



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**ACTITUDES QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA QUE LABORAN EN EL HOSPITAL GENERAL “DR
MANUEL GEA GONZÁLEZ” ANTE LA MUERTE Y EL PACIENTE
EN FASE TERMINAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

**MAESTRA EN ENFERMERÍA
EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

L.E.O. SAUCEDO TOLEDO MAYRA ELVIRA

TUTORA: MTRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ

MÉXICO, D.F.

Noviembre, 2011



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.

Fe de erratas

El título correcto de la tesis debe ser:

“Actitud ante la muerte y el paciente en fase terminal de los profesionales de enfermería de un hospital público” y substituye al de ésta tesis en tanto que los trámites iniciales se realizaron con el título impreso y no es posible cambiarlo, asimismo el cambio obedece a mantener la coherencia entre la pregunta y objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Brindo las gracias a la UNAM por haber sido y seguir siendo en gran medida el lugar para mi desarrollo personal y profesional. En este caso de manera específica a la Dirección General de Estudios de Posgrado de la UNAM, ya que la presente investigación se llevó a cabo en un inicio gracias a su apoyo, mediante el programa de becas para estudios de posgrado, que hicieron posible el inicio y finalización del presente proyecto.

También extiendo mis agradecimientos al Hospital General “Manuel Gea González”, que me brindo el espacio para realizar dicho proyecto, especialmente a la jefa de enfermeras Yolanda Mayoral, a la coordinadora del área de investigación en enfermería Maribel Martínez y al comité de investigación y bioética del hospital, por haberme brindado asistencia, apoyo y asesoría para modificar, reiterar o mejorar esta investigación

Agradezco especialmente a la Mtra. Herlinda Morales López, por brindarme su tiempo, espacio, apoyo y conocimiento especializado durante el desarrollo de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Guadalupe Rosete Mohedano, por su continuo apoyo profesional, pero también personal, por su tiempo, por su claridad de pensamiento y palabra, por su confianza para la conclusión de este trabajo.

A la Dra. Casasa por su profesionalismo, su exigencia y amabilidad para el desarrollo y conclusión de la misma

Al Dr. Colell, por su generosidad al permitirme la utilización de su dossier para la presente investigación y por sus amplios conocimientos que sirvieron como fuente para la realización del mismo.

A la enfermera Elia Afonso, por brindarme una visión tan bella y clara de un tema tan complejo como lo es la muerte.

Ellos lo llenan todo. Son la única razón por la cual estoy vivo. “Miro a mi alrededor, me preparo para la conferencia, y entiendo por qué me enfrente a la nieve, a los embotellamientos, al hielo de la carretera: fue para recordar que todos los días necesito reconstruirme a mí mismo y para aceptar- por primera vez en toda mi existencia- que amo a un ser humano más que a mí mismo”.

P. Coelho

A mis padres Antonia Toledo, Feliciano Saucedo, mis hermanos, mi familia, mis amigos. Gracias

RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III. OBJETIVOS	11
IV. MARCO TEÓRICO	12
4.1. Perspectiva histórica de la muerte	12
4.2. Implicación de enfermería ante el proceso de morir del paciente en fase terminal	14
4.3. Actitudes de los profesionales de la salud ante la muerte	15
4.4. Cuidados paliativos como parte integral del cuidado al paciente terminal	17
4.4.1. El reconocimiento del duelo	18
4.5. Las representaciones sociales y la muerte	19
4.6. El campo de la representación	24
4.6.1. Las creencias	23
4.7. La actitud como parte de las representaciones sociales	25
4.7.1. Características de la actitud	26
4.7.2. Componentes de la actitud	28
4.8. Antecedentes	31
V. METODOLOGÍA	35
5.1. Diseño	35
5.2. Población	35
5.2.1. Muestra	35
5.3. Criterios de inclusión	35
5.4. Criterios de exclusión	35
5.5. Hipótesis de estudio	35
5.6. Variables	36
5.7. Procedimiento de recolección de datos	37
5.7.1. Instrumentos	37
5.7.2. Prueba piloto	39
5.7.3. Validación	40
5.7.4. Aspectos éticos	41
5.8. Análisis estadístico	41
5.8.1. Estadística descriptiva	42
5.8.2. Estadística inferencial	42
VI. RESULTADOS	43
6.1. Estadística descriptiva	43
6.2. Estadística inferencial	50
VII. DISCUSIÓN	59
VIII. CONCLUSIONES	67
IX. SUGERENCIAS	70
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	73

ANEXOS

RESUMEN

Enfrentarse a la muerte es algo frecuente en el personal de enfermería que labora en área clínica, considerando que la muerte se ha institucionalizado en la sociedad actual, es de suma importancia que enfermería se encuentre preparada para brindar apoyo al paciente en fase terminal

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo describir y conocer la relación que guardan entre sí las dimensiones de la actitud (cognitiva, conductual y emocional) y la relación con variables como edad, sexo, escolaridad y religión que tienen los profesionales de enfermería que laboran en un hospital general público de la ciudad de México ante la muerte y hacia el paciente en fase terminal (PFT).

Metodología: Estudio cuantitativo. Diseño descriptivo, correlacional, transversal. Muestreo por conveniencia de 82 profesionales de enfermería, que laboran en las áreas de cuidados críticos (terapia intensiva y urgencias) y medicina Interna. Se midieron las actitudes en sus tres dimensiones. Las creencias sociales, como la dimensión cognitiva de la actitud, la ansiedad ante la muerte en la dimensión emocional y las competencias de afrontamiento ante la muerte, así como la conductual. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un “dossier” retomado de una tesis realizada por el Dr. Colell en España.

Resultados: Los hallazgos muestran que existen diferencias entre la religión y la competencia percibida, es decir, expresaron mayores competencias de afrontamiento ante la muerte los profesionales que profesan la religión cristiana, que los católicos ($X^2=11,099$, $gl=2$, $p<0.05$); en cuanto a la religión y el miedo al propio proceso de morir, expresan mayor temor los católicos que los cristianos ($X^2=6,904$, $gl=2$, $p<0.05$).

Por otra parte, se encontró relación entre los profesionales que tomaron cursos dirigidos a la atención al PFT y el miedo al propio proceso de morir ($Z=-2,028$, $p<0.05$); expresaron mayor temor los que no tomaron dichos cursos. De igual forma, los resultados muestran una relación negativa y significativa entre la antigüedad laboral y la autoeficacia percibida ($r_s=-248$, $p=0.025$), así como una relación significativa entre el miedo a la propia muerte y el miedo al propio proceso de morir ($r_s=451$, $p=0.000$).

Conclusiones: Se encontró asociación en la dimensión conductual y emocional de la actitud específicamente en la ansiedad ante la muerte y el proceso de morir.

PALABRAS CLAVE: actitudes, muerte, competencia, ansiedad, autoeficacia

I. INTRODUCCIÓN

La visión de la muerte y su significado, involucra una visión multidimensional, su abordaje puede ser; ético, religioso, político, filosófico, social etc.; sin embargo puede determinarse por la construcción social y cultural (dado mediante experiencias, vivencias, significados, etc.) que tengamos de ella.

Es posible que esta percepción de la muerte pueda llegar a influir en las actitudes que adopta el personal de enfermería ante el paciente en fase terminal y finalmente, expresarse en su conducta, la cual puede ser un proceso difícil, tanto para la persona que se encuentra cercana a fallecer como para la (o las) personas que se encuentran inmersas en dicho proceso; por tanto, es necesario poseer un conocimiento amplio sobre la muerte para comprender y aceptar lo que involucra esta etapa final de la vida.

En el presente estudio se describen las actitudes del personal de enfermería que labora en área clínica en cuanto a la muerte y el paciente en estado terminal, como cuestionamiento principal. Por ello, se buscó brindar información referente a la visión de la muerte que se ha tenido a través de los años, hasta la actualidad, así como describir qué son y cómo están relacionadas con los profesionales de la salud, específicamente con enfermería. Todo ello tomando como sustento teórico las representaciones sociales, de dónde se desprenden las actitudes y sus dimensiones (cognitiva, emocional y conductual) que fueron medidas mediante los instrumentos de creencias sociales, autoeficacia frente a la muerte, competencia percibida y ansiedad ante la muerte.

