiantes de Enfermería de la FES Zaragoza UNAM

(PAPIME PE209722)

MODALIDAD: T E S I S
Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:
FERNANDA ARELI BALTAZAR BELTRÁN

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

CDMX, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente me gustaría agradecer a la Universidad Nacional de México (UNAM) por todo lo que me ha brindado durante estos años, también al Programa de Apoyo a Proyectos para innovar y mejorar la Educación (PAPIME), ya que gracias a éste ha sido posible la elaboración de esta tesis.

A la Mtra. Beatriz Carmona Mejía, responsable del proyecto y directora de esta tesis, quien fue mi guía en cada paso, mi maestra tanto en lo académico como en la vida, gracias por esforzarse en todo momento por motivarme en convertirme en una gran profesional, pero sobre todo gracias por inspirarme a ser un mejor ser humano.

Al Doctor Carlos Martínez por la asesoría en la parte estadística y por la paciencia que me tuvo en todo momento.

A la maestra Sarely Trujano por inspirarme desde mis primeras prácticas hospitalarias y motivarme para llegar a ser en algún momento tan buena profesional como ella, sobre todo a tener esa calidad humana que la caracteriza.

No podía faltar el agradecimiento a mis padres y hermana que han estado apoyándome de manera incondicional en todo momento, nunca dejándome sola y motivándome cada vez que no me creía capaz de lograr algo, gracias por siempre creer en mí, todo esto es por y para ustedes. En especial gracias a ti mamá, gracias por ser mi inspiración, prometo esforzarme por ser una profesional casi tan buena como tú.

Finalmente a esas amigas y compañeras de clase que nunca me dejaron sola, gracias por el apoyo moral y la amistad que me brindaron, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2. OBJETIVOS	12
3. HIPÓTESIS	13
4. MARCO TEORICO	14
4.1 CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	14
4.1.1 CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS	14
4.1.2 QUIÉNES SE BENEFICIAN DE LA ATENCIÓN POR CUIDADO PALIATIVO	16
4.1.3 MODELOS DE ATENCIÓN	18
4.1.4 ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	18
4.1.5 BASES CLÍNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA	19
4.2 LAS ACTITUDES	25
4.2.1 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES	25
4.2.2 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES	26
4.2.3 LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA	27
4.3 LA PERCEPCIÓN Y SUS ANTECEDENTES	29
4.3.1 PERCEPCIÓN Y SU DEFINICIÓN	30
4.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN	30
4.3.3 COMPONENTES DE LA PERCEPCIÓN	31
4.3.4 PROCESO DE PERCEPCIÓN	32
5. ESTADO DEL ARTE	35
6. METODOLGÍA	48
7. RECURSOS	49
8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	50
9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53

10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	54
11. ANALISIS ESTADISTICO.....	55
12. RESULTADOS	56
13. DISCUSIÓN	60
14. CONCLUSIONES	64
15. ALCANCES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	70

RESUMEN

Introducción: El Cuidado al final de la vida en los enfermos de situación terminal es y seguirá siendo una práctica habitual para el profesional de Enfermería, por esta razón es muy importante la formación temprana y continua en la materia. Sin embargo muchas veces este tema se percibe un tanto incomodo, debido a que la muerte se sigue viendo como una desgracia y no como un proceso natural de la vida, además por la falta de información sobre estos temas.

Objetivo: Determinar cuál es la actitud hacia los cuidados al final de la vida en los estudiantes de 4to año de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

Material y método: Se realizó un estudio Cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó un instrumento constituido por 30 Items tipo Likert, que califican el grado de acuerdo con una escala de 1 a 5 puntos (que van de 1 = muy en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo). La escala está compuesta por un número igual de ítems, redactados en forma positiva y negativamente. Los resultados pueden variar desde 30 a 150 puntos. Muestreo no probabilístico por conveniencia de 280 alumnos del 4to año de enfermería. Para el analisis de datos se utilizó el programa PSPP versión en español y se realizó un analisis descriptivo.

Resultados: Los resultados muestran que, de acuerdo con la puntuación media, la actitud hacia los cuidados al final de la vida con mayor predominancia es media y que el genero no tiene ninguna relación con estos resultados.

Conclusión: De acuerdo a los resultados se deja establecida la necesidades de que la formación en cuidados al final de la vida debe realizarse desde antes de las prácticas clinicas. Esta deberá incluir estrategias que favorezcan el desarrollo de competencias socioemocionales que brindaran a los futuros estudiantes de recursos para facilitar un afrontamiento más constructivo y saludable, minimizando

el desgaste emocional del futuro profesional y favoreciendo unos cuidados de alta calidad al paciente en los cuidados al final de la vida y su familia.

Palabras clave: Actitud, Cuidados antes de la muerte, estudiantes y enfermería

INTRODUCCIÓN

Debido al actual patrón demográfico y al aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, se han convertido los Cuidados al final de la vida en una necesidad de Salud Pública, ya que cuando el tratamiento curativo ha llegado a su fin y ya no está cumpliendo con su objetivo, entra en escena los cuidados al final de la vida, cuya finalidad no es reducir ni alargar la vida, sino mejorar la calidad de ésta, al igual que de los familiares de la persona enferma.

El profesional de Enfermería juega un papel fundamental en cuanto a los cuidados al final de la vida, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo con el paciente. El Cuidado al final de la vida en los enfermos de situación terminal es y seguirá siendo una práctica habitual para el profesional de Enfermería, por esta razón es muy importante la formación temprana y continua en la materia. Sin embargo muchas veces este tema se percibe un tanto incomodo, debido a que la muerte se sigue viendo como una desgracia y no como un proceso natural de la vida.

El presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar cuál es la actitud hacia los cuidados al final de la vida tienen los alumnos de la facultad de Estudios Superiores Zaragoza perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Primeramente, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación, las bases teóricas de la misma, así como los estudios que la anteceden. Posteriormente, se describe la metodología que se llevó a cabo, la cual incluye el tipo y diseño de la investigación, muestra y lugar de estudio, criterios de selección, operacionalización de variables, técnica e instrumento de recolección de datos y análisis estadístico.

Los resultados obtenidos se muestran en distintas tablas y gráficas, las cuales nos permitieron detectar cual es la actitud y percepción de los cuidados al final de la vida en los alumnos de cuarto año de la FES Zaragoza, de igual forma áreas de oportunidad para poder mejorar estos resultados en un futuro.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad siete de las diez principales causas de muerte son enfermedades no transmisibles (ENT), según las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2019 de la OMS, lo que constituye un aumento con respecto al 2000, año en que las enfermedades no transmisibles eran cuatro de las diez principales causas de muerte.

De acuerdo a esta información, las enfermedades crónicas, no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo.

El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. ¹

De acuerdo a cifras de la OMS las ENT; matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.

Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematargas" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años.²

Esta carga de enfermedad prevalece principalmente a países de medianos y bajos ingresos, incluido México, en el cual en el año 2017 se registraron 703, 047 defunciones, siendo las tres primeras causas enfermedades del corazón, diabetes Mellitus y tumores malignos. ³

Debido al actual patrón demográfico y al aumento de la prevalencia de las ENT, se han convertido los Cuidados al final de la vida en una necesidad de Salud Pública, ya que cuando el tratamiento curativo ha llegado a su fin y ya no está cumpliendo

con su objetivo, entra en escena los cuidados al final de la vida, cuya finalidad no es reducir ni alargar la vida, sino mejorar la calidad de ésta, al igual que de los familiares de la persona enferma. Tan importante como prevenir y curar enfermedades, es ayudar a los seres humanos a morir en paz. ⁴

El profesional de Enfermería juega un papel fundamental en cuanto a los cuidados al final de la vida, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo con el paciente, ejerciendo el rol del “Cuidador”.

El Cuidado al final de la vida en los enfermos de situación terminal es y seguirá siendo una práctica habitual para el profesional de Enfermería, por esta razón es muy importante la formación temprana y continua en la materia. Sin embargo muchas veces este tema se percibe un tanto incomodo, debido a que la muerte se sigue viendo como una desgracia y no como un proceso natural de la vida. Además por la falta de información sobre estos temas.

La adecuada formación sobre Cuidados al final de la vida dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, es de suma importancia para que los futuros profesionales puedan brindarlos de una manera integral en el área hospitalaria, ya que el gremio de enfermería conforma la mayor fuerza de trabajo del sector salud público y privado y es esencial que tenga conocimientos sobre estos.

En la presente investigación se busca determinar cuál es la actitud hacia los cuidados al final de la vida tienen los alumnos de dicha facultad.

Este trabajo es viable, ya que se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo, así como el apoyo de las autoridades por parte de la universidad. Está enfocada en los alumnos de cuarto año debido a que por situaciones de la pandemia, son los que mayor contacto hospitalario ha tenido gracias a las prácticas clínicas y debido a esto han experimentado distintas situaciones con personas bajo su cuidado

PLAN DE ESTUDIOS CARRERA DE ENFERMERÍA

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza es una entidad académica multidisciplinaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con una

sede central ubicada en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México (Campo I y Campo II) y una sede foránea (Campo III). Ofrece 9 licenciaturas, 5 especializaciones, 6 maestrías y 3 doctorados.

Dentro de las licenciaturas que ofrece la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se encuentra la licenciatura de enfermería.

La carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México forma profesionales de enfermería con capacidad crítica, creativa, con espíritu científico y humanista, para brindar cuidado de calidad con base a las necesidades y demandas de salud del individuo, de la familia, y entorno, acorde al contexto socioeconómico y políticas vigentes, cuya formación multidisciplinaria, le permita fungir como agente de cambio desarrollando funciones disciplinares, con el equipo de salud en los tres niveles de atención, a través de la optimización del equipo de docentes comprometidos con la institución en las funciones sustantivas de docencia, investigación, difusión, vinculación y extensión.

La estructura y organización del plan de estudios está conformada por ciclos académicos de formación profesional a los que se denomina de la siguiente manera: Ciclo Básico, Ciclo Clínico y Ciclo de Profundización, así como por campos de conocimiento denominados: Ciencias Biomédicas, Ciencias Sociales y Humanísticas, y Teorías de Enfermería.

Se encuentra conformado por módulos teórico- prácticos, siendo uno de ellos obligatorio de elección, denominado como Profundización en Enfermería el cual está conformado por cinco opciones (28 créditos cada una): 1. Salud Pública; 2. Gineco-obstetrica; 3. Pediatría; 4. Médico Quirúrgica; 5. Geronto-geriatria; ubicado en la segunda mitad del cuarto año, permitiéndole a los alumnos profundizar en el área de investigación en cualquiera de los paradigmas; y por asignaturas optativas, las cuales se cursan en segundo y tercer año de la licenciatura y apoyan la formación de los alumnos en tópicos de la disciplina.

Los módulos están conformados por componentes (enfermería, ciencias médicas, ciencias sociales, salud mental, farmacología) los cuales se pueden impartir en

forma de curso, seminario, taller o laboratorio dependiendo del objeto de estudio de cada componente en los diferentes años de la carrera. ³⁷

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Por lo señalado anteriormente se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la actitud hacia los cuidados al final de la vida de los alumnos de 4to año en la carrera de enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM?

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la actitud hacia los cuidados al final de la vida en los estudiantes de 4to año de la carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM.

Objetivos específicos

- Identificar las actitudes que tienen los alumnos de 4to año de la carrera de Enfermería.
- Identificar la percepción hacia los cuidados al final de la vida, en los estudiantes de 4to año de la carrera de Enfermería.

3. HIPÓTESIS

Con base a lo expuesto, se pretendió explorar:

H1: Los alumnos del cuarto año de la carrera de Enfermería tienen una actitud positiva hacia los cuidados al final de la vida.

Ho Los alumnos del cuarto año de la carrera de Enfermería tienen una actitud negativa hacia los cuidados al final de la vida

4. MARCO TEORICO

4.1 CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

El programa de cuidados para el final de la vida (hospicio) es un tipo especial de cuidados concentrados en la calidad de la vida de la persona y de sus cuidadores, que se enfrentan a una enfermedad avanzada que limita la vida. El programa de cuidados para el final de la vida proporciona una atención compasiva a las personas en las últimas fases de una enfermedad incurable, para que puedan vivir tan plena y cómodamente como sea posible.