Posteriormente, se presenta la metodología llevada a cabo para la realización del presente estudio, así como el desarrollo estadístico y procesamiento de los datos. Seguido de ello, los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias.

Lo anterior, con la finalidad de aportar resultados referentes a la medición de las tres dimensiones de la actitud; emocional, cognitiva y conductual para comprender la relación que guardan las mismas frente a un fenómeno más complejo como lo es la muerte.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El profesional de enfermería, como todo ser humano, piensa, siente y actúa de acuerdo con los componentes que conforman su personalidad, sus representaciones sociales, experiencias de vida y factores socioculturales que lo rodean. De la misma manera proyecta ese pensar, conocer y sentir a lo largo de su vida ante fenómenos o situaciones que se van presentando a lo largo de ella.

Dentro de esta compleja gama de pensamientos cognitivos, sensaciones y sentimientos, se halla inmersa la actitud. Dicha actitud influye en la forma de ejercer una profesión y la forma de asumirlas ante ella, por lo que en este estudio se aborda la actitud que presentan las enfermeras ante la muerte y el paciente terminal.

Si consideramos que el entorno del ejercicio profesional de enfermería son fundamentalmente los hospitales, y que a su vez la mayor parte de la población que atraviesa por el proceso de muerte, la experimenta dentro de un entorno hospitalario, de acuerdo a datos arrojados por el INEGIⁱ en el 2005, las defunciones generales registradas correspondieron a 4697 personas por cada cien mil habitantes por causas que en su generalidad requirieron ser atendidas en el ámbito hospitalario. Es necesario que el profesional de enfermería pueda brindar cuidado asistencial y emocional al paciente en fase terminal.

En este contexto, la actitud como parte predisponente de la conductaⁱⁱ, nos da la pauta para comprender los puntos de dificultad en la asistencia al paciente terminal, y permitir posteriormente tomar medidas necesarias para cubrir determinadas necesidades.

Así, en el campo de la enfermería es importante profundizar en el cuidado hacia el paciente en fase terminal, a partir de conocer y analizar las actitudes que tienen las enfermeras hacia la muerte y hacia el paciente moribundo, ya que ello nos aportará un panorama general de su disposición para otorgar cuidados al paciente

terminal, y a partir de ello, enfatizar en la necesidad de proporcionar un cuidado que englobe tanto lo físico, como emocional.

De acuerdo con la revisión de la literatura, existe una desproporción entre los conocimientos técnicos de enfermería y la preparación de los aspectos humanos que requiere la profesión, situación que refleja que estamos poco instruidos para afrontar el cuidado que requieren los pacientes terminales, y al desarrollo de habilidades que deben acompañar al cuidado de éste tipo de pacientes.

Enfermería podría hacer un gran trabajo para modificar, en caso necesario, esas percepciones en el paciente terminal y la familia, pero ¿cómo llevarlo a cabo, cuando enfermería tiene problemas para concebir la muerte como una parte final de la vida? ¿Cómo podría ayudar a comprender y apoyar al paciente que atraviesa por esta etapa si ella no se encuentra preparada?

Por tanto, el presente estudio busca conocer:

¿Cuál es la actitud ante la muerte y el paciente en fase terminal de los profesionales de enfermería de un hospital general público? Así como conocer si
¿Existe relación entre la dimensión cognitiva, emocional y conductual de la actitud hacia la muerte y el paciente en fase terminal con las características sociodemográficas de la población de estudio.

ⁱINEGI. (2006). *Agenda estadística de los Estados Unidos de América*. Instituto Nacional de Geografía e Informática. México: INEGI.

ⁱⁱCerdá, E. (1990). *Una psicología de hoy*. (14^a ed.): Barcelona. Harder

III. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas de las enfermeras de un hospital general público y la actitud en su dimensión cognitiva, emocional y conductual ante la muerte y el paciente adulto en fase terminal.

Objetivos específicos

- Describir la relación de la dimensión emocional de la actitud hacia la muerte y el paciente en estado terminal con las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Describir la relación entre la dimensión cognitiva de la actitud hacia la muerte y el paciente en estado terminal con las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Describir la relación que guarda la dimensión conductual de la actitud hacia la muerte y el paciente en estado terminal con las características sociodemográficas de la población de estudio.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Perspectiva histórica de la muerte

Sabemos que la muerte ha sido objeto de profundas reflexiones, sin embargo involucra un gran misterio al que hasta ahora, no se han podido dar explicaciones de un significado que satisfaga a todas las corrientes filosóficas, religiosas o científicasⁱ.

Si bien existe una amplia acepción de lo que es la muerte, todas las dimensiones (social, psicológica, religiosa etc.) confluyen para crear una representación social e individual de lo que es la muerte y el proceso de morir.

Así, a través del tiempo, podemos diferenciar dos momentos distintos en la forma de vivir la muerte: uno previo a su Institucionalización (hospitalaria), en el que la muerte no infunde miedo porque es aceptada como parte del proceso natural de la existencia, donde se le permitía a la persona fallecer en su casa rodeado de seres queridos y en un ambiente familiar; se le permitía acceso a la información de su estado de salud, así como tomar decisiones con respecto a su persona y forma de fallecer. También los rituales que se llevaban a cabo, y que facilitaba el duelo en los familiares, era diferente, se involucraban más en los cuidados últimos, se brindaba más apoyo y existía principalmente una comunicación más abierta para hablar de la muerte en general. Otro momento es cuando, debido al desarrollo y extensión de las primeras estructuras hospitalarias, comienza a ser una institución, el lugar reservado para morir^{ii,iii}.

Podemos remontarnos a la Grecia clásica, al mundo romano, paleocristiano y a la Edad Media y veremos cómo el fenómeno de la muerte es percibido como algo lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador. De acuerdo con el historiador francés Ariés^{iv}, en la Edad Media, nos confrontábamos con la denominada “muerte familiar”. La muerte era vista como un fin colectivo, siendo recibida como una ley

natural. A partir del siglo XX, con los avances tecnológicos, la ideología, percepción y creencias de lo que es la muerte, se inclinan a tener un sentido de rechazo, reflejados en la búsqueda del retraso del tiempo y prolongación de la vida. En este contexto es que enfermería como profesión se ve expuesta de manera directa a enfrentarse a dichos cambios, por lo que no se encuentra exenta de ellos.

Se ha observado que en numerosas ocasiones, el paciente, aunque su deseo sea que se le permita morir en casa, los familiares no aceptan esas peticiones, quizá sea por temor o la responsabilidad que implica, ya que el brindar esos cuidados también involucra aprender procedimientos que comúnmente realiza enfermería; además de tiempo, desgaste físico, emocional y muchos otros factores que no permiten utilizar toda esa red de apoyo de la que se ve necesitado el paciente terminal. Ante dicha situación, enfermería juega un papel fundamental.

Se dice que cuando vemos o participamos de algún modo en la muerte de otra persona, experimentamos una sensación de pérdida personal. Empezamos a pensar en nuestra muerte futura; nos dolemos por el fallecido y por nosotros mismos.

En el mismo sentido, la negación de la muerte puede parecer una fórmula para suavizar nuestro dolor, pero, de hecho, el efecto es el opuesto. Cuando negamos la muerte, también negamos una parte importante de la existencia. Aun cuando todos buscamos la felicidad y eludimos los sentimientos dolorosos o negativos, la enfermedad y la muerte no son acontecimientos felices y, debido a que contrastan en forma tan aguda con nuestra persecución de la felicidad, se niegan, por ende, en nosotros mismos y en los demás^v.

En nuestro país, la manera como se ve a la muerte es de lo más diverso, ya sea en algunos grupos indígenas, población rural o urbana marginada, existe un verdadero culto a los muertos, en el que se mezclan lo religioso y lo profano, el

respeto, la veneración y a veces un sentido festivo hacia la muerte, lo que en el fondo trata de ocultar la incertidumbre, angustia y miedo ante ella^{vi}.

4.2 Implicación de enfermería ante el proceso de morir del paciente en fase terminal

Para comenzar a hablar del papel que juega enfermería ante la atención que se brinda al paciente terminal, debemos iniciar por conocer el concepto de paciente terminal.

Paciente en fase terminal es aquella persona que padece una enfermedad que, a la luz de los conocimientos científicos actuales, no es susceptible de curación y quien entra en un estado de deterioro progresivo que lo conducirá inevitablemente a la muerte en un plazo corto.^{vii,viii} Es una persona desahuciada, el moribundo, más que tratamientos curativos, necesita que le apliquen cuidados paliativos.

Ante tal situación, tanto el paciente, la familia, enfermería, así como otros profesionales de la salud, se ven inmersos en el proceso de muerte del paciente, ya que por ser parte de la red de apoyo, no pueden desvincularse del mismo. Como consecuencia de ello, se suscitan una serie de reacciones por cada una de las partes involucradas, y que para fines de este estudio, se evaluarán únicamente las de enfermería. A partir de la revisión de la literatura los sentimientos que se expresan con mayor predominio, son la ansiedad, el miedo y la depresión^{ix,x,xi,xii}.

Ahora bien, éstas van a aparecer con mayor o menor peso dependiendo de que se trate de la muerte propia o de la muerte de otros, que sea un familiar o amigo, alcanzando a generar ansiedad tan sólo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella. En la descripción de la ansiedad y el miedo ante la muerte, se han encontrado cuatro componentes principales:

- Reacciones cognitivas y afectivas ante la muerte.

- Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
- El tener la noción del imparable paso del tiempo.
- El dolor y el estrés real o anticipado, que aparecen con la enfermedad crónica o terminal, y los miedos personales asociados^{xiii}.

Por otro lado, la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural de cada quien con estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios, (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades). Gran parte de los componentes arriba descritos, no son más que reacciones al cambio y a la separación, es por ello que ayudar a otros a morir, nos enfrenta a nuestros propios límites y temores, más aún cuando no se nos enseña a reflexionar sobre la muerte ni tampoco se educa para morir^{xiv}.

Wideenbach afirma: “Mientras no se logre el conocimiento de sí misma es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”^{xv}.

4.3. Actitud de los profesionales de la salud ante la muerte

Normalmente el análisis de las actitudes ante la propia muerte suele practicarse en sujetos cercanos a tal dilema, como suelen ser los enfermos terminales, porque en ellos se ha producido la toma de conciencia de la muerte, marcándose el cambio de trayectoria potencial de muerte a la muerte real. De hecho, gran parte del temor radica sobre el proceso de la agonía y no en el morir como tal. Sin embargo, todos esos aspectos que nos refieren al miedo a la muerte, no sólo son enfrentados por los pacientes terminales, sino por casi todos los seres humanos; la diferencia radica en que los primeros se enfrentan ya ante una realidad inmediata y no como los demás ante una realidad potencial o relativamente futura, según nuestras concepciones.^{xvi}

Dentro de este contexto, es que la muerte exalta las actitudes del personal de salud y recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal del paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. La necesidad de que nuestras actitudes como profesionales de enfermería ante esta realidad cotidiana sean lo más positivas y acertadas posible, acorde a la contribución de nuestros cuidados y a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.

A menudo olvidamos la definición de Virginia Henderson, quien afirma: “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte (...)”^{xvii}. Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de enfermería al paciente que va a morir.

Algunas investigaciones^{xviii} apuntan en el sentido de que las dos actitudes más frecuentes del personal sanitario son:

- Tendencia a evitar que el enfermo se entere de cuál es su verdadero estado, o al menos posponer al máximo esta información.
- Apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo^{xix,xx}. Esta segunda actitud se manifiesta en diversos comportamientos como:
 - Retirarse físicamente cuando se cree estar con un moribundo.
 - Apartar la mirada del paciente terminal.
 - Cambiar de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte.
 - Tardar más en responder a las llamadas de los moribundos que a las de los demás enfermos del piso.

El mundo moderno nos plantea enormes retos a los profesionales de la salud, uno de ellos es luchar contra la indiferencia que se da como fruto de la fragmentación de la sociedad, los avances tecnológicos, la preocupación por la profesionalización de enfermería, con la consigna de utilizar tecnología y conocimientos científicos; todo ello, nos conduce a llevar una relación con el paciente, en un plano de mayor profundidad humana. Es en esta interacción con la persona cuidada, cuando la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en escenario para el encuentro con el otro, es decir, resulta un elemento fundamental del cuidado.

Es fácil que los profesionales empleen varias maniobras para impedir el encuentro emotivo con el paciente: la prisa, el refugio en la técnica, el limitar la atención a la sola enfermedad o al solo acto de asistencia física. Cuando se acaban las defensas y el profesional entra en sintonía con lo que el enfermo está viviendo, comienza un nuevo tipo de relación, que puede fomentar con el sujeto al que se dirigen los cuidados^{xxi}. El hospital se ha convertido en el marco institucional que engloba y recoge el proceso de morir; por ello, es indispensable que el personal de enfermería esté preparado para brindar cuidados al paciente terminal en todas sus esferas; sin embargo, para ello necesita estar consciente de sus propias actitudes (creencias, miedos, ideas, etc.) hacia ella, para poder reconocer y realizar un cambio en las actitudes que pudiesen limitar su interacción con el paciente terminal.

4.4. Cuidados paliativos como parte integral del cuidado al paciente terminal

El cuidado paliativo es el cuidado activo y compasivo que se ofrece al enfermo terminal para controlar los síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Está dirigido al alivio del sufrimiento y su efectividad es mayor cuando es manejado por un equipo interdisciplinario bien coordinado. Provee cuidado continuo al paciente y la familia antes y después de la muerte^{xxii}.

A pesar de que la finalidad no es hablar de los cuidados en el plan terapéutico, sí lo es en el momento que implica el aspecto emocional y espiritual del paciente. En ese sentido, el apoyo y cuidado al paciente terminal depende, en gran medida, de las actitudes que ésta exprese durante su cuidado. A saber, la base de la terapéutica, es según Roncarati *et. al* (2003)^{xxiii}:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el "No hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
- Importancia del "ambiente". Una "atmósfera" de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.
- La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo

Si bien todas estas medidas engloban el cuidado integral que enfermería debería brindar, ya sea el cuidado físico, espiritual, emocional y social^{xxiv}, una realidad es que llevarla a cabo entraña gran dificultad.

4.4.1. El reconocimiento del duelo

Es necesario para poder brindar dicho apoyo, conocer el proceso de duelo. Conocer cada una de sus etapas implicaría reconocer las reacciones del paciente ante su propio proceso de morir, así como identificar la propia etapa de duelo, que puede presentarse al fallecer un paciente con el cual se ha logrado alguna forma de identificación.

Kubler-Ros y Pinazo^{xxv,xxvi} señalan cinco fases en el proceso de duelo antes de aceptar la pérdida. Existen en todo proceso de duelo, pero ella las localiza a partir de su experiencia con enfermos terminales. Estas fases se superponen y se intercambian entre sí, y son:

- El choque y la negación
- La ira y el furor
- La fase de negociación
- La depresión
- La aceptación

El tratar con pacientes en estado terminal es una tarea difícil física y mentalmente, que con facilidad puede arrastrar a una situación que deje emocionalmente vacío, físicamente exhausto y profundamente abrumado a quienes se hayan involucrados en el proceso de morir, por lo que es necesario para enfermería, el conocimiento de las anteriores etapas del duelo y poder apoyar a los pacientes que transcurren por ellas, y brindar apoyo a las familias, incluso, al propio profesional de enfermería.

4.5. Las representaciones sociales y la muerte

Las actitudes, que son el tema central de la presente investigación, forman parte de las representaciones sociales. Por ello, partir de una teoría que suma varios factores de determinada complejidad –entre ellos las propias actitudes que se

tienen ante la muerte propia nos permitirá contar con una visión más amplia de la interacción dialógica de las relaciones humanas y de relación con su entorno; esto expresado en la forma social e individual de percibir el mundo externo y propio.