La filosofía del programa acepta la muerte como la etapa final de la vida: afirma la vida, pero no trata de apresurar ni de posponer la muerte. Se trata a la persona y a los síntomas de la enfermedad, no se trata la enfermedad misma. Un equipo de profesionales colabora para controlar los síntomas, para que la persona pueda pasar sus últimos días con dignidad y calidad, rodeada de sus seres queridos. El programa de cuidados para el final de la vida también se centra en la familia, incluye al paciente y a los miembros de la familia en la toma de decisiones.

El programa de cuidados para el final de la vida se usa cuando una enfermedad, como un cáncer avanzado, llega al punto en que el tratamiento ya no la puede curar o controlar. En general, el programa se debe considerar cuando se espera que una persona viva 6 meses o menos si la enfermedad sigue su curso usual. Las personas con cáncer avanzado deben hablar con los miembros de su familia y con el médico para decidir juntos cuándo debe comenzar el programa de cuidados para el final de la vida. ⁵

4.1.1 CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como la intervención que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que enfrentan los problemas asociados con las enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento impecable del dolor y otros problemas

físicos, psicológicos y espirituales. Los CP buscan atender, de forma activa y holística, a los pacientes de todas las edades con enfermedades crónicas, que generan sufrimiento debido a su severidad, y con mayor intensidad en aquellos que se encuentran cerca del final de la vida. Lo que se busca es mejorar su calidad de vida, la de sus familias y cuidadores, a través de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y asesores espirituales.

Históricamente se ha contemplado como una intervención encaminada a aliviar el sufrimiento únicamente en etapas finales de la vida; sin embargo, hoy en día, su integración temprana hace parte de las buenas prácticas en salud en la atención de todos aquellos pacientes con enfermedades crónicas complejas, oncológicas y no oncológicas, ya que ha demostrado impactar favorablemente el curso de las mismas, inclusive en términos de supervivencia, estado de ánimo y calidad de vida. Esto se logra a través del adecuado control sintomático, como lo demuestra el estudio de Temel y colaboradores en pacientes con cáncer pulmonar metastásico de células no pequeñas.

La atención de cuidados paliativos cumple con los siguientes principios:

- Proporciona alivio de síntomas de difícil control, como dolor, disnea, fatiga, náuseas, delirio y vómito persistente, distrés psicológico y espiritual, teniendo en cuenta las necesidades sociales.
- Afirma la vida y considera la muerte como parte del proceso natural.
- No intenta acelerar ni retrasar la muerte.
- Integra los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de la persona. *f* Ofrece un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ayuda a las familias a adaptarse durante la enfermedad de la persona y en el duelo.
- Utiliza el trabajo en equipo para desarrollar capacidades en las personas y sus familias.
- Mejora la calidad de vida, y puede influenciar positivamente el curso de la enfermedad.

- Aplicable de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, lo que ayuda a mejorar la adherencia a los mismos. ⁶

4.1.2 QUIÉNES SE BENEFICIAN DE LA ATENCIÓN POR CUIDADO PALIATIVO

Pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas: falla cardíaca, demencia, síndrome de fragilidad, enfermedad hepática avanzada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica terminal, enfermedades neurológicas progresivas, como esclerosis lateral amiotrofia, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y enfermedad cerebrovascular.

Pacientes con cáncer:

- Desde el momento del diagnóstico y en plazo máximo de 8 semanas desde el momento del mismo.
- Con síntomas ya sean físicos, psicológicos o espirituales, que afectan la calidad de vida, independiente del estadio.
- Pacientes con progresión de la enfermedad con presencia de metástasis, independiente del tipo de cáncer.
- Pacientes que no se benefician de tratamiento sistémico con intención curativa.
- Pacientes con neoplasias con expectativa de vida limitada, por ejemplo, carcinoma hepatocelular. ⁷

Es conocido que la evolución en los enfermos con algún tipo de cáncer es previsible, pero la investigación terapéutica está consiguiendo supervivencias mayores. ¿Cronicidad?. Acostumbran a tener un período prolongado de tiempo en el que hay un lento declive de sus funciones seguido de una abrupta caída de su estado de salud que puede terminar en uno o dos meses.

Por el contrario, los pacientes con enfermedades crónicas, presentan descompensaciones agudas, con incremento en la discapacidad, a veces inapreciable, dificultando el establecimiento de criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia limitada. Es por ello que necesitamos apoyarnos en

parámetros que nos ayuden a reducir la incertidumbre pronóstica. Estas herramientas deberán ser depuradas, o mejor dicho afinadas. En la actualidad podemos destacar: el grado de discapacidad y tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad, el deterioro cognitivo, el estado nutricional deficitario, la edad como indicador de comorbilidad y “fragilidad, el estado anímico y la falta de un adecuado soporte sociofamiliar.

Podemos afirmar que el cuidado paliativo en el enfermo no oncológico no sólo es una necesidad sino un deber. Así lo indica la recomendación del Consejo de Europa 141B, en 1999, sobre la protección de los enfermos en la etapa final de su vida que afirma:

“Todo el mundo tiene derecho a recibir cuidados de alta calidad durante una enfermedad grave y a una muerte digna libre de dolores fuertes de acuerdo con sus necesidades espirituales y religiosas. Aunque los cuidados paliativos originalmente han sido desarrollados para la gente con cáncer, las preocupaciones éticas sobre justicia, igualdad y equidad exigen que este estándar de los cuidados sea ofrecido a otras personas con similares necesidades.”

Para cumplir esta recomendación de la OMS nos podemos ayudar de la experiencia de la “National Hospice Organization” (NHO) que ha establecido algunos criterios para definir un paciente con enfermedad crónica no oncológica como paciente terminal.

- Progresión de la enfermedad bien documentada, ya sea por criterios clínicos, de laboratorio o exploraciones complementarias.
- Varias consultas a urgencias o ingresos hospitalarios en los últimos seis meses, con deterioro funcional reciente (por juicio clínico) o dependencia para tres o más actividades básicas de la vida diaria.
- Desnutrición o deterioro nutricional, demostrada por una pérdida de peso > 10% en los últimos seis meses o albúmina sérica <2.5gr/dl.

Según NHO se consideran pacientes terminales no oncológicos aquellos con insuficiencias orgánicas avanzadas, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, pacientes geriátricos pluripatológicos, SIDA, y los poliulcerados con inmovilismo irreversible.

4.1.3 MODELOS DE ATENCIÓN

El modelo de atención paliocéntrico se enfoca en la provisión de acuerdo con la complejidad de los pacientes y el escenario de atención:

Cuidados paliativos primarios: los provee todo el personal de salud a través del tratamiento sintomático inicial y de soporte. No se requiere formación específica. Se lleva a cabo en todos los niveles de atención.

Cuidados paliativos secundarios: se lleva a cabo por equipos especializados en cuidado paliativo en pacientes con necesidades más complejas de cuidado tanto en el ámbito intrahospitalario como en consulta externa.

Cuidados paliativos terciarios: en este nivel, el equipo de cuidados paliativos se desempeña como el servicio tratante de los pacientes con las necesidades más complejas de atención: aquellos hospitalizados en unidades de cuidados paliativos y hospicio, este último enmarcado en la filosofía de cuidado para los pacientes con enfermedades terminales oncológicas y no oncológicas con pronóstico de vida igual o menor de 6 meses.

4.1.4 ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El “inicio oficial” del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher’s Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora, Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área.

El probable origen etimológico de la palabra paliativo es la palabra latina pallium, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount 1993).

En francés, la palabra hospice puede usarse como sinónimo de hospital. Por esta razón y para evitar posibles confusiones, Barloar Mount acuñó el término Cuidados Paliativos en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá. Así mismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina.

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.}

El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que el de Cuidados Paliativos es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral. ⁸

4.1.5 BASES CLÍNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA

Desde hace años se han buscado marcadores que permitieran identificar de forma inequívoca a los pacientes en situación de final de vida. Clásicamente se ha intentado hacerlo basándose en criterios de gravedad centrados en órganos, que determinados de forma aislada han demostrado escasa capacidad pronóstica de supervivencia a medio término y aún en menor medida en los pacientes geriátricos.

Paralelamente se ha ido constatado la importancia de una serie de condiciones más generales, con fuerte asociación a mortalidad, que progresivamente han sido incluidas en las nuevas herramientas pronósticas: dependencia funcional y desnutrición, infecciones recurrentes y uso de recursos sanitarios y algunos síndromes geriátricos como delirio, disfagia, úlceras por decúbito y caídas de repetición.

Con el objetivo de facilitar el abordaje conceptual de los indicadores de final de vida, se proponen los conceptos de severidad y progresión como eje vertebrador de la medida de las diferentes variables. Así, podríamos afirmar que la situación de final de vida viene determinada tanto por el grado de severidad y la progresión de las enfermedades como, sobre todo, por la suma de las condiciones crónicas generales, que cada vez se perfilan más como los marcadores más fiables de situación avanzada, sobre todo en población de «perfil geriátrico». Todo ello determina el grado de fragilidad: cuanto más criterios de severidad y mayor velocidad de progresión de cada una de las condiciones, más avanzada será la fragilidad.

Severidad

El concepto de severidad hace referencia a los criterios de gravedad de cada enfermedad crónica, que son aquellos que determinan el umbral de la disfunción orgánica lo suficientemente avanzada como para condicionar el pronóstico global del paciente. Algunos de estos criterios se encuentran resumidos a continuación:

TABLA 9-1 Criterios de severidad de cada una de las situaciones de cronicidad

Enfermedad	Criterios de severidad
Enfermedad oncológica	Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) o en estadio III con escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico Síntomas persistentes mal controlados o refractarios a pesar de optimizar el tratamiento específico
Enfermedad pulmonar crónica	Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones Criterios espirométricos de obstrucción severa (VEMS <30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada <40% o DLCO <40%) Criterios gasométricos basales de oxigenoterapia crónica domiciliaria Insuficiencia cardíaca sintomática asociada
Enfermedad cardíaca crónica	Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones Insuficiencia cardíaca de clase III o IV de la NYHA, enfermedad valvular severa no quirúrgica o enfermedad coronaria no revascularizable Ecocardiografía basal: FE <30% o HTAP severa (PAP >60) Insuficiencia renal asociada (FG <30 l/min)
Enfermedad vascular cerebral (ictus)	Durante la fase aguda y subaguda (<3 meses postictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia >3 días Durante la fase crónica (>3 meses postictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad postictus)
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	Deterioro progresivo de la función física o cognitiva, o ambas Síntomas complejos y difíciles de controlar Disfagia/trastorno del habla persistente Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria
Enfermedad hepática crónica	Cirrosis avanzada en estadio C de Child (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELDNa >30 o ascitis refractaria, síndrome hepatorenal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar el tratamiento
Insuficiencia renal crónica	Carcinoma hepatocelular en estadio C o D Insuficiencia renal grave (FG <15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo ni trasplante
Demencia	Demencia tipo Alzheimer con GDS ≥6c o equivalente Aparición de marcadores globales de severidad y progresión

CV: capacidad vital; DLCO: capacidad de difusión de monóxido de carbono; ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EM: esclerosis múltiple; FE: fracción de eyección; FG: filtrado glomerular; GDS: *Global Deterioration Scale*; HTAP: hipertensión arterial pulmonar; MELDNa: *Model for End-stage Liver Disease and serum sodium*; NYHA: New York Heart Association; PAP: presión media de la arteria pulmonar; VEMS: volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada.
Adaptada del instrumento NECPAL CCOMS-ICO[®]. Gómez-Batiste X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care*. 2013;3:300-8.

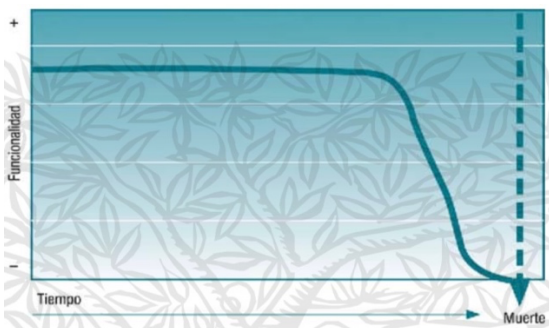
Fuente: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas

Progresión

Los criterios de progresión aportan, pues, la visión dinámica necesaria para valorar la respuesta o refractariedad al plan terapéutico específico para un paciente concreto, de manera que nos permite conocer si estamos ante una situación de enfermedad avanzada, pero estable, o estamos ante un proceso en franca progresión (las variables que persisten en el tiempo son las que tienen más valor predictivo). La valoración de la progresión de las variables es lo que permite certificar que la aproximación pronóstica ha sido adecuada, hasta el punto de poder afirmar que la falta de respuesta a un tratamiento adecuado es indicador de irreversibilidad y, por tanto, es indicativo de situación de final de vida.