Moscovici (1984)^{xxvii} propuso el concepto de representación social en 1961, desde entonces se ha pasado del concepto al desarrollo de la teoría, con intenciones de integrar lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción.

La teoría de las representaciones sociales (RS) ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas, y que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias.

Ospina Rave y cols. citan la definición de RS de Moscovici como un conjunto organizado de opiniones, actitudes, creencias e información que se refieren a un objeto o una situación, y como: "...El conjunto de creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que dan lugar a un determinado comportamiento..."^{xxviii}. Por ello responde a un doble aspecto: como producto del psiquismo humano y como producto cultural, que articula lo cognitivo y lo social^{xxix}.

Otro de los conceptos de representación social ha sido el formulado por Jodelet (Alberoni, 1984)^{xxx}, que lo enuncia: "como una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos para fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen"^{xxxi}.

Por ello, hablar de las RS implica un amplio y complejo proceso en el que las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y, además, los evalúan, todo ello se debe a que tienen una RS de ese objeto. Jodelet, explicaba que representar es hacer un equivalente, donde un objeto se

representa cuando está mediado por una figura, y es sólo en esta condición que emerge la representación y el contenido correspondiente^{xxxii}.

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las RS sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, refieren un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial; el conocimiento del sentido común. Este último es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar. Es un conocimiento social, porque está socialmente elaborado; incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no sólo en ciertas orientaciones de las conductas de las personas en su vida cotidiana, sino también en conservar la organización y comunicación que poseen tanto en sus relaciones interindividuales como entre los grupos sociales en los que se desarrollan^{xxxiii}.

Las RS constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocerla presencia de los estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas, que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Es por esa razón que, emprender estudios acerca de la representación social de la muerte, permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, en torno a dicho fenómeno. Ello nos aproxima a la “visión del mundo” que los grupos o personas tienen acerca de ella, y no sólo eso, también nos posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales relacionadas con la muerte, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente^{xxxiv}.

Aun cuando no se pretende llevar a cabo un estudio de las RS que presentan las enfermeras acerca de la muerte, al estudiar las actitudes que tienen hacia ella, conlleva a enlazarlas con las RS, ya que la actitud se encuentra inmersa en las representaciones sociales, como veremos más adelante. Dentro de este contexto es que la percepción de la muerte como objeto social forma parte de las representaciones como una realidad compartida, a pesar de que existe una forma

individual de concebirla. Esa concepción implica la construcción del pensamiento individual a partir del social^{xxxv}.

Por ello, la realidad de la vida cotidiana es un mundo compartido, donde la percepción de la muerte es influida por el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social y las RS con las que hayan percibido la muerte en el transcurso de su vida, el cual es un hecho con el que se enfrentan a diario, lo que influye en su forma de ser, su identidad social y la manera en que perciben la muerte como una realidad social^{xxxvi}.

Así, la realidad tal y como es, está parcialmente determinada por la realidad tal y como es para las personas; lo que significa que en cierta medida la realidad pasa a ser el resultado –producto- de la construcción subjetiva que de la misma realizan las personas^{xxxvii}.

Por tal motivo, toda RS contribuye al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. Todos estamos insertos en una sociedad con una historia y un fondo de conocimientos culturales, pero todos estamos insertos en una parcela de esa sociedad. Es decir, en grupos que manejan una ideología y poseen normas valores e intereses comunes que, de alguna manera como grupos de otros sectores sociales, esos grupos a su vez van construyendo una historia impregnada de emociones, afectos, símbolos, reminiscencias personales, procesos motivacionales, pulsiones, contenidos conscientes e inconscientes, manifiestos y latentes^{xxxviii}.

Finalmente, las representaciones sociales poseen tres dimensiones interdependientes: “información, actitud y campo de representación o imagen, donde la información se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto de un objeto social; la segunda, puntualiza que el campo de representación remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación y, la tercera, la actitud que termina por focalizar la

orientación global en relación con el objeto de la representación social^{xxxix}.

Construcción de las representaciones sociales

Las RS se construyen de maneras diversas como:

- El fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia.
- Mecanismos de anclaje y objetivación, donde los saberes y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las RS.
- El conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con las diversas modalidades de comunicación social (tv, revistas, comunicación interpersonal)^{xl,xli}.

Ejemplo de ello es el amor, la amistad, la educación y la muerte entre otros, muchos de los asuntos de los que no se tiene una realidad concreta, aunque en el último caso se conoce qué es una realidad, la forma de concebirla no es un pensamiento concreto, implica una visión más compleja que sólo una extinción de los signos vitales de una persona; sin embargo, las incluyen en sus comentarios de manera concreta y tangible. Esta concretización de lo abstracto se lleva a cabo por el proceso de objetivación (como la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas, por medio de lo invisible se convierte en perceptible) por lo que dicho proceso es fundamental en el conocimiento social^{xlii}.

Asimismo los intercambios verbales de la vida cotidiana exigen algo más que la utilización de un mismo código lingüístico. Exigen que se comparta un mismo trasfondo de RS, aunque sea para expresar posturas contrapuestas. Es así como a partir de las RS, las personas producen los significados que requieren para comprender, evaluar, comunicar y actuar en el mundo social.^{xliii}

En relación a lo expresado, es que la muerte puede adquirir muchos significados diferentes: “como un hecho biológico, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la extinción, la realización de la voluntad de dios, la separación...”, es decir, cada persona tiene una representación individual de lo que es la muerte.^{xliv}

Por ello se puede hablar de la muerte como un estímulo que va a generar determinado tipo de respuestas, pero esa respuesta se halla en base a qué se sabe acerca de la muerte (información) qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué orientación se tiene al actuar (actitud)^{xlv,xlvi}

4.6. El campo de la representación

Específicamente se refiere a la ordenación y jerarquización de los elementos que configuran el contenido de las RS. Se trata del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación. Constituye el conjunto de *actitudes*, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social^{xlvii}

4.6.1. Las creencias

Según Rokeach (Gallego, 1991)^{xlviii}, las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase “Yo creo que...”. Así, el contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o estado de existencia como indeseable. Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción.

Si bien no es común que creencia y RS se confundan, el concepto de creencia es uno de los elementos que conforman el campo de la representación, sin que ello

signifique que los estudios sobre las creencias sean estudios de RS^{xlix}.

La muerte es al mismo tiempo, generadora de cultura, de ritos, imaginaciones y mitos que intentan explicar y entender su sentido^l. Por ello, la representación que tengamos de la muerte es la que nos permitirá determinada actitud ante ella, que es la intención de este estudio. Pero no mostrar la manera de percepción individual influye en la actitud, sino que a la vez en las representaciones sociales se halla inmersa esa comunicación, interacción dialéctica con la sociedad, que es la que simultáneamente influye para llevar a cabo determinadas actividades, costumbres, creencias, prácticas sociales; por ejemplo; la forma de llevar el luto, la ceremonia, los entierros, el proceso de muerte, etc. Por esa razón, en las actitudes, las creencias, como parte de las representaciones sociales, también conllevan una dimensión social e individual^{li}.

4.7. La actitud como parte de las RS

Para Moscovici la actitud es la disposición más o menos favorable que presenta una persona hacia el objeto de la representación y, por lo tanto, expresa la orientación evaluativa en relación con ese objeto (Ibáñez, 1988)^{lii}.

Moscovici afirma que en los diferentes grupos socioculturales, condicionados por su posición, jerarquía, grado de información y otras variables que se ponen en juego, son diferentes los universos de opinión que se manejan y, por ende, la actitud favorable o desfavorable respecto del objeto de representación. Por tanto, la actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén. Es decir, una persona o grupo puede mostrar una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular^{liii}.

Se componen básicamente de un elemento afectivo. La concepción bidimensional

añade al anterior el elemento cognoscitivo. Finalmente, un punto de vista tridimensional la complementa con una tendencia comportamental. Las RS contienen a las actitudes. La diferencia consiste en que la actitud se sitúa *exclusivamente en el polo de las respuestas*, proporcionan reacciones preconcebidas ante los eventos e interpretaciones de los mismos^{liv}.