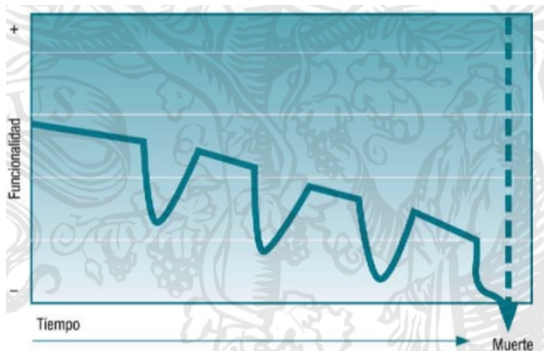
En el ámbito poblacional, el comportamiento dinámico de los pacientes permite definir las trayectorias clínicas de final de vida, que son modelos conceptuales que explican las diferencias de comportamiento al final de la vida entre los pacientes. Estas trayectorias se construyeron a partir del análisis de miles de casos, y permiten definir un modelo simplificado que facilita la comprensión de la evolución y de la compleja realidad de estos pacientes. De este modo, para el último año de vida de los pacientes con enfermedades crónicas progresivas se han descrito tres trayectorias clínicas distintas:

Una trayectoria (A) típicamente asociada al cáncer, caracterizada por una fase de cierta estabilidad o declinar lento, interrumpida por un deterioro marcado en las últimas semanas (a partir del momento en que empieza a no haber respuesta al tratamiento específico y se decide priorizar la estrategia paliativa).



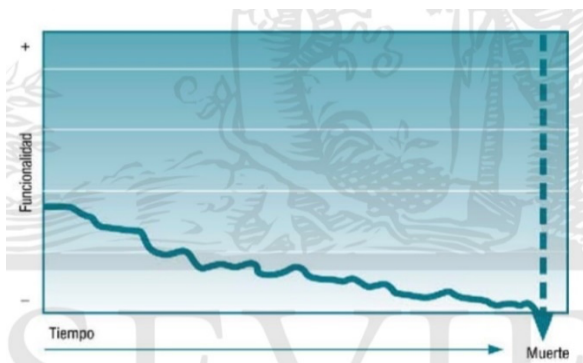
Fuente: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas

Una trayectoria (B) asociada a pacientes con enfermedad de órgano (sobre todo insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar crónica, pero también hepática, renal, etc.), caracterizada por un declinar gradual, con episodios de deterioro agudo asociados a crisis/hospitalizaciones (habitualmente relacionadas con procesos intercurrentes, pero también por progresión de la enfermedad) y recuperación parcial, con una vuelta gradual o aproximada al estado anterior con el tratamiento administrado.



Fuente: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas

Una trayectoria (C) de enfermedad por declinar progresivo (clásicamente asociado a demencia o en ancianos con predominio de vulnerabilidad/fragilidad), con un deterioro más lento y mantenido asociado a pérdida de reserva en diferentes dominios: funcional, nutricional, cognitivo, etc. Este deterioro puede estar precipitado por procesos intercurrentes (a veces «menores») que condicionan una pérdida de reserva de salud por acúmulo de déficits. La muerte, muchas veces difícilmente previsible, suele venir precipitada por una enfermedad aguda, como por ejemplo una neumonía o una fractura de fémur.



Fuente: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas

Fragilidad

A lo largo de los últimos años se ha constatado una variación demográfica en la mortalidad, y esta tendencia se mantendrá; es más, habrá un incremento de defunciones (aproximadamente un 17% entre 2012 y 2030), sobre todo de personas mayores de 85 años y con gran comorbilidad. Cerca del 75% de las personas que morirán lo harán a causa de enfermedades crónicas evolutivas, con alta necesidad de cuidados y mucha frecuentación de servicios sanitarios y sociales, y que van a requerir tomas de decisiones clínicas importantes.

La atención a este grupo de pacientes a menudo está condicionada por la escasa cultura de atención paliativa en pacientes «no cáncer» y la incertidumbre pronóstica relacionada con la situación de la multimorbilidad (la condición crónica más prevalente) y la alta prevalencia de marcadores globales de severidad y progresión (funcionales, nutricionales, cognitivos, síndromes geriátricos, síntomas, etc.). Todos estos pacientes tienen como común denominador su situación de fragilidad, y es por este motivo que su valoración tiene especial importancia.

Finalmente el objetivo de todo esto es identificar precozmente a los pacientes en situación de final de vida no es otro que el de atender mejor a este grupo poblacional, intentando huir de la atención dicotómica, fruto de la incertidumbre pronóstica. La clave está en intentar detectar personas con necesidades específicas, más que intentar extremar la exactitud pronóstica.³⁶

4.2 LAS ACTITUDES

Etimológicamente “actitud” es un término que surge en castellano a comienzos del siglo XVII proveniente del italiano “attitudine”; y con esto, los críticos del arte italiano aludían a las posiciones que el artista le daba al cuerpo de su estatua.

En su acepción corriente, el término de actitud designa un comportamiento o la manifestación externa de algún sentimiento y debe tenerse claro en su definición, que una actitud no es el comportamiento, sino una variable intermedia que permite explicar el paso de la situación estimular, a la respuesta.

En las diferentes definiciones sobre las actitudes; se encuentra una serie de aspectos comunes como el hecho de referenciarlas como procesos psicológicos internos de los individuos no susceptibles de poderse observar directamente, persistentes a lo largo del tiempo sin embargo modificables, que implica una organización duradera de creencias y cogniciones, que predisponen a responder de una determinada forma (Gestoso y Bozal ,2000).⁹

4.2.1 COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Así también Aiken plantea que una actitud es una predisposición aprendida que como tal, consiste en componentes cognoscitivos (de conocimientos o intelectuales), afectivos (emocionales o motivacionales) y de desempeño (conductuales o de acción). Sheriff y otros, 1965; Newcomb y otros, 1965; Freedman y otros, 1970 (citados por Darías, 2000) han hecho diferentes definiciones de la actitud, manifestando que ésta, está determinada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y relativo a la conducta.

- 1) Lo cognoscitivo: es la idea, la categoría utilizada, al pensar, valorada cognoscitivamente y a él pertenecen primordialmente los conjuntos de opiniones, las categorías, los atributos y de los conceptos.
- 2) Lo afectivo: emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable.

3) La predisposición a actuar: inclinación a actuar de un modo determinado ante un objeto, un sujeto o acontecimiento. Resultado de la sucesión de los aspectos cognoscitivo y emocional.

Para Gonzáles (1981) cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

La valencia o dirección, es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo (Gonzáles, 1981).

La intensidad, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo (Gonzáles, 1981).

La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada. La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes (el afectivo, el cognitivo y el reactivo) están acordes, la consistencia de la actitud será de máxima consistencia (Gonzáles, 1981).⁹

4.2.2 FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

En cuanto a la adquisición de las actitudes, para la teoría del aprendizaje, éstas se adquieren de la misma forma que se integran las demás experiencias, en donde al asimilar una nueva información, se aprende, se sienten los pensamientos y las acciones que están en relación con ella (Trechera, 2000).

Las forma de adquirir las actitudes; no es innata, existen tres formas de adquisición:

1. A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
2. Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo
3. Como una consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades Otra de las formas también podría ser a través del autoconocimiento, análisis crítico, descubriendo cosas y situaciones. También se adquieren así las actitudes relacionadas con la salud o algún problema que se presente.⁹

4.2.3 LA ACTITUD DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

La muerte es un proceso biológico y universal; sin embargo, hoy en día vivimos en una cultura que niega, rechaza la muerte y no enseña cómo afrontarla. Esto da lugar a que se haga aún más difícil hacerle frente de modo adaptativo.

Ante la muerte el ser humano presenta respuestas emocionales de temor, ansiedad y preocupación. Dependiendo de la experiencia propia, las personas pueden asumir distintas actitudes, por ejemplo se pueden generar actitudes de aceptación, de negación y/o de evitación.

El miedo a la muerte es una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza que pueden desencadenarse ante estímulos relacionados con la propia muerte o ajena.¹⁰

La escala de Collet-Lester, uno de los instrumentos más empleados para medir las actitudes hacia la muerte, permite distinguir entre el miedo a la muerte y al proceso de morir. La muerte es un concepto abstracto e incierto, mientras que el proceso de morir es una realidad. Otras escalas se centran en evaluar la ansiedad ante la muerte o los mecanismos de afrontamiento ante la muerte.¹¹

Los estudios sobre el miedo a la muerte en muestras de estudiantes de enfermería destacan que la edad, las creencias religiosas, el sexo, el contacto previo con la muerte, el estado civil y el curso académico determinan el miedo ante la muerte propia y la ajena. Las repercusiones de la muerte de pacientes en los estudiantes incluyen sentimientos de desprotección, malestar e incertidumbre.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su profesión alrededor de los cuidados de pacientes al final de la vida se verán expuestos a multitud de situaciones que les puedan generar conflictos, y su actitud hacia estos cuidados será determinada por las experiencias que vayan adquiriendo, ya que las actitudes organizan, dirigen y regulan las disposiciones a la acción del individuo. Algunos estudios señalan que el temor y el miedo son las emociones dominantes ante la muerte. Sin embargo, los estudiantes de Ciencias de la salud muestran actitudes positivas hacia el cuidado y el apoyo de pacientes al final de la vida.

Cuando las actitudes se conocen se puede orientar la acción humana. La exposición a la muerte, ya sea a nivel personal o educativo, mejora las actitudes y el conocimiento sobre el cuidado de pacientes al final de su vida. Por tanto, la toma de conciencia de la actitud mejora la adaptación a las situaciones estresantes y el bienestar psicológico.

A lo largo de los años se han empleado diversos instrumentos como el Perfil de actitudes ante la muerte revisado (escala PAM-R) o la escala Attitudes about End-of-life Care. Esta evalúa las actitudes de los profesionales hacia el cuidado de los pacientes al final de su vida, la responsabilidad, la ayuda a pacientes y familiares y las emociones que genera el proceso de muerte.

Los estudios que han indagado en el miedo a la muerte y las actitudes hacia el cuidado de pacientes en estudiantes de medicina y enfermería concluyen que presentan niveles medio-altos de miedo a la muerte, y que las situaciones clínicas que mayor estrés y miedo les producen son las experiencias de sufrimiento ajeno, dando lugar a actitudes negativas hacia el cuidado del paciente.

En conclusión, la muerte de los pacientes es un suceso traumático para los estudiantes de la salud que genera sentimientos de ansiedad, tristeza y culpabilidad, pudiendo llegar a la depresión, por lo que no es de extrañar que algunos profesionales tiendan a establecer una distancia considerable con ellos. Cuanto más miedo a la muerte tenga el profesional, peor será su actitud en la atención de pacientes al final de la vida. Esto se constata ya desde el periodo inicial de formación. Para evitarlo es necesario preparar a los estudiantes, sobre todo a los estudiantes sanitarios cuya intención sea especializarse en cuidados paliativos, y ayudarles a mejorar su actitud, gestión emocional y de afrontamiento hacia la muerte. Así mejorará la calidad de atención que brindarán en un futuro a sus pacientes.¹²

4.3 LA PERCEPCIÓN Y SUS ANTECEDENTES

La percepción es uno de los temas inaugurales de la psicología como ciencia y ha sido objeto de diferentes intentos de explicación. Existe consenso científico en considerar al movimiento Gestalt como uno de los esfuerzos más sistemáticos y fecundos en la producción de sus principios explicativos.

El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Kóhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual.

El contexto histórico dentro del cual se desarrollan sus estudios tiene un importante significado para la comprensión de sus aportes.

En los comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica. Suponía que todo hecho psíquico se encontraba precedido y acompañado por un determinado tipo de actividad orgánica. La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial. El énfasis investigativo se ubicó en la caracterización de los canales sensoriales de la visión, el tacto, el gusto, la audición, etc. La psicofisiología definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico, como la visión o el tacto.