El concepto de actitud implica la existencia de un estímulo “ya constituido; en este caso la muerte (inclusive como una representación abstracta) hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya construido hacia él. Por el contrario, la RS se sitúa en ambos polos o, mejor dicho, entrelaza la respuesta y el estímulo de forma indisociable. La respuesta que las personas dan ante un objeto determinado está prefigurada ya en la forma en que construyen ese objeto. El estímulo provocó, efectivamente un cierto tipo de respuesta, pero se construye el estímulo con base en las respuestas que las personas son susceptibles de dar. Las RS actúan simultáneamente sobre el estímulo y la respuesta. En otras palabras, la actitud determina, orienta la respuesta frente a cierto estímulo; la RS constituye el estímulo y la respuesta que se da. La disposición a responder de cierta forma no se adquiere, por lo tanto, como un fenómeno separado de la elaboración del estímulo^{lv}.

4.7.1. Características de la actitud

Existen muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes (Allport^{lvi}, Thurstone^{lvii}, Katz^{lviii}, Fishbein y Ajzen^{lix}, Castro de Bustamante^{lx}). De todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales que denotan las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Destacan las siguientes características:

1. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas.
2. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos,

voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente.

3. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones(connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.

4. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien.

5.Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.

6. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

7. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado.

8. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas; en una palabra, enseñadas.

9. Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter pre-conductual.

10. Esta conceptualización proporciona indicios que permiten diferenciar las actitudes de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito, entre otros^{lxi}.

De manera general las actitudes se refieren a objetos, grupos, sucesos y símbolos de significado social. Al igual que las emociones, las actitudes poseen elementos más importantes cogniciones, o creencias, sentimientos y tendencias a comportarse de ciertas maneras. Son aprendidas; las personas no llegan al mundo con ellas y, al mismo tiempo, son bastante persistentes, se quedan con uno durante varios periodos^{lxii}.

4.7.2. Componentes de la actitud

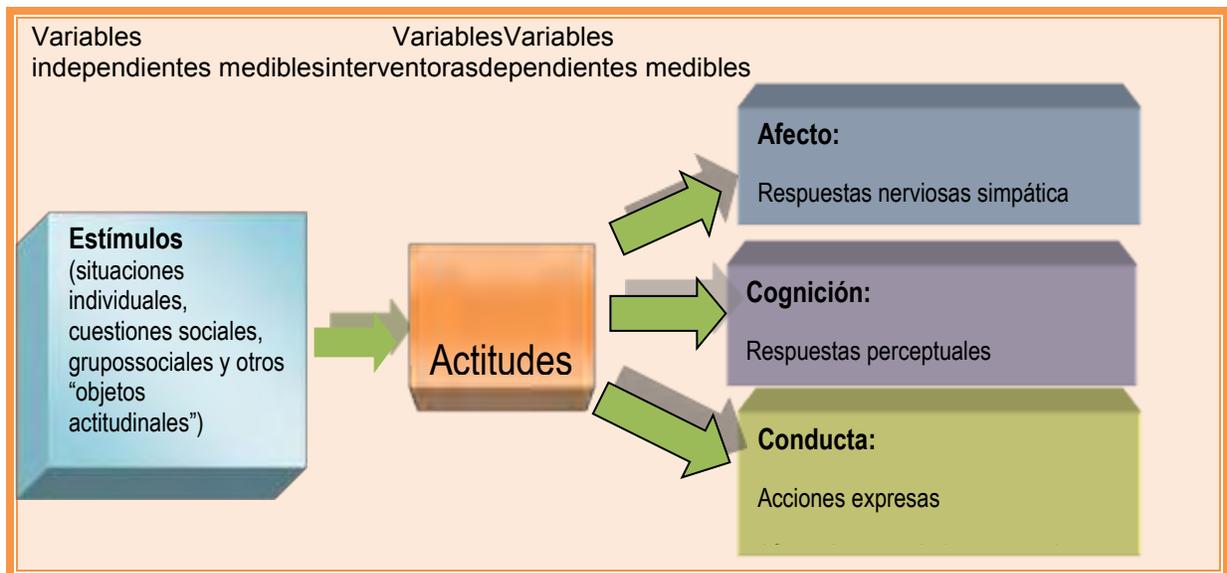


Figura 1. Modelo de tres componentes de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960) De Stahlberg, D y Frey, D. (1988). *Actitudes 1: Structure, measurement and functions*. En Padilla SG. *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*.^{lxiii, lxiv}

Como puede apreciarse en la figura 1, el componente cognitivo incluye el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y

expectativas acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos el valor que representa para el individuo el objeto o situación. Por tanto ésta dimensión se midió con un instrumento elaborado para calcular las creencias sociales que se tienen acerca de la muerte, retomado del trabajo de investigación realizado por el Dr. Colell (2003)^{lxv}(ver anexos).

El siguiente componente es el afectivo, que son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estado de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado etc.)^{lxvi}. Esta dimensión fue determinada por el cuestionario que mide la ansiedad ante la muerte con la escala de Collet-Lester^{lxvii}. La ansiedad es un concepto multidimensional que puede tener diversas causas, lo que lleva a las personas a reaccionar de diferente manera ante la idea de la muerte como un estado como un proceso. Así, la actitud y las reacciones emocionales pueden diferir cuando se trata de la propia muerte o de otra persona^{lxviii}. La escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (EMMCL) es uno de los instrumentos multidimensionales clásicos empleados para evaluar la actitud ante la muerte y es el único que permite distinguir entre la muerte y el proceso de morir, tanto con respecto a la muerte propia como a la ajena. Para ello, ésta escala está estructurada en cuatro subescalas específicas independientes.

Finalmente, el componente conductual (tendencial) que hace referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Se trata de una conjunción de los dos componentes anteriores. Muestran la evidencia de actuación acción a favor o en contra del objeto o situación respecto al objeto de la actitud. Incluye, además, la consideración de las intenciones de la conducta y no sólo las conductas propiamente dichas. Aunque se afirma que la medida de las actitudes carece de valor predictivo sobre la conducta, porque las actitudes sólo son uno de los factores que determinan la conducta^{lxix,lxx}.

Esta última dimensión fue medida con dos cuestionarios; el primero de Autoeficacia frente a la muerte, relacionada con los hospices de Robbins^{lxxi}. En este sentido, la autoeficacia entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus habilidades y sobre el resultado de sus esfuerzos; es decir, como una autoevaluación de sus habilidades. Las causas más comunes para que la autoeficacia baje son: ver la realidad como incontrolable, creer que la propia conducta está regulada más por factores externos que por uno mismo y utilizar un estilo atribucional donde siempre se es responsable de lo malo y nunca de lo bueno y, el segundo, con la escala de Bugen^{lxxii} de afrontamiento de la muerte, que mide competencia percibida frente a la muerte. La competencia es un constructo que se refiere a la creencia acerca del control que un sujeto dispone, a través de su propio comportamiento, sobre el entorno.

Los tres componentes pueden o no estar relacionados, pues a veces hay contradicciones entre ellos; por ejemplo, las actitudes ante la muerte con frecuencia son contradictorias, pues la muerte en sí encierra una contradicción. Las opiniones por ellas mismas no son suficientes para predecir la conducta. Uno debe considerar las vivencias, percepciones de las normas, cogniciones, contextos y metas.

Estos tres componentes permiten a su vez diferenciarlas de las creencias (que serían el aspecto cognitivo de la actitud) y de las opiniones (que serían la manifestación verbal de las actitudes)^{lxxiii}.