La Gestalt realizó una revolución copernicana en psicología al plantear la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant (Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982), consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes.

La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la

sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiscriminada datos de la realidad implicaría una constante perplejidad en el sujeto, quien tendría que estar volcado sobre el inmenso volumen de estímulos que ofrece el contacto con el ambiente.

La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc).

4.3.1 PERCEPCIÓN Y SU DEFINICIÓN

La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiscriminada datos de la realidad implicaría una constante perplejidad en el sujeto, quien tendría que estar volcado sobre el inmenso volumen de estímulos que ofrece el contacto con el ambiente.

La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc).

4.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PERCEPCIÓN

La percepción de un individuo es subjetiva, selectiva y temporal.

- Es subjetiva, ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

Ante un estímulo visual, se derivan distintas respuestas. Una figura representará para unos individuos un queso, para otros una tarta o un gráfico de sectores, dependiendo de sus necesidades en ese momento o de sus experiencias.

- La condición de selectiva en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que se pueda percibir.
- Es temporal, ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en la que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

4.3.3 COMPONENTES DE LA PERCEPCIÓN

Aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas. Este fenómeno nos lleva a concebir la percepción como resultado de dos tipos de inputs:

- 1- Las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.
- 2- Los inputs internos que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa y que proporcionan una elaboración psicológica distinta a cada uno de los estímulos externos.

LAS SENSACIONES

Las sensaciones son las respuestas directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales.

Esta concepción de las sensaciones supone la relación entre tres elementos:

- 1- Un estímulo
- 2- Un órgano sensorial
- 3- Una relación sensorial

Conviene aclarar que la percepción y la sensación son conceptos distintos, a continuación se mencionan las principales diferencias:

- Una sensación no implica necesariamente que la persona se de cuenta que el origen de lo que lo estimula sensorialmente
- Una sensación se tranforma en percepción cuando tiene algún significado para el individuo. Por eso es importante analizar cual es la experiencia de las personas con esas sensaciones, ya que la percepción aumenta o se fortalece conforme se enriquece la experiencia y la cultura del sujeto.

LOS INPUTS INTERNOS

No todos los factores de influencia en la percepción proceden del mundo exterior en el que se desenvuelve el individuo, Junto a estos, existen otros de origen interno, entre los que se pueden destacar los siguientes

- Necesidad. Es el reconocimiento de la carencia de algo.
La necesidad existe sin que haya un bien destinado a satisfacerla
- Motivación. Está muy vinculada a las necesidades, sin embargo, no actuan como siempre conjuntamente pues una misma motivación puede satisfacer a diversas necesidades. Es la búsqueda de la satisfacción de la necesidad.
- Experiencia. El individuo aprende de las experiencias y esto afecta al comportamiento. El efecto acumulativo de las experiencias, cambia las formas de percepción y respuesta.

4.3.4 PROCESO DE PERCEPCIÓN

Todos los individuos reciben estímulos mediante las sensaciones, es decir, flujos de información a través de cada uno de sus cinco sentidos, pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos con el fin de adaptarlos mejor a su nivel de comprensión-

La percepción es un proceso que se realiza en tres fases: Selección, organización e interpretación.

Selección

Los individuos perciben sólo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos.

Cuando la percepción se recibe de acuerdo con nuestros intereses, se denomina percepción selectiva. La percepción selectiva se refiere al hecho de que el sujeto percibe aquellos mensajes a que está expuesto según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades. Es decir, se opera un auténtico procesamiento de información por parte del sujeto, mediante el cual el mensaje despierta en el individuo toda una serie de juicios de valor que se traducen en reacciones de muy distinto signo.

Por esta razón se puede decir que el individuo participa directamente en lo que experimenta. Esta intervención no se limita a una simple adaptación, sino que se acompaña de una selección efectuada entre los estímulos propuestos.

Organización

Una vez seleccionados, las personas han recogido una cantidad de estímulos de forma conjunta, que en esencia, son sólo una simple colección de elementos sin sentido. Las personas los clasifican de modo rápido, asignándoles un significado que varía según como han sido clasificadas, obteniéndose distintos resultados.

Por lo tanto, el siguiente paso es analizar de manera conjunta las características de los diversos estímulos.

Según la escuela de Gestalt, el contenido de la percepción no es igual a la suma de las cualidades correspondientes a la imagen proyectiva, El organismo produce formas simples. Con lo cual, los mensajes cuanto más básicos y simples se presenten, mejor serán percibidos y, por tanto, asimilados.

Interpretación

La interpretación es la última fase del proceso perceptual, que trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.

La interpretación depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas. Por ello la forma de interpretar los estímulos puede variar, a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses.

Así, la formación de los estereotipos , corresponde, en gran parte a la interpretación perceptual que el individuo da a los acontecimientos.

5. ESTADO DEL ARTE

Para fines de esta investigación y como antecedentes, se buscaron en diferentes bases de datos (SCIELO, EBSCO, PUBMED, Google académico) artículos de investigaciones relacionadas con el objeto de estudio.

Se tomaron investigaciones que datan del año 2014 a la fecha, en la búsqueda se trató de abordar investigaciones de los últimos cinco años que aportaran al fenómeno de estudio. Se encontraron investigaciones sobre las actitudes hacia la muerte de los estudiantes de enfermería, percepciones sobre los cuidados al final de la vida y artículos sobre las actitudes hacia la muerte del profesional de enfermería.

En Madrid (2019) Vázquez García, realizó la investigación **Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa.** El objetivo fue analizar la percepción y afrontamiento profesional en médicos y enfermeras ante la muerte de un paciente en los servicios hospitalarios de emergencias se utilizó una revisión sistemática de estudios cualitativos cumpliendo los criterios de la Declaración PRISMA. La búsqueda se realizó en las bases bibliográficas: Pubmed, Web of Science, Scopus, EMBASE, CINAHL, VHL Regional Portal, Cuiden, COCHRANE LIBRARY y JBI. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de medicina/enfermería, con más de un año de experiencia. No se incluyó la atención pediátrica. La calidad metodológica, la extracción de los datos y el proceso de síntesis se realizó mediante las herramientas de la guía para revisiones sistemáticas cualitativas del JBI.

Como conclusión los profesionales sanitarios (médicos/enfermeras) afrontan de forma más eficaz los fallecimientos ocasionados por causas de origen aguda/críticas, frente las presentadas por causas crónico/paliativas. Las características del entorno y la falta de formación para el afrontamiento profesional se destacan como factores que dificultan la atención al FV en estos departamentos.

En España (2018), Guardia Mancilla, realizó la investigación **Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos**, que tiene como objetivo compara la percepción de la práctica profesional, los obstáculos percibidos y los dilemas éticos de profesionales de medicina y enfermería en la atención al final de la vida en atención primaria (AP), atención hospitalaria (AH) y residencias de ancianos (RA). Fue un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Se realizó un muestreo intencional de profesionales de medicina y enfermería con más de cuatro meses de antigüedad de cuatro hospitales, cinco centros de AP y veintinueve RA de Granada. Se recogieron mediante un cuestionario ad hoc: la percepción de la práctica profesional en ocho dimensiones (estructura y procesos, aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, éticos y cuidados del moribundo), la frecuencia percibida de dilemas éticos, y los obstáculos para el cuidado. Se compararon las puntuaciones de los distintos contextos con la prueba ANOVA y análisis post hoc.

Participaron 378 profesionales, 215 (56,9%) de AH, 97 (25,7%) de AP y 66 (17,5%) de RA. En comparación a los profesionales de AP y AH, los de RA fueron significativamente ($p < 0,01$) más jóvenes y con mayor experiencia profesional, y puntuaron significativamente mejor ($p < 0,01$) tanto su propia práctica profesional como la de la institución en relación a las dimensiones de estructura y procesos de atención, aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales y atención al moribundo. Los aspectos psicológicos y éticos fueron los peor valorados en todos los contextos, no encontrándose diferencias respecto a estos últimos. En comparación a los otros ámbitos estudiados, los profesionales de AP identificaron menos dilemas y los de RA percibieron mayores obstáculos.¹⁴

En México (2018), Fhon realizó la investigación **Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos**; que tiene como objetivo identificar la percepción de las enfermeras relacionada con los cuidados paliativos, direccionado a pacientes oncológicos terminales. Fue un

estudio cualitativo y exploratorio realizado con cinco enfermeras del área de cuidados paliativos en un hospital público. Para la entrevista se utilizó un instrumento que recoge datos sociodemográficos y preguntas que guiaron el estudio. Se llevó a cabo entre enero y febrero de 2013 y fueron analizados mediante el software IRAMUTEQ. Como conclusión las participantes percibieron la importancia de la proximidad que tienen con los pacientes en el final de la vida, siendo relevante su actuación, mejorando la calidad de vida y mitigando su sufrimiento. ¹⁵

En España (2018), Ribada Fraga, realizó la investigación, **Actitud y sentimientos de estudiantes de Enfermería frente a los cuidados al final de la vida**, que se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal. La población objeto de estudio fueron los estudiantes de Enfermería matriculados en el curso académico 2016-17 en cualquier universidad de Galicia. Se realizó un muestreo no probabilístico, obteniendo la muestra mediante la respuesta voluntaria de los alumnos entre los días 26 de enero y 28 de febrero de 2017. Con una población estimada de 2.000 alumnos de Grado de Enfermería en Galicia, para una desviación estándar esperada de 20, una precisión absoluta de 1,6 y una seguridad del 95%, el tamaño muestral necesario se estimó en 450 sujetos.

Para la recogida de los datos se utilizó la escala FATCOD-S, un cuestionario autocumplimentado de 30 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa el grado de conformidad-disconformidad con los enunciados otorgando puntuaciones del 1 al 5. La puntuación total oscila entre los 30 y 150 puntos. Puntuaciones más altas indican actitudes más positivas. Se obtuvo respuesta de 463 estudiantes (87,3% mujer), con una media de edad de 21,6 años (DE: 4,5). La puntuación media de la escala FATCOD fue de 98,1 puntos (DE: 7,3). Atendiendo a los factores I y II, en el primero se obtuvo una puntuación promedio de 60,0 puntos (DE: 7,2) y de 55,1 puntos (DE: 5,0) en FATCOD II.

Una vez evaluados los datos obtenidos con este trabajo, los autores pudieron concluir que los sentimientos que se nombraban con mayor frecuencia eran la empatía y la satisfacción personal y, por el lado de las emociones negativas, la aflicción. De este forma, un análisis de las respuestas a las preguntas abiertas

estableció cuatro categorías de experiencias de los estudiantes, en las que se incluye, además de la ya mencionadas, la falta de formación.

En este sentido, los responsables de la investigación, tras su análisis, afirman que los estudiantes de Enfermería que decidieron formar parte de la misma mostraron actitudes positivas ante los cuidados al final de la vida, independientemente de su sexo o procedencia, pero se observó la influencia de la experiencia previa y la edad en dichos tratamientos.¹⁶

En Madrid (2019), Duarte, realizó la investigación **Afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud**, que tiene como objetivo conocer los niveles de afrontamiento ante la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud. Conocer la influencia de otras variables tales como el género, edad, año académico, religión y experiencias previas ante la muerte en relación al afrontamiento de la muerte.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 227 estudiantes de la Universidad Alfonso X el Sabio (Madrid-España).

Para medir el afrontamiento de la muerte se Los estudiantes de enfermería presentaron mayores niveles de afrontamiento de la muerte que los estudiantes de farmacia y Actividad Física y Deporte se utilizó la Escala Bugen de Afrontamiento de la Muerte-EBAM, por lo tanto de este estudio se deduce la necesidad de incluir en los planes formativos asignaturas que traten el proceso de la muerte de manera que se puedan manejar de forma adecuada aspectos psicológico-emocionales del profesional, cuestión que repercutirá en el aumento de la calidad asistencial.¹⁷

En Colombia (2020), Paula Andrea Duque realizó la investigación: **Afrontamiento de docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico**, que tiene como objetivo. Describir el nivel de afrontamiento de las enfermeras frente a la muerte de pacientes en unidades de cuidado crítico. Se llevó a cabo un estudio piloto observacional, de tipo descriptivo transversal, con método de muestreo probabilístico, teniendo en cuenta el número de enfermeras que se desempeñaban como docentes de enfermería en el área de cuidado crítico de

cuatro universidades de Pereira y Manizales (n = 30). Se aplicó encuesta auto administrada, elaborada por las investigadoras, con datos sociodemográficos, curriculares y del perfil docente. Para evaluar el nivel de afrontamiento, se utilizó la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte, validada al castellano. Resultados. El 100% de docentes de enfermería tuvo una experiencia cercana a la muerte con algún ser querido, y el 73,3% no había tenido ninguna preparación como enfermera acerca de la muerte, lo que se puso de manifiesto según la escala de Bugen, donde el 36,8% (n = 11) de la población puntuó por debajo del percentil 33, el 33,4% (n = 10) de la población por encima del percentil 66, y el 29,9% (n = 9) puntuó en la zona intermedia. Conclusión. Las enfermeras necesitan mejorar su nivel de afrontamiento ante la muerte, mediante una formación sólida en cuidados integrales al final de la vida y el buen morir, para lograr competencias específicas que puedan ser enseñadas en los actos docentes de manera consciente. ¹⁸

En México (2014), García Solís realizó la investigación **Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente**, con el objetivo de conocer los diferentes estados de ánimo que manifiesta la enfermera ante la muerte del paciente. Esta investigación se realizó con un enfoque metodológico cualitativo, de tipo descriptivo. El universo de la investigación fueron alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México que trabajan en el hospital. La muestra fue no probabilística, donde participaron cinco enfermeras que laboran en el hospital de forma asistencial y que acuden a la facultad a continuar con sus estudios de licenciatura o posgrado. Se utilizó una entrevista a profundidad aplicada por los investigadores, con preguntas abiertas y dirigidas a las enfermeras, teniendo como apoyo una guía de entrevista semiestructurada diseñada a partir de tres códigos centrales: la enfermera ante la muerte, paciente que fallece y sentimientos ante la muerte. Como conclusión Los sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente son: tristeza, nostalgia, angustia, ansiedad, impotencia y tranquilidad, expresándole con enojo, ira, culpabilidad y en ocasiones llanto, de la misma manera hay manifestaciones físicas como cefalea, adinamia y cansancio, por consecuencia

habrá un declive en su desempeño laboral, relaciones personales, familiares y sociales.¹⁹

En España (2020), Valenzuela Vidal realizó la investigación **de Adquisición de conocimientos de cuidados paliativos mediante un plan de estudios transversal en enfermería**, con el objetivo de valorar el conocimiento en paliativos, en estudiantes de enfermería de la Universidad Jaume I, tras la implementación de un plan de estudios de enseñanza transversal y evaluación mediante una asignatura de carácter obligatorio. Este fue un estudio observacional de corte transversal, con enmascaramiento en el análisis de datos, mediante el uso de un cuestionario autoadministrado durante el curso académico 2017/2018, en los meses de Febrero a Marzo de 2018. Mediante nuestros resultados se observa, que la educación en CP desarrollada de forma transversal con la culminación de una asignatura obligatoria en cuarto curso, resulta ser efectiva, en estudiantes de enfermería, donde el 63% ostentó una buena tasa de aciertos en conocimientos sobre la materia, en comparación con los datos publicados por la Universidad de Valencia¹⁶ cuya tasa de ciertos fue del 42,1%.

Así pues, el análisis realizado sobre cada una de las esferas mostro que los estudiantes presentaban un mayor conocimiento en el manejo del dolor y los síntomas (69,1%), seguido de los aspectos psicosociales (66,8%) y la filosofía y los principios éticos (53,1%), pese a que la pregunta con mayor número de aciertos estuvo relacionada con la filosofía de vida relacionada con la familia, donde los estudiantes consideraban primordial que la familia permaneciera al lado del paciente enfermo hasta su fallecimiento, poniendo en valor la importancia de la familia en los CP, en contra de otras investigaciones que indican que los estudiantes no tiene en cuenta a los familiares en la atención al paciente paliativo²⁰

En Colombia (2020), Torres Melo realizó la investigación **Necesidades de la formación en cuidados paliativos a los estudiantes de pregrado de Enfermería**, con el objetivo de responder la pregunta de ¿Cuáles son las necesidades curriculares que responden a la formación integral en cuidados paliativos en el pregrado de Enfermería?, La investigación se realizó a través de un diseño cualitativo descriptivo. Según Sandin busca “Comprender los fenómenos educativos

y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos” Se utilizó el consenso de expertos a través de la Técnica Delphi.

Desde la áreas de la educación y la enfermería, es importante formar personal asistencial tanto en el área teórica como práctica ,así como empoderar a los futuros profesionales de enfermería con competencias básicas para el cuidado de los individuos y la comunidad que presentan enfermedades crónicas en etapas avanzadas y especialmente al final de la vida; estos requieren de un cuidado holístico e integral por parte de los profesionales de la salud ,en especial de la enfermera quien brinda el cuidado directo. Según diferentes estudios prueban que esta formación debe iniciarse desde el pregrado y continuarse en las especializaciones en el área ,además de recibir educación continuada con el fin de actualizarse y mejorar habilidades en el manejo de pacientes con necesidades paliativas, adicionalmente poder brindar un cuidado con calidad ,sobre las bases científicas soportadas en la evidencia, es allí donde se hace imperativo que las instituciones en educación superior y la universidades implementen en su currículo esta catedra. ²¹

En México (2022), Peña-Marcial realizó la investigación **Identificar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos y ansiedad ante la muerte en estudiantes de las escuelas de enfermería, de la Universidad Autónoma de Guerrero.** Con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento en cuidados paliativos y ansiedad ante la muerte en estudiantes de las escuelas de enfermería, de la Universidad Autónoma de Guerrero, por medio de estudio mixto, comparativo y fenomenológico mediante la narrativa testimonial. La selección se realizó con un muestreo aleatorio simple con reemplazo, teniendo como referencia el listado de estudiantes legalmente inscritos en cuarto año de licenciatura en Enfermería de tres escuelas. La población total fue de 380 encuestados de ambos sexos para el estudio cuantitativo. También, se utilizó un instrumento autoaplicado adaptado y validado por los investigadores, integrado por tres apartados: datos sociodemográficos, nivel de conocimiento de cuidados paliativos (Palliative Care Knowledge Test (-PCKT) y el miedo a la muerte (Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester). Como conclusión los estudiantes de Enfermería tienen un nivel de conocimiento malo en

cuidados paliativos, porque el plan de estudios no integra ninguna unidad de aprendizaje específica para este cuidado. El nivel de ansiedad ante la muerte tuvo una representación muy alta y los estudiantes se perciben muy ansiosos/as ante los procesos de la muerte. ²²

En Montevideo (2020), Palomar Gallardo realizó la investigación **Educación para la vida y la muerte a los estudiantes de Enfermería: “del miedo al amor”**, con el objetivo de evaluar el impacto que la propuesta docente de la asignatura “Afrontamiento a la muerte: intervención interdisciplinaria” tiene sobre los estudiantes de Enfermería. Esta investigación está enmarcada en el paradigma interpretativo o hermenéutico. El enfoque cualitativo que se deriva de este paradigma nos permite mirar desde una perspectiva holística. Coincidiendo con los valores tradicionales aceptados en la enfermería. Desde una mirada cualitativa, se plantea como instrumento de investigación los diarios reflexivos de los alumnos. La población de estudio, serán todos los alumnos matriculados en la asignatura de “Afrontamiento a la muerte: intervención interdisciplinaria” en el curso académico 2014/2015 de la facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva, que eligieron voluntariamente la opción de asistencia a clase. En total fueron 36 alumnos los que eligieron dicha opción. A todos ellos se les explicó detalladamente como se llevaría a cabo la realización de la intervención docente y como, a través de sus diarios personales, recogeríamos la información de dicha investigación.

La metodología utilizada en la asignatura requiere de una serie de actividades y estrategias didácticas. Las bases conceptuales de estas actividades se encuentran ubicadas dentro de la Psicología Humanista, concretamente entre la Psicoterapia Gestáltica y Sistémica.

Como conclusión la intervención educativa de la asignatura, ha tenido un alto impacto en los alumnos/as, en dos dimensiones importantes para sus vidas. Por un lado, aumentando sus competencias académicas como futuros profesionales, y por otro adquiriendo habilidades y actitudes positivas sobre la muerte, para vivir y amar la vida ²³

En Chile del (2014), Irene Pamela Muñoz-Pino, realizó la investigación **Experiencia de estudiantes de enfermería ante su primer encuentro de cuidado con enfermos terminales** con el objetivo de describir la experiencia vivida por estudiantes de enfermería de 3° y 4° año, ante su primer encuentro de cuidado con un enfermo terminal. La metodología que se utilizó fue un estudio cualitativo descriptivo con metodología de análisis de contenido de testimonios escritos al final de la experiencia de cuidado. Participaron 65 alumnos de una universidad privada de Santiago, Chile. Para la recolección de los datos, se utilizó una encuesta para conocer las necesidades educativas de los estudiantes de enfermería tras su primer encuentro de cuidado con enfermos terminales. En dicha encuesta se le incluyó la pregunta *¿Qué significó esta experiencia para ti?*

Como conclusión las experiencias de los estudiantes de enfermería muestran que estos tienen dificultades para enfrentar el cuidado de una persona en proceso de muerte. Se deben plantear estrategias educativas que mejoren la formación en pregrado del futuro profesional sobre el cuidado del enfermo terminal.²⁴

En España (2018), Valer Monterde realizó la investigación **Importancia de la formación en cuidados paliativos en profesionales de la salud** con el objetivo de comprobar el efecto e importancia de tener conocimientos de CP, mediante los cuales poder adquirir las herramientas necesarias no solo para tratar la parte física, sino también herramientas de comunicación y emocionales, para poder gestionar una situación en la que sea necesario llevar a cabo cuidados paliativos con la mayor profesionalidad. Y por lo tanto será necesario conocer mediante formación, cuáles son las actitudes y habilidades que exige el cuidado especializado con este tipo de pacientes. La metodología que se utilizó fue la revisión bibliográfica: Mediante la correspondiente búsqueda de artículos, en bases de datos científicas como Pumbed, Eric, Dialnet, la revista Science Direct. Se han seleccionado un total de 21 artículos, el libro de “Enfermería en Cuidados Paliativos” y la información obtenida con la guía Secpal.

Como conclusión se comprobó la necesidad de promover el aprendizaje de los cuidados paliativos, para poder constituir un cuidado del paciente y familia en todas

las dimensiones que abarcan los cuidados de la salud. Para ello se deberá de establecer una formación previa específica a estos cuidados, pudiendo así otorgar una atención profesional y humanizada, aprendiendo a dejar de lado los estigmas que caracterizan a la muerte y como profesionales enfrentarnos a este proceso sin miedo. ²⁵

En México (2017), Yáñez Galván realizó la investigación **Actitudes ante la muerte en estudiantes de Enfermería del CONALEP, Uruapan. Con el objetivo de describir las actitudes ante la muerte en estudiantes de Enfermería del CONALEP**, La metodología que se utilizó en este estudio fue cuantitativa a través de una prueba conocida como el Perfil Revisado de Actitudes ante la muerte. (PAM-R) La cual es una escala tipo Likert que cuenta con 32 afirmaciones acerca del tema de la muerte. La muestra a la cual se aplicó la prueba son estudiantes de Enfermería del CONALEP de Uruapan del turno vespertino conformado por 64 mujeres y 10 hombres. Los resultados que se obtuvieron en dicha investigación es que la muestra tiene una actitud promedio de miedo a la muerte, se obtuvo un 24.32% de personas arriba de puntaje normal, 72.97% dentro del estandar y 2.7% de personas con un resultado bajo. ²⁶

En España (2020), Cara Rodriguez realizó la investigación **Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte**, la metodología utilizada fue cualitativa basada en la fenomenología hermenéutica con marco epistemológico y metodológico de Gadamer, donde la recogida de información se realizó con una entrevista grupal focal a los profesionales de Enfermería. Como conclusiones finales se obtuvieron: la educación al personal de Enfermería sobre cómo afrontar la muerte de los pacientes es una medida de actuación necesaria para conseguir mantener una adecuada calidad de vida laboral. Este estudio fue un primer paso para seguir estudiando y profundizar en las percepciones que tienen de las situaciones relacionadas con la muerte los profesionales sanitarios, pudiendo desarrollar

técnicas y formas de actuar ante la muerte, favorables para los pacientes y su entorno y para los propios profesionales.³²

En Colombia (2021), Arroyo realizó la investigación **Percepciones médicas sobre la atención en el final de la vida en pacientes oncológicos**, la metodología que se utilizó fue un diseño de corte transversal descriptivo que consistió en aplicar a médicos un cuestionario auto administrado que mide la percepción de los médicos sobre la atención al final de la vida prestada a pacientes oncológicos durante su último mes de vida.