4.8. Antecedentes

A partir de la revisión bibliográfica se encontraron estudios relacionados con las actitudes ante la muerte; quienes estudiaron a un grupo de estudiantes de enfermería, tal es el caso de Buquet D, y Pujol S (2004)^{lxxiv,lxxv}. En su estudio titulado “Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir”, se efectuó un estudio transversal, observacional, teniendo como objetivo aproximarse a las actitudes ante la muerte y el morir que tienen los estudiantes de enfermería que cursan el tercer año. En él concluyeron que la mayoría manifiesta tener miedo a morirse, que la muerte más dolorosa y temida es el cáncer. Existe la percepción generalizada de que la vida es corta y que los principales miedos manifestados fueron el deterioro, los últimos momentos, el sufrimiento, la angustia de los familiares, el quedarse solo y el ver cómo todos mueren. En relación con la experiencia profesional destacan los sentimientos de impotencia e inseguridad.

En este mismo sentido, en la tesis doctoral realizada por el Dr. Colell R (2005)^{lxxvi}, se investigó nuevamente a estudiantes de enfermería pertenecientes a Andalucía y Cataluña, España. En el que se pone de manifiesto, que dichos alumnos afirman no sentirse preparados emocional y asistencialmente para cuidar enfermos terminales. Se sienten más preparados para cuidar a otro tipo de enfermos, y de poder elegir; los alumnos no trabajarían con enfermos que se encuentran en la

etapa final de su vida. También descubrieron que existe una mayor relación entre la competencia percibida frente a la muerte y el deseo de trabajar con enfermos terminales; a mayor competencia, mayor deseo de trabajar con este tipo de pacientes. Así mismo, existe más miedo a la propia muerte que al proceso de morir, y mayor miedo a la muerte y al proceso de morir de la persona más querida.

Por otra parte, en un estudio cualitativo, llevado a cabo en Brasil por Cruz C y Cols. (2000)^{lxxvii,lxxviii}, basado en un relato de experiencia de unas académicas de enfermería, las cuales presenciaron una escena de muerte en un hospital, con la intención de describir el modo en que la muerte de un paciente, es asistido por el personal de enfermería, describen que los procedimientos “post-mortem” normalmente son realizados de forma rápida, de modo que se torna lo menos estresante posible, lo que genera que el cuerpo sea retirado con rapidez. Concluyen que los enfermeros no están preparados para la muerte de sus pacientes, basándose en los pocos momentos en que la muerte es discutida tanto en el medio académico como profesional, además de ser un factor de estrés para los profesionales de la salud y que se necesita de una preparación no sólo técnica, sino también emocional, aspectos que deben ser incluidos en los currículos de las instituciones educativas^{lxxix}.

Otro estudio llevado a cabo con estudiantes de enfermería, es el realizado por Benbunan BB y cols.(2007)^{lxxx}, quienes indagaron el impacto emocional ante el afrontamiento del dolor y la muerte, y aportaron un programa de intervención para ayudarles ante estas situaciones. Estudio descriptivo, con 110 estudiantes de enfermería, aplicó un inventario de estrés de experiencias clínicas para estudiantes de enfermería diseñado para este estudio, un cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Los resultados manifestaron la importancia de llevar a cabo éste tipo de estudios, ya que encontró que las situaciones clínicas que producen mayor estrés en los estudiantes, se hallan directamente relacionadas con las experiencias en torno a la muerte y al sufrimiento ajeno.

Cordero Y, Jiménez A, Marrero R, 2003^{lxxxii}, en su tesis de licenciatura, realizada con el personal de enfermería que se encontraba laborando en área hospitalaria, se investigaron las actitudes ante la muerte. Los resultados arrojaron que el sentimiento que les produce la muerte es la depresión en un 59%, mientras que el 69% del personal de enfermería no indaga con los familiares del paciente sobre la percepción que tienen acerca de la muerte; el 72% no acompaña al médico a notificar la muerte del paciente, el tipo de atención que presta, es en un 75% de tipo físico espiritual y psicosocial.

En este mismo estudio, como antecedentes mencionan que en la revista española Nursing (2001)^{lxxxii}, investigadores de la City of Hope National Medical Center de Duarte, California, un estudio sobre cuidados de enfermería al paciente en estado terminal, cuyo propósito fue, determinar hasta qué punto las enfermeras atienden bien las necesidades de los pacientes terminales. Las encuestadas afirmaron que las enfermeras tienen más confianza en lo que se refiere a aspectos físicos de los cuidados, y en cambio se muestran menos confiadas en cuanto a proporcionar atención espiritual o a poder dar respuesta a las necesidades psicosociales. En términos generales, consideran que su preparación básica en enfermería es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal, aspecto que se suma a los hallazgos enunciados con anterioridad.

Dentro del mismo estudio Peiró A y cols. (1999)^{lxxxiii} y su estudio sobre la notificación de la muerte, lo llevaron a cabo en un hospital general de Valencia, España con 97 enfermeras. Centrarón su trabajo en el tema de la notificación de la muerte y la actitud de enfermería en estos últimos momentos. El estudio demostró que es muy bajo el número de enfermeras que acompañan al médico a dar la noticia a los familiares; si lo hacen permanecen en silencio, no hay estancias donde dar la noticia de la muerte, y se presenta el fenómeno de huida ante ésta, que se da en la sociedad en general.

En la anterior descripción que se hace de los resultados hallados en el estudio,

existe una diferencia de hallazgos, ya que se encuentra que un 75% de las enfermeras sí está preparada desde el punto de vista físico, psicosocial y espiritual para atender a pacientes terminales, el cual, aun siendo un porcentaje suficiente, difiere de los datos arrojados en los estudios a los que alude.

Montoya Juárez, R. (2006)^{lxxxiv} realizó una revisión bibliográfica, con el fin de conocer el estado de investigación actual sobre el proceso de morir, en qué ámbitos se lleva a cabo y qué tipos de estudio se están desarrollando. Descubrió que existe una carencia de estudios cualitativos acerca de la muerte y el morir. Mucho de lo publicado en español son artículos que tratan el proceso de morir desde un punto de vista teórico o dedicado a la implementación de protocolos.

En algunas investigaciones de diseño cuantitativo los que más predominan son los estudios observacionales, y entre ellos, los que utilizan cuestionarios validados o no, para medir la ansiedad ante la muerte. Por otro lado, la mayoría de estudios acerca del proceso de morir se han llevado a cabo en unidades de enfermos terminales u “hospices”. Concluye que son necesarios más estudios en población general y ancianos, ya que predominan en pacientes en estado terminal. La temática comúnmente abordada por los estudios es la calidad de vida de los moribundos. Destaca la ansiedad de los profesionales acerca de la muerte; son necesarios estudios cualitativos que intenten desentrañar los significados que los actores sociales implicados en el proceso conceden al morir.

A pesar de que esta revisión bibliográfica arroja que se han realizado numerosos estudios que utilizan escalas validadas o no para medir la ansiedad ante la muerte, se ha llevado a cabo el abordaje solamente desde un aspecto social, emocional o psicológico, pero son pocos los que han buscado medir más factores a la vez, que es la aportación de este trabajo, ya que trata de medir el aspecto emocional, cognitivo y conductual ante la muerte y el paciente terminal.

Se resume, a partir de esta revisión, que la mayoría de las actitudes estudiadas con más frecuencia indican sólo el blanco de una actitud. Coincidieron de manera

general, en que existe una dificultad en la relación enfermera-paciente terminal, siendo el cuidado emocional el que entraña mayor dificultad que el cuidado físico. Explican predominantemente la expresión de miedo que el pensar y hablar de la muerte evoca a su vez, describen la falta de espacios para informar a los pacientes y familiares de su diagnóstico, así como la existencia de una percepción generalizada de negatividad y rechazo ante la muerte, lo que afirma la importancia de llevar a cabo más estudios relacionados con ello, y poder brindar más soluciones.

ⁱPalencia M. *Calidad de la atención al final de la vida. Manual para el médico y la enfermera*. México. Ed. Grama. 2006. pp. 20-39.

ⁱⁱGala LFJ, Lupiani JM, Raja HR, Guillén GC, González IJM, Villaverde GC, Alba SI. *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual*. Cuad. Med. Forense. 2002 oct.;(30). En: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pdf=S1135>. Consultado el 12 de septiembre 2006

ⁱⁱⁱ Medina Castellano CD. *Ética y legislación: Difusión avances de enfermería*: Madrid Valencia; 2000: 170-175

^{iv}Ariés, P. *O Homem Perante a Morte*, (Vol. I e II). Lisboa. Publicações Europa-América, 1988. En: Afonso AEM. *Um olhar sobre a morte*. Trabajo elaborado en el 1er módulo de posgrado en Cuidados paliativos 2006/2007.