Los resultados que se obtuvieron fue que 70% de los médicos consideró que la muerte no fue consecuencia de intervenciones médicas, y el 85% clasificó las estrategias terapéuticas como paliación sintomática. En 87% de los casos los médicos indicaron sentirse tranquilos con respecto a la AFV brindada a los pacientes. El 48% y el 73% de los médicos manifestaron que no hablaron con los familiares ni con los pacientes, respectivamente, sobre la posibilidad de acelerar el final de la vida como resultado de las intervenciones o no intervenciones.

Finalmente y como conclusión los médicos presentan un gran interés por el fin de vida y la AFV de los pacientes oncológicos. Los médicos se perciben tranquilos con la atención médica brindada. La baja comunicación con el paciente o sus familiares durante este periodo puede ser un área de gran mejoramiento.³³

En España (2016) Piedrafita, realizó la investigación **Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos**. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl y PsycINFO utilizando como términos de búsqueda: cuidados paliativos, UCI, percepciones, experiencias, conocimientos y enfermería, con sus respectivos sinónimos en inglés y combinados con los booleanos AND y OR. Asimismo, se revisaron 3 revistas especializadas en cuidados intensivos. Se seleccionaron 27 artículos para revisión, la mayoría estudios de carácter cualitativo (n=16).

Tras el análisis de las publicaciones se ha identificado que, a pesar de que las enfermeras perciben la necesidad de respetar la dignidad del paciente, brindar cuidados dirigidos al bienestar y favorecer la inclusión de la familia en el cuidado, existe una falta de conocimientos de los profesionales de enfermería de intensivos en el cuidado al final de la vida. Como conclusión esta revisión revela que para lograr unos cuidados de calidad al final de la vida es necesario fomentar la formación de las enfermeras en cuidados paliativos y favorecer su soporte emocional, llevar a cabo un trabajo multidisciplinar efectivo y la inclusión de la enfermera en la toma de decisiones.³⁴

En México (2022) Souza realizó la investigación **La enfermera en los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos una Teoría del Final de Vida Pacífico**, la metodología es un estudio con enfoque cualitativo realizado con 14 enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Inmunológica de un hospital privado de la ciudad de Salvador, Bahía, Brasil. El período de recogida de datos se realizó entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, mediante entrevista con guion semiestructurado; se analizaron a través de la técnica de Análisis de Contenido de Bardin y se discutieron a la luz de la Teoría del Final de Vida Pacífico.

Dentro de los resultados Surgieron cuatro categorías: Comprensión de las enfermeras sobre los cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos. Percepción y actuación de las enfermeras en la comodidad del paciente en Cuidados Paliativos. La enfermera permite la proximidad a la familia. La enfermera permite que el paciente esté en paz.

Finalmente La actuación de la enfermera en cuidados paliativos se dirige a los cuidados terminales e implica en promover el confort, acciones de aproximación familiar y actitudes que dignifiquen el proceso de morir.³⁵

En Chile (2017), Collado realizó la investigación **PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE SU ROL EN LA VOLUNTAD ANTICIPADA**, la metodología que se utilizó fue un estudio cualitativo paradigma post positivista con enfoque de estudio de caso. Realizado entre Octubre y

Noviembre del 2017. Se logró la saturación teórica mediante la realización de 6 entrevistas de tipo semiestructuradas. Se utilizó análisis de contenido. Los resultados obtenidos en dicha investigación fueron que ningún profesional de enfermería manejaba el concepto, sin embargo, varios lograban identificar elementos vinculados a la temática. Además, se identificó un escaso abordaje del tema durante la formación de pre y postgrado y la necesidad sentida de ampliar los conocimientos. Algunos asociaron el rol con la educación y apoyo, otros no lograron identificar la vinculación. Se evidenciaron algunas prácticas que apuntan a respetar las voluntades de las personas, con diversas disyuntivas en el proceso.

En pocas palabras aun falta un largo camino por recorrer en cuanto al respeto en las preferencias de las personas al final de la vida, y para lograrlo es de gran importancia trabajar en aumentar el conocimiento que poseen los enfermos en la tematica.³⁶

6. METODOLGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, descriptivo y transversal.

6.2 MUESTRA

280 alumnos del 4to año de la carrera de enfermería de la FES Zaragoza.

6.3 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

INCLUSIÓN:

- Alumnos del 4to año de la carrera de enfermería de la FES Zaragoza.
- Alumnos que acepten participar en la aplicación del instrumento.

EXCLUSIÓN:

- Alumnos que no pertenezcan al 4to año de la carrera.
- Alumnos que no deseen participar.
- Alumnos que no hayan firmado el Consentimiento Informado anexo al Instrumento.

ELIMINACIÓN:

- Alumnos que hayan marcado más de una opción por ítem
- Alumnos que no hayan contestado completamente el instrumento.

Consta de 30 ítems, tipo Likert, que califican el grado de acuerdo con una escala de 1 a 5 puntos (que van de 1 = muy en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo). La escala está compuesta por un número igual de ítems, redactados en forma positiva y negativamente. Los resultados pueden variar desde 30 a 150 puntos. Muestreo no probabilístico por conveniencia de 280 alumnos del 4to año de enfermería. Para el análisis de datos se utilizó el programa PSPP versión en español y se realizó un análisis descriptivo.

7. RECURSOS

HUMANOS	FISICOS	TECNOLOGICOS	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none">• 1 pasante de Servicio Social de la carrera de enfermería• 1 Directora de tesis• 280 alumnos del 4to año de la carrera de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Oficina de profesores de Tiempo Completo de la carrera de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• 1 computadora de escritorio HP• 1 Multifuncional HB• Internet• Paquetería Microsoft Office• Cuenta de Google Formularios	<ul style="list-style-type: none">• Hojas• Bolígrafos

8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ARTICULO 3°

VII. Las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra e investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y programas; fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio. Las relaciones laborales, tanto del personal académico como del administrativo, se normarán por el apartado A del artículo 123 de esta Constitución, en los términos y con las modalidades que establezca la Ley Federal del Trabajo conforme a las características propias de un trabajo especial, de manera que concuerden con la autonomía, la libertad de cátedra e investigación y los fines de las instituciones a que esta fracción se refiere; (Reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2013)²⁷

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPÍTULO ÚNICO

ARTÍCULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan²⁸

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud;

IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción de insumos para la salud.

CAPÍTULO V

De la Investigación en Grupos Subordinados

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y, los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-012-SSA3-2012, QUE ESTABLECE LOS
CRITERIOS PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
PARA LA SALUD EN SERES HUMANOS.**

Investigación para la salud en seres humanos: en la que el ser humano es el sujeto de investigación y que se desarrolla con el único propósito de realizar aportaciones científicas y tecnológicas, para obtener nuevos conocimientos en materia de salud. La Secretaría, para el otorgamiento de la autorización de una investigación para la salud en seres humanos conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, deberá corroborar que, en el proyecto o protocolo de investigación, prevalezcan los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, la protección de sus derechos, principalmente el de la protección de la salud, así como el bienestar y la conservación de su integridad física.²⁹

**DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA AMM – PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LAS
INVESTIGACIONES MÉDICAS EN SERES HUMANOS**

La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.³⁰

9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	ITEMS	VALOR O EXPRESIÓN
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracteriza a los individuos de una especie dividiéndola en masculinos y femeninos	Condición biológica con la que se nace y distingue a un hombre de una mujer	Cualitativa Dicotómica	Nominal		Hombre Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, expresado en días, meses y años.	Años de vida cumplidos al momento de la aplicación del instrumento.	Cuantitativa Ordinal Continua	Normal		21 22 23 24
Factor I	Relacionado con las actitudes positivas hacia el cuidado de los pacientes al final de la vida		Escala tipo Likert	Ordinal manejada como escalar	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11,13, 14, 15, 17, 26, 29, 30.	Totalmente en Desacuerdo= 1 En Desacuerdo= 2 Indiferente= 3 De Acuerdo= 4 Totalmente De Acuerdo= 5
Factor II	Relacionado con la percepción de la atención centrado en el paciente y la familia		Escala tipo Likert	Ordinal manejada como escalar	4, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28.	Totalmente en Desacuerdo= 1 En Desacuerdo= 2 Indiferente= 3 De Acuerdo= 4 Totalmente De Acuerdo= 5

10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento que se utilizó para el presente estudio es una traducción al español de la escala FATCOD, (versión original en inglés) ésta fue diseñada especialmente para medir las actitudes de enfermeras/os hacia el cuidado en pacientes al final de la vida. Consta de 30 ítems, tipo Likert, que califican el grado de acuerdo con una escala de 1 a 5 puntos (que van de 1 = muy en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo). La escala está compuesta por un número igual de ítems, redactados en forma positiva y negativamente. Los resultados pueden variar desde 30 a 150 puntos. Los puntajes más altos reflejan una actitud más favorable hacia el cuidado al final de la vida. Se informa un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,80 y una validez de criterio significativa al compararla con otras escalas.

Punto o puntos de corte

- Competencias muy negativas (30-60 puntos)
- Competencias negativas (61-90 puntos)
- Competencias positivas (91-120 puntos)
- Competencias muy positivas (121-150 puntos)

Cabe señalar que para la presente investigación, se usaron únicamente dos puntos de corte; nivel medio y nivel alto, por conveniencia del estudio.

11. ANALISIS ESTADISTICO

Para el analisis estadistico del siguiente trabajo se utilizó PSPP version 1.6.0 , <es una aplicación de software libre para el análisis de datos. Se presenta en modo gráfico y está escrita en el lenguaje de programación C. Usa la biblioteca científica GNU para sus rutinas matemáticas, y plotutils para la generación de gráficos.

12. RESULTADOS

Análisis de confiabilidad (Alfa de Cronbach)

Factor I

Alfa de Cronbach	Reactivos
.543	16

Eliminando los reactivos 2, 3 y 30 la confiabilidad fue:

Alfa de Cronbach	Reactivos
.712	13

Factor II

Alfa de Cronbach	Reactivos
.549	13

Eliminando los reactivos 24, 25 y 28 la confiabilidad fue:

Alfa de Cronbach	Reactivos
.761	10

Escala Global

Alfa de Cronbach	Reactivos
.680	29

Si se eliminan los reactivos 2, 3, 28 y 30, la confiabilidad quedará:

Alfa de Cronbach	Reactivos
.801	24

Finalmente se optó por seguir el modelo propuesto por Edo Gual, que elimina únicamente el elemento 10 del cuestionario ("A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo") y agrupa el resto de los elementos en dos factores: el factor I, relacionado con la percepción de las actitudes positivas hacia el cuidado

de pacientes con enfermedades terminales y el factor II que describe la percepción de los cuidados centrados en el paciente terminal y su familia.

Tabla 1. Distribución por Edad y Sexo.

Edad Años	Femenino		Masculino	
	No.	%	No.	%
21	16	12%	7	15%
22	59	43%	19	41%
23	52	38%	16	35%
24	10	7%	4	9%
Total	137	100%	46	100%

La muestra estuvo conformada por 183 alumnos, de los cuales 137 (74.2%) son mujeres y 46 (25.2%) hombres.

El promedio de edad fue de 21 a 24 años, teniendo como mínimo 4 (9%) hombres 24 de años y como máximo 59 (43%) mujeres de 22 años.

Se realizó una prueba t de Student para muestras independientes con el fin de evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las actitudes (Factor I), Percepciones (Factor II) y la Escala Global, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 2. Muestras independientes. Actitudes, Percepciones y Escala Global

Muestras Independientes	Sexo	N	Media
Factor I: Relacionado con las actitudes positivas hacia el cuidado de los pacientes al final de la vida	Hombre	46	52.54
	Mujer	137	53.35
Factor II: Relacionado con la percepción de la atención centrado en el paciente y la familia	Hombre	46	50.41
	Mujer	137	51.58
Escala Global	Hombre	46	102.96
	Mujer	137	104.93

En el presente estudio se encontraron dos muestras independientes; Factor I: Relacionado con las actitudes positivas hacia el cuidado de los pacientes al final de la vida y Factor II Relacionado con la percepción de la atención centrado en el paciente y la familia.

Tabla 3. Significancia, Actitudes, Percepciones y Escala Global

Significancia	t	gl	Sig (bilateral)
Factor I: Relacionado con las actitudes positivas hacia el cuidado de los pacientes al final de la vida	-.898	181	.371
Factor II: Relacionado con la percepción de la atención centrado en el paciente y la familia	-1.635	181	.104
Escala Global	-1.415	181	.159

La significancia en las tres condiciones es mayor que 0.05, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en el Factor I, Factor II y en la Escala Global.

Tabla 4. Factor I Actitudes * Sexo Tabulación cruzada

Sexo	Nivel moderado	Porcentaje dentro del sexo	Nivel alto	Porcentaje dentro del sexo	Total
Mujeres	114	83.2%	23	16.8%	137
Hombres	39	84.8%	7	15.2%	46
Total	153	83.6%	30	16.4%	183

En relación con el factor que está relacionado con las actitudes por sexo, se encontró que 39 hombres (84,8%) se ubican en el nivel moderado, en tanto que 23 mujeres (16,8%) corresponden al nivel alto. Por otra parte únicamente 7 hombres (84.8) presentan un nivel alto en cuanto a actitudes.

Tabla 5. Factor II Percepción * Sexo Tabulación cruzada

Alumnos	Nivel medio	Porcentaje dentro del sexo	Nivel alto	Porcentaje dentro del sexo	Total
Mujeres	22	16.1%	115	83.9%	137
Hombres	13	28.3%	33	71.7%	46
Total	35	19.1%	148	80.9%	183

Respecto al factor II que se refiere a la percepción por sexo, destaca que 115 (83.9%) mujeres y 46 (71.7%) hombres presentan un nivel alto de percepción. Por el contrario únicamente 22 (16.1%) mujeres presentan un nivel medio de percepción.

Tabla 6. Escala Global Total * Sexo Tabulación cruzada

Sexo	Nivel moderado	Porcentaje Dentro del Sexo	Nivel alto	Porcentaje Dentro del Sexo	Total
Mujeres	76	55.5%	61	44.5%	137
Hombres	30	65.2%	16	34.8%	46
Total	106	57.9%	77	42.1%	183

De la muestra conformada por 183 alumnos, 106 (57.9%) tiene un nivel moderado ante las actitudes positivas y percepciones a los cuidados al final de la vida, en tanto 77 (42.1%) tienen un nivel alto del mismo.

13. DISCUSIÓN

El cuidado al final de la vida es especialmente complicado, ya que implica enfrentarse con la enfermedad en su etapa final que inevitablemente conducirá a la muerte. Los profesionales de enfermería cumplen un rol esencial en todo su proceso, otorgando cuidado tanto al paciente como a su familia, para lo cual no solo se requieren conocimientos, sino también actitudes y habilidades emocionales especiales que propendan por una mejora en la calidad de estos cuidados.

Para la presente discusión se tomaron en cuenta los datos recabados por Peña (2022) en la que se destaca que el conocimiento en cuidados paliativos que tienen el 78% de los estudiantes de enfermería es malo. Según la escala de ansiedad y miedo a la muerte de Collet Lester, el 66% percibe un nivel muy ansioso y 75.5% muy ansioso por el proceso de morir de otros. Ante el proceso de muerte se describieron sentimientos de tristeza, ansiedad, y angustia; lo cual coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación por esta razón la actitud que tienen los estudiantes no es lo suficientemente buena en el 57.9%.²²

Hay que mencionar, además que la investigación realizada por Yañez (2017) en la cual se busca conocer cual es la actitud ante la muerte en estudiantes de enfermería, se encuentra que el 72.97% tiene una actitud promedio o bien actitud neutral, esta se puede definir como una actitud que adopta la persona al entender la muerte como un proceso natural por el cual inevitablemente se tiene que pasar. Una persona que presenta este tipo de actitud muestra una falta de miedo al proceso de morir y que acepta la muerte en el momento que esta llegue. Tomando juntos estos resultados concuerdan con lo obtenido en esta investigación en la cual el 57.9% presentaron una actitud media.²⁶

En los resultados de este estudio pueden encontrarse similitudes con los ya obtenidos por Garcia (2014) en los que se encontró que los sentimientos que manifiestan las enfermeras cuando muere un paciente son principalmente; tristeza, angustia, ansiedad y culpabilidad, tal como lo menciona la escala FACTOOD-S, específicamente en el factor I en el que es interesante observar que se hace mención de sentimientos como el miedo, ansiedad, frustración e incomodidad al atender al paciente al final de vida. ¹⁹

Resultados similares han sido obtenidos por Muñoz (2013) donde los estudiantes de enfermería refieren que la experiencia de cuidar a un enfermo terminal es enriquecedora, significativa y grata, lo cual coincide con el reactivo uno de la escala FATCOOD-S “Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa”; donde 170 alumnos (92.9%) estuvieron de acuerdo o completamente de acuerdo con lo anterior.

Continuando con la investigación de Muñoz, los estudiantes hicieron referencia a lo agradable que fue cuidar a este tipo de pacientes, la mayoría se refirió a la gratificación sentida por la posibilidad de ayudar significativamente a un paciente, más aún, cuando este se los agradecía explícitamente, lo cual coincide con el reactivo cinco de la escala FATCOOD-S “No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo”; donde únicamente 3 encuestados (1.6%) están de acuerdo con este reactivo, por lo tanto en ambos trabajos de investigación los estudiantes ven agradable el cuidar a un paciente al final de vida. ²⁴

Un hallazgo inesperado que Vázquez (2019) señala es que las principales emociones que experimenta el profesional de enfermería ante la muerte de un paciente son principalmente angustia, culpa, frustración, tristeza, empatía, respeto, inseguridad y por último ira, lo cual coincide con lo mencionado en los reactivos de la escala FACTCOOD-S, sin embargo si nos enfocamos en el reactivo siete de ésta”; Me provoca frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo”, únicamente 5 de un total de 183

(2.7%) alumnos que contestaron el instrumento indicó que están de acuerdo con lo mencionado, por lo que al menos en este estudio la frustración no es una emoción que los alumnos experimenten al tratar a un paciente al final de la vida.¹³ Asimismo en un estudio realizado por Bermejo (2017) se obtuvo que existe una actitud positiva hacia el cuidado de pacientes al final de la vida en más del 90% de los estudiantes sociosanitarios, sin embargo el 44% coincide que atender a pacientes al final de la vida es deprimente, el 42.9% presenta temor al lidiar con el estrés emocional de los familiares después del fallecimiento del paciente y el 60.7% siente culpa tras la muerte de un paciente. El sentimiento de culpa se deriva sobre el pensamiento de haber realizado una mala praxis o creer no haber hecho lo suficiente para ayudar al paciente. Esto coincide con lo evaluado en los ITEMS de la escala FACTCOD-S.¹⁰

Sin embargo, los hallazgos de este estudio no apoyan las conclusiones obtenidas por Fraga (2019) donde se encontró también por medio de la escala FATCOD-S que los estudiantes de enfermería presentan en su mayoría una actitud positiva hacia los cuidados al final de la vida, ya que en el presente estudio se encontró que en su mayoría los alumnos presentan una actitud media o neutra, ya que existen emociones negativas como el miedo, ansiedad y culpa durante el proceso, las cuales no permiten que la actitud sea la deseada.¹⁶

En cuanto a las percepciones Cara (2020) menciona que se puede observar que existen principalmente dos desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, integrar la muerte como algo natural y en el lado opuesto dejarse llevar por una cultura de ocultación y obstinamiento, como un tema tabú. Dentro de la cultura de ocultación y obstinamiento se menciona que es muy común ver la muerte como algo negativo, por esta razón, algunos profesionales prefieren dar falsas esperanzas tanto a los enfermos como a los familiares y esto supone una falta de comunicación y recalca los sentimientos negativos hacia la muerte.³²

El Reactivo 27 de la escala FATCODOD menciona lo siguiente “Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado de salud” y los

resultados fueron que 177 (96.7%) de 183 alumnos estuvieron de acuerdo con lo mencionado, por esta razón podemos concluir que en su mayoría los alumnos perciben la muerte y los cuidados al final de la vida como algo natural.

Por otra parte, en cuanto a las percepciones Arroyo (2021) encontró en su investigación que el 92% de los médicos indicaron sentirse tranquilos con respecto a la atención al final de la vida brindada a los pacientes. La muerte del paciente fue percibida como tranquila por el 90,8% de los médicos. Estos datos coinciden con la presente investigación, ya que 80.9% de la población tiene un nivel alto o bien una buena percepción de los cuidados al final de la vida.³³

Para finalizar y de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio donde se puede observar que los alumnos de enfermería no tienen la actitud ni la percepción esperada sobre los cuidados al final de la vida, se confirma lo ya encontrado por Duque (2020) donde se habla sobre la importancia de la formación en el tema para los futuros profesionales. De acuerdo con los resultados obtenidos por Duque, esta formación debe iniciarse desde el pregrado, además se debe recibir una constante educación continua, todo esto con el fin de actualizarse y mejorar habilidades en el manejo de pacientes con necesidades paliativas, es ahí donde nace la necesidad de que las instituciones educativas implementen en su plan de estudio esta asignatura no sólo como opción de optativa.¹⁸

14. CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación permitieron explorar el nivel de actitudes hacia los cuidados al final de la vida en los alumnos de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y en general se encontró en su mayoría una actitud media hacia estos cuidados.

De acuerdo con el objetivo general se concluye que la actitud de los alumnos es media y que las mujeres tienen más actitudes positivas ante estos cuidados.

La escala FATCOD- S es un instrumento válido y fiable para su uso con estudiantes de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Para cumplir con el primer objetivo específico “ Identificar las actitudes que tienen los alumnos de 4to año de la carrera de Enfermería” se aplicó la escala FACTOD. La cual se dividió en dos factores, y el Factor I enfocándose específicamente en las actitudes de los alumnos, finalmente se concluyó que existe una actitud media en más del 80% de la población estudiada, con una mayor prevalencia en el género femenino.

Posteriormente para alcanzar el segundo objetivo específico “identificar la percepción hacia los cuidados al final de la vida, en los estudiantes de 4to año de la carrera de Enfermería. Se evaluó el Factor II de la escala anteriormente mencionada, de la cual destacó que tanto hombres como mujeres presentan un nivel alto de la misma.

Para finalizar con los datos obtenidos se confirma la hipótesis: Los alumnos del cuarto año de la carrera de Enfermería tienen una actitud positiva hacia los cuidados al final de la vida.

15. ALCANCES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Alcance: Gracias a que este trabajo fue parte de un proyecto PAPIME, se logró realizar y concluir esta tesis con éxito.

Limitación: Debido a que fue una muestra a conveniencia y el formulario se realizó en línea por cuestiones de la pandemia, no se logró ampliar la muestra.

De igual forma no se encontró suficientemente información sobre las percepciones ante los cuidados al final de la vida de alumnos de enfermería, por lo cual sería recomendable que futuras investigaciones abordasen este tema.

Recomendaciones: De acuerdo a los resultados se deja establecida la necesidad de que la formación en cuidados al final de la vida debe realizarse desde antes de la enseñanza clínica.

La formación de los estudiantes debe incluir estrategias que favorezca el desarrollo de competencias socioemocionales que brinden a los futuros estudiantes de habilidades para facilitar un afrontamiento constructivo y saludable, minimizando el desgaste emocional del futuro profesional y favoreciendo cuidados de calidad a la persona al final de la vida, así como a sus cuidadores.