^vPinard Suzanne. *Del otro lado de las lágrimas. Guía para superar el dolor de la muerte*. (1997). Edit. Grijalbo. México, DF. P.197.

^{vi}Allué M., *Antropología de la muerte*, Revista ROL de Enfermería 179-180, 1993.

^{vii} Álvarez Echeverri T. *El cuidado paliativo en casa al paciente terminal*. Rev. Medunab. 2001;4(10); 1-10.

^{viii}Medina Castellano CD. *Ética y legislación*. Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid, 2000.170-175

^{ix}Gala LFJ. (2002). *Op. cit.*

^xColell Brunet R, Limonero GJ y Otero MD. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. Rev. Investigación en Salud. 2003; 5(2).<http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>

^{xi}Hernández Ávila M, Valdez Medina JL. Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. Ciencia Ergo Sum. México 2002; 9(2):162-168.

^{xii}Benbunan BB y cols. (2007) *Op.cit.*

^{xiii}Gala León. (2002) *Op. cit.*

^{xiv}Benbunan BB. et al. (2007) *Op. Cit.*

^{xv} Maqueo Velasco MP. *El papel de la enfermera en la tanatología*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000; 8(1-4): 69-73

^{xvi}Gala León. (2002). *Op. cit.*

^{xvii} Maqueo Velasco MP. (2000). *Op. cit.*

^{xviii}Yagüe Frías.AC, García Martínez MC. *Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales*. Rev. uclm.2002; 5(3). En:

<http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

^{xix} *Ibid.*

^{xx}Gala y cols. (2002). *Op. cit.*

^{xxi} *Ibid.*

^{xxii} Álvarez ET. (2001). *Op. cit.*

^{xxiii} Roncarati R, Pires de CRM, Giovanni RE, Tiemi M. *Cuidados paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: uma necessidade?* (Cuidados paliativos en un hospital universitario de asistencia terciaria: una necesidad). *Semina: ciencias Biológicas e da Saude*, Londrina, en/dic. 2003; 24: 37-48.

^{xxiv} Chávez Barrientos P. *Cuidados paliativos en el adulto mayor*. (Chile).

^{xxv} Kübler Ross. *Sobre la muerte y los moribundos*. (2002). Edit. Grijalbo Mondador; España. pp. 13-58.

^{xxvi} Pinazo S, Bueno JR. *Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años*. *Rev. MultGerotol* 2004; 14(1):22-26.

^{xxvii} Moscovici S. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. (1979). Presses univertitaires. Buenos Aires, Argentina. Edit. Huemul. *The phenomenon of social representations*. 1984. En Fsarr, R, Moscovici S. *European studies in social psychology*. París, Francia; Cambridge, University Press.

^{xxviii} Ospina Rave BE, Sandoval JDJ, Aristizábal Botero CA; Ramírez Gómez MC. *La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud*. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín 2005. XXIII (1): 15-19.

^{xxix} Ceriani Cernadas C. *Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte*. *Arch. argent. Pediatr* 2001; 99(4):326-336.

En: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01_4/326.pdf

^{xxx} Jodelet, Denise, "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en *Psicología social*, II, ed. Paidós, España 1984, pp. 469-494.

^{xxxi} Gutiérrez Alberoni JD: *La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial*. *Rev. Psiquiatría Pública* 1998; 10(4):11-19. En: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/art-esp.pdf>

^{xxxii} Jodelet D. (1984). *Op. Cit.*

^{xxxiii} Araya Umayá S. *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. *Cuaderno de Ciencias Sociales* 127. En: http://www.flacso.or.cr/Cuaderno_127.129.0.html#144

^{xxxiv} *Ibid.*

^{xxxv} *Ibid.*

^{xxxvi} Gutiérrez Alberoni. JD (1998). *Op. cit.*

^{xxxvii} Araya US. *Op. cit.*

^{xxxviii} *Ibid.*

^{xxxix} Gutiérrez Alberoni JD. (1998). *Op. cit.*

^{xl} Araya US. *Op. cit.*

^{xli} Lacolla, L. *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. En: *Revista ierRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea]. Vol.1, No.3 (Julio-Diciembre de 2005). En Internet: <http://revista.iered.org>

^{xlii} Ceriani CC. (2001). *Op. cit.*

^{xliiii} *Ibid.*

^{xliiv} *Ibid.*

^{xli v} *Ibid.*

^{xli vi} Lacolla L. (2005). *Op. cit.*

^{xli vii} Araya Umayá. *Op. cit.*

^{xli viii} Gallego, C. (1998). *Lógica, sensibilidad y Matemáticas* en *Cuadernos de Pedagogía* 1998, N° 271 Julio-Agosto pp. 56-60.

^{xli x} Araya Umayá S. *Op. cit.*

^l Hernández AM, Valdez MJL. (2002). *Op. cit.*

-
- ^{li} Ceriani CC. (2001). *Op. cit*
- ^{lii} Ibañez T. Ideologías de la vida cotidiana. (1988). Barcelona, Sendai. En: LACOLLA, Liliana. Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. En: Revista iered: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa, 2005; 1(3): Disponible en Internet: <http://revista.iered.org>
- ^{liii} Lacolla L. (2005). *Op. cit*.
- ^{liv} Padilla SG. *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. (1998). Edit. Manual Moderno, México. Pp. 455-464.
- ^{lv} Araya Umayá. *Op. cit*.
- ^{lvi} Allport, GW. (1935). *Attitudes, en Murchison (ed), Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press.
- ^{lvii} Thurstone L, Chave E. (1929). *The measurement of attitudes*, Chicago, University Press.
- ^{lviii} Katz D, Stottland EA. (1959). *A preliminary statement to a theory of attitude structure and change*, en Koch (ed), citado en Mayor y Pinillos (1989) *Creencias, actitudes y valores*, Madrid, Alhambra, vol III, 423-475.
- ^{lix} Fishbein M, Ajzenl. (1980). *Predicting and understanding consumer behavior: Attitude behavior correspondence*. Ajzen y Fishbein (eds) *Understanding attitudes and predicting Social behavior*, Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.
- ^{lx} Castro de Bustamante, Jeannette Coromoto. Análisis de los componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la matemática, caso 1º y 2º etapas de educación básica. Municipio de Sn Cristóbal- Estado Táchira. En: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0209104-085732
- ^{lxi} *Ibid.*
- ^{lxii} Castro de Bustamante, Jeannette Coromoto *Teoría general de las actitudes*. Recuperado el 28 de noviembre 2006 en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX0209104085732//02CapituloPartel.pdf
- ^{lxiii} Rosenberg MJ y Cols. (1960) *Attitude organization and change. An analysis of consistence among attitude components*, New Haven, Yale Univ. Press.
- ^{lxiv} Padilla SG. (1998). *Op. cit*.
- ^{lxv} Colell R. (2005). *Op cit*.
- ^{lxvi} Padilla SG. (1998). *Op. cit*.
- ^{lxvii} Collet, L. y Lester, D. *The fear of death and the fear of dying*. *Journal of psychology*. 1969. 72:179-181.
- ^{lxviii} Tomás Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. *Spanish adaptation of the Collet –Lester fear of death scale*. *Death Stud*. 2007; 31; 249-60. Recuperado en: http://journal.paho.org/?a_ID=925
- ^{lxix} Ospina Rave, y Cols. (2005). *Op. cit*.
- ^{lxx} Fernández MR, Pérez HAH, Rodríguez BLM, Marcén AC. *¿Qué miden las escalas de actitudes? Análisis de un ejemplo para conocer la actitud hacia los residuos urbanos*. *Ecosistemas* 2003/2. En: www.aeet.org/Ecosistemas/032/educativa1.htm.
- ^{lxxi} Robbins RA. (1997). *Competencia ante la muerte: escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte*. En Neimayer, RA. *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona; Paidós. Pp. 159-174.
- ^{lxxii} Bugen LA. *Copping. Effects of find education*. *Omega*, 11, 175-183. En Neimayer, RA. *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona; Paidós. Pp. 159-174.
- ^{lxxiii} Padilla (1998). *Op cit*.
- ³ Buquet Duran X, Pujol Sabanes T. *Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir*. *Medicina Paliativa*. 2004; 8(3): 116-119.
- ^{lxxv} Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas JM, Villaverde Gutiérrez, Benbunan Bentata BR. *Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: Una propuesta de intervención*. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007. 7(001):197-205. En: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- ^{lxxvi} Colell R. "Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña". Tesis doctoral. (Barcelona, 2005). http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175855//rcb1de1.pdf