Proximos estudios en este campo podrían abordar con mayor detalle las percepciones de los alumnos ante los cuidados al final de la vida ya que es un tema muy poco abordado específicamente en el gremio de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Secretaría de Salud. Enfermedades no transmisibles. Situación y propuestas de acción: una perspectiva desde la experiencia de México. [Internet]; 2018 [citado 11 Enero 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades_N_Transmisibles_ebook.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Características de las defunciones registradas en México durante 2017. [Internet] [citado 12 Enero 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSocio_demo/DEFUNCIONES2017.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en la región de las Américas. Hechos y cifras. [Internet]; 2019 [citado 11 Enero 2022]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51482/OPSNMH19016_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
4. Fascioli Ana. LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA: EXPRESIÓN DEL RECONOCIMIENTO DEL OTRO. Enfermería [Internet]. 2016 Dic [citado 2023 Ene 12]; 5(2): 46-53. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200007&lng=es.
5. Del Río Ignacia, Cuidados Paliativos: Historia Y Desarrollo, Boletín Escuela De Medicina U.C [Internet] 2007, [Consultado 18 Mar 2022], (32): 17 – 21. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
6. Santacruz Escudero Juan Guillermo. Cuidados paliativos: conceptos básicos, Rev de Nutrición Clínica y Metabolismo [Internet] 2021, [Consultado 18 Mar 2022]; (2): 14 – 18 Disponible en: [file:///C:/Users/BICE/Downloads/212-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2986-1-10-20210321%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/BICE/Downloads/212-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2986-1-10-20210321%20(1).pdf)
7. Antueno Pilar de, Silberberg Agustín. Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. pers.bioét. [Internet]. 2018 Dec [cited 2023 Jan 12]; 22(2): 367-380. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222018000200367&lng=en. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>.
8. Covarrubias-Gómez Alfredo, Otero-Lamas Margarita, Templos-Esteban Luz A, Soto-Pérez-de-Celis Enrique. Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. Rev. mex. anesthesiol. [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Ene 12]; 42(2): 122-128. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000200122&lng=es. Epub 30-Mar-2020.
9. Marín M, Martínez R. Introducción a la Psicología Social. Ediciones Pirámide. 1ra ed, Madrid, 2012.
10. Bermejo José Carlos, Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios, ELSEVIER, [Internet] 2018 [Consultado

18 Mar 2022] 25: 168 – 174. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-actitudes-hacia-el-cuidado-pacientes-S1134248X18300065>

11. Aramendi M. Actitudes en estudiantes de enfermería hacia el cuidado del paciente en situación de final de vida. [tesis] San Cugat del Valles. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, 2018. Disponible en: <https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/482>
12. Espinoza M. Luengo L, Sanhueza O. Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. Aquichán. Colombia. 2016; Internet] [Consultado 18 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/741/74148832003/html/>
13. Vázquez-García Daniel, Rica-Escuín Marisa De la, Germán-Bes Concepción, Caballero-Navarro Ana Luisa. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2019 [citado 2022 Feb 09] ; 93: e201908051. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100106&lng=es. Epub 07-Sep-2020.
14. Guardia Mancilla P., Montoya-Juarez R., Marti-Garcia C., Herrero Hahn R., García Caro M.P., Cruz Quintana F.. Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Feb 09] 41(1): 35-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100035&lng=es. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0170>.
15. Fhon JRS, Silva LM, Rodrigues RAP, Carhuapoma AME. Percepción de las enfermeras sobre cuidados paliativos: experiencia con pacientes oncológicos. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. [internet] 2018; [consultado 13 marzo 2022]. 8(3):28-36. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/284/percepcion-de-las-enfermeras-sobre-cuidados-paliativos-experiencia-con-pacientes-oncologicos/>
16. Ribada Fraga D, Esperón Rodríguez I, del Campo Pérez V. Actitud y sentimientos de estudiantes de Enfermería frente a los cuidados al final de la vida. Metas Enferm dic 2018/ene 2019; 21(10):12-7. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81332/actitud-y-sentimientos-de-estudiantes-de-enfermeria-frente-a-los-cuidados-al-final-de-la-vida/>
17. De Dios Duarte María José, Varela Montero Isabel. Afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud. Educ Med Super [Internet]. 2019 Mar [citado 18 Feb 2022]; 33(1): e1375. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000100008&lng=es. Epub 01-Mar-2019.
18. Duque Paula, Betancour M, Yanier, afrontamiento docentes de enfermería ante la muerte del paciente en unidades de cuidado crítico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2020 [citado 18 Feb 2022]; 22 Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20\(2020\)/145263339015/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20(2020)/145263339015/)
19. García Solís Bethzabeth, Sentimientos Que Manifiestan Las Enfermeras Ante La Muerte De Su Paciente, [Internet]. 2014 [citado 18 Feb 2022]; 47- 57. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTOS.pdf

20. Valenzuela Vidal Antonio, Folch Ayora Ana, Bou Esteller Joan, Fernández Yañez Zaira, Eroles Tena Sebastian, Salas Medina Pablo. Adquisición de conocimientos en cuidados paliativos mediante un plan de estudios transversal en enfermería. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 16] ; 19(59): 322-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300322&lng=es. Epub 10-Ago-2020. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.402691>.
21. Torres Melo, M Necesidades de la formación en cuidados paliativos a los estudiantes de pregrado de enfermería. [Internet]. Tunja: Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Centro Editorial. Ediciones FEDICOR.; 2020 [citado 18 Febrero 2022] 47- 61. Disponible en: <https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/61/47-61%20Necesidades%20de%20la%20formaci%C3%B3n%20en%20cuidados%20paliativos%20a%20los%20estudiantes%20de%20pregrado%20de%20enfermer%C3%ADa%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Peña-Marcial E, Diaz-Marcelo JS, Reyna -Avila L, Pérez-Cabañas R, Bernal-Mendoza LI. Ansiedad y nivel de conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes de Guerrero . *Rev. cienc. cuidad.* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 16 de febrero de 2022];19(1):57-70. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3093>
23. Palomar Gallardo María Cinta, Romero Palomar María, Pérez García Esteban, Romero Palomar María Isabel. Educar para la vida y la muerte a los estudiantes de Enfermería: “del miedo al amor”. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2020 [citado 2022 Feb 16] ; 9(1): 65-81. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100065&lng=es. Epub 01-Jun-2020. <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v9i1.2167>.
24. Muñoz-Pino IP. Experience of nursing students upon their first care encounter with terminally ill patients. *Invest Educ Enferm.* 2014;32(1): 87-94. [citado 16 de febrero de 2022]; Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100010&script=sci_arttext&tlng=es
25. Valer Monterde Noemi, Importancia de la formación en cuidados paliativos en profesionales de la salud, 2018 . [citado 16 de febrero de 2022]; Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147891/Valer_Noemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Yáñez Galván JF, Actitudes Ante la Muerte en Estudiantes de Enfermería del CONALEP, Uruapan, Uruapan Michoacán; 2017 [citado 16 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2018/enero/0769998/0769998.pdf>
27. Diario Oficial de la Federación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexican[Internet] [citado 28 Marzo 2022]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf

28. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [Internet] [citado 28 mar 2022]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
29. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3- 2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet] [citado 28 mar 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
30. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Declaración de Helsinki. [Internet] [citado 28 mar 2022]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
31. Riano Zalbidea V. Cuidados Paliativos en el paciente no oncológico. [Internet] [citado 20 Febrero 2023]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-RIANO-ZALBIDEA.pdf>
32. Cara Rodríguez Rosalía. Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 10]; 14(1): 1417. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000100007&lng=es. Epub 09-Nov-2020
33. Arroyo L. Percepciones médicas sobre la atención en el final de la vida en pacientes oncológicos. [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 10] Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/21%20\(2022\)/54570443007/index.html](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/21%20(2022)/54570443007/index.html)
34. Piedrafita S. Percepciones, experiencias y conocimientos de las enfermeras sobre cuidados paliativos en las unidades de cuidados intensivos. [Internet]. 2020 [citado 2023 Abr 10] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepciones-experiencias-conocimientos-enfermeras-sobre-S1130239915000607>
35. Souza Pereira Gildásio, de Oliva Menezes Tânia Maria, Guerrero-Castañeda Raúl Fernando, Santos Sales Marta Gabriele, Pithon Borges Nunes Amélia Maria, Batista Pires Isabella et al . La enfermera en los cuidados paliativos en unidades de cuidados intensivos una Teoría del Final de Vida Pacífico. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2022 Sep [citado 2023 Abr 10]; 38(3): e4822. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000300011&lng=es. Epub 01-Sep-2022.
36. Gomez-Batista, Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Barcelona. Elsevier España, [citado 2023 Abr 10] 69- 81. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/ctcp/art-ctcp_15.pdf
37. 4. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México [Internet]: UNAM (consultado 15 Abril 2023). Disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/>
- 38.

ANEXOS

ANEXO I. Versión española de la escala FATCOD

Escala de Frommelt sobre actitudes ante los cuidados del paciente moribundo.	Totalmente en desacuerdo	De acuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se está muriendo es una experiencia muy valiosa	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 resultaría incómodo hablar con una persona que se está muriendo de su propia muerte	1	2	3	4	5
4. Los cuidados de enfermería a la familia deben continuar durante todo el proceso de duelo	1	2	3	4	5
5. No me gustaría tener que cuidar a una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
6. La enfermera no es la persona adecuada para hablar de la muerte con una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
7. Me provocaría frustración el tiempo que requiere proporcionar cuidados de enfermería a una persona que se esté muriendo	1	2	3	4	5
8. Me molestaría que una persona moribunda a la que estuviera cuidando perdiera la esperanza de mejorar	1	2	3	4	5
9. Es difícil establecer una relación estrecha con la familia de una persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
10. A veces la muerte es aceptada por la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
11. Cuando un paciente pregunta a la enfermera ¿me estoy muriendo? Pienso que es mejor cambiar de tema	1	2	3	4	5
12. La familia debería implicarse en los cuidados físicos de la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
13. Preferiría que la persona a la que estoy cuidando muriese cuando yo no esté	1	2	3	4	5
14. Me da miedo establecer una amistad con la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
15. Cuando una persona se muere, me dan ganas de salir corriendo	1	2	3	4	5
16. La familia necesita un soporte emocional para aceptar los cambios en la conducta de la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
17. Cuando un paciente está cercano a la muerte, la enfermera debería dejar de implicarse en su cuidado	1	2	3	4	5
18. La familia debe preocuparse de que el enfermo viva lo mejor posible lo que le queda de vida	1	2	3	4	5
19. La persona que se está muriendo no debería tomar decisiones sobre sus cuidados físicos	1	2	3	4	5
20. La familia debería mantener un entorno tan normal como sea posible por el bien del enfermo	1	2	3	4	5
21. Es bueno que la persona que se está muriendo verbalice sus sentimientos	1	2	3	4	5
22. Los cuidados de enfermería deben hacerse extensivos a la familia de la persona que se está muriendo	1	2	3	4	5
23. Las enfermeras deben permitir un horario flexible de visitas para las personas que se están muriendo	1	2	3	4	5
24. La persona que se está muriendo y su familia deberían ser los responsables de la toma de decisiones	1	2	3	4	5
25. La adicción a los analgésicos no debe ser una preocupación para las enfermeras de un paciente moribundo	1	2	3	4	5
26. Me sentiría incómodo si al entrar en la habitación de un paciente con una enfermedad terminal, me lo encontrase llorando	1	2	3	4	5
27. Las personas moribundas deberían recibir respuestas honestas sobre su estado	1	2	3	4	5

28.Educación a las familias sobre la muerte y el proceso de morir no es una responsabilidad de enfermería	1	2	3	4	5
29.Los familiares que permanecen junto al paciente moribundo, a menudo interfieren en el trabajo del profesional con el paciente	1	2	3	4	5
30.Las enfermeras pueden ayudar a los pacientes a prepararse para la muerte	1	2	3	4	5

ANEXO II. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO PAPIME PE209722



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Estimado alumno (a) por medio del presente documento le solicito su participación voluntaria en la realización del cuestionario titulado **ESCALA FATCOD, DE ACTITUDES ANTE CUIDADOS PALIATIVOS** como parte del proyecto PAPIME PE209722, que tiene como objetivo determinar las actitudes hacia la los cuidadps al final de la vida en los estudiantes de la carrera de enfermería de la FES Zaragoza.

La información obtenida a partir de sus respuestas a la prueba tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre y datos no se harán públicos por ningún medio. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidos.

En consideración de la anterior, agradezco su participación voluntaria en la realización de esta prueba (si desea participar, marque sus datos personales en la parte inferior de la hoja y firme en el espacio designado).

(Yo) Nombre del participante: _____,
expreso de manera voluntaria y consciente, mi deseo de participar en la realización de la prueba.

Firma de constancia