-
- ^{lxxvii} Cruz C, Cruz Garofalo R, Sabino T, De Luca Nascimento MA. O “Pacote” e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte). Bras.Enferm.,Brasilia. 2000; 53(3):467- 471
- ^{lxxviii} Virani R, Sofer D. *Improving the Quality of end of life care*.AJN.2003; 103(5): 52-60.
- ^{lxxix} Cardeal da costa J, García de Lima RA. *Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado a criança/adolescente no proceso de morte e morrer. (Luto del equipo: Revelaciones de los profesionales de enfermería sobre el cuidado a niños/adolescentes en el proceso de muerte y morir*. Rev. Latino-am Enfermagem 2005; 13(2):151-7.
- ^{lxxx} Benbunan BB, Cruz QF, María Roa VJ, Villaverde Gutiérrez, Benbunan BRB. *Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería; Una propuesta de intervención*.International Journal of Climical and health Psychology.2007.Enero 1(7): 197-205. En <http://redalyc.uaemex.mx>.
- ^{lxxxi} Cordero Y, Jiménez A, Marrero R. (2003). *Actitud ante la muerte del personal de Enfermería del turno de 7 am a 1 pm y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Centrooccidental “Lisandro Alvarado”].
- ^{lxxxii} *Ibíd.*
- ^{lxxxiii} *Ibíd.*
- ^{lxxxiv} Montoya Juárez R. *Morir una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa*.Evidentia 2006 sept-oct; 3(11). En www.index-f.com/Evidentia/n11/259articulo.php. Consultado el 20 de Noviembre 2006.

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño es descriptivo, correlacional, transversal

5.2. UNIVERSO O POBLACIÓN

Profesionales de enfermería que laboran en las áreas de Cuidados Críticos (Urgencias, Terapia Intensiva) y Medicina interna, en los turnos matutino, vespertino y nocturno de un hospital general de la Ciudad de México.

5.2.1. Muestra

La muestra elegida a conveniencia comprendió 99 enfermeras, mismas que están distribuidas de la siguiente forma: 34 enfermeras en el servicio de medicina interna en los tres turnos; 65 enfermeras en las áreas de cuidados críticos abarcando los tres turnos. Sin embargo, 17 no se encontraban al momento del estudio o se negaron a contestar el cuestionario, de manera que se contó con la respuesta de 82 enfermeras en su totalidad.

5.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermería adscrito a las áreas de medicina interna y cuidados críticos (Urgencias, Terapia intensiva) en los tres turnos en un hospital general público

5.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal de enfermería suplente, de incapacidad, adiestramiento, estudiantes

Profesionales de enfermería que no aceptaran contestar el cuestionario

Personal de enfermería que por diversas razones no se encuentran en las áreas consideradas en el estudio

5.5 HIPÓTESIS DE ESTUDIO

Existe asociación entre características sociodemográficas de las enfermeras con la dimensión cognitiva, emocional y conductual de la actitud hacia la muerte y el paciente adulto en fase terminal

5.6. Variables dependientes

TABLA 1. Variables de estudio

DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Cognitiva (conocimiento empírico)	Componente de la actitud que incluye el dominio de los hechos, opiniones, creencias, pensamientos, conocimientos, expectativas acerca del objeto de la actitud	Escala para <i>evaluar la preparación asistencial</i> que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales, es decir, de brindar cuidado de enfermería (Tratamiento sintomático, físico). Se midió escala tipo Likert donde: 1. nada 2.poco 3.regular 4.bastante 5.mucho Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte. Es un cuestionario construido "ad hoc", con 15 ítems relacionados con creencias sociales y emocionales relacionados con la muerte. Escala Likert; 1T. en desac.2. En desac.3. Ni en ac ni en desac.4.De acuerdo 5.Totalmente de acuerdo
Emocional	Componente de la actitud que avala o contradice las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estado de ánimo y las emociones que se evidencian (física y /o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado etc.).	Escala para evaluar la preparación emocional para cuidar enfermos terminales (1 pregunta). 1, Nada 2,Poco 3,Regular4.Bastante 5, Mucho Escala modificada de ansiedad ante la muerte de Collet- Lester. Se utilizó la escala modificada por Bayés y Limonero (1999) de la escala de ansiedad ante la muerte de Collet –Lester. Es una escala que consta de 4 subescalas, que contemplan la preocupación por la propia muerte, el propio proceso de morir, el proceso de morir y la muerte de la persona más querida, cada una de ellas consta de 5 ítems Escala que va de 1.Nada 2.Un poco3.Regular4.Mucho5.Muchísimo
Conductual	Son intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Se trata de una conjunción de los dos componentes anteriores y muestran la evidencia de actuación acción a favor o en contra del objeto o situación respecto al objeto de la actitud.	Se utilizó la escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins (1992). La escala original consta de 44 ítems, de los que solo se tomaron 18.Las respuestas son desde: 1.T.incapaz2. Incapaz3.Ni incapaz ni capaz4. capaz5. T. Capaz Escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte. Para evaluar el nivel de competencia percibido frente a la muerte (1980-1981) con 11 ítems. Las respuestas van de definitivamente sí con 5 a definitivamente no con 1. 1T. en desac. 2. En desac. 3. Ni en ac ni en desac. 4.De acuerdo 5.Totalmente de acuerdo

Variables independientes

Variable	Definición conceptual
Sexo	Características sociales y demográficas de las enfermeras que laboran en un hospital público del D.F.
Edad	
Religión	
Estado civil	
Lugar de nacimiento	
Servicio en que labora	
Antigüedad en el servicio	
Antigüedad laboral	
Años de estudio	
Cursos dirigidos en la atención al paciente terminal	

5.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Inicialmente se formalizó el permiso para realizar la investigación en el hospital mencionado, para lo cual se efectuó una entrevista con la coordinadora de enseñanza quien brindó la autorización para llevarlo a cabo, posteriormente se decidieron los servicios conforme al índice de mortalidad, por lo que se eligió medicina interna, urgencias y terapia intensiva. Se seleccionó la totalidad del personal asignado a los tres turnos de dichos servicios. A continuación brindó la presentación a los participantes del estudio, expresando la confidencialidad de la información expresada. Identificados los sujetos de estudio, se acordó aplicar los instrumentos en los horarios de menor carga de trabajo, siendo indistinto en cada servicio y cada enfermera entrevistada. El tiempo estimado para el llenado del instrumento fue de 15-20 minutos.

5.7.1. Instrumentos

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue adaptado de la investigación titulada "Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña"ⁱ, Colell R. quién autorizó la utilización del mismo. Se llevó a cabo una selección de instrumentos

del “Dossier”, manejado por el autor, ya que la población a la que van dirigidos es diferente para ambos estudios, siendo en este caso, dirigido al profesional de enfermería que labora en el ámbito hospitalario, y no en estudiantes, que es la población a la que fue dirigido el estudio mencionado; por lo que se seleccionaron los instrumentos, de acuerdo con las variables a medir, así como de los resultados de confiabilidad de la prueba piloto.

La recolección de datos se realizó de la siguiente manera y mediante los cuatro siguientes instrumentos y dos cédulas

- Carta de consentimiento informado (Anexo A)
- Cédula de registro de variables sociodemográficas, en las cuales se analizan las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión, lugar de nacimiento, lugar en donde habita, servicio en que labora, antigüedad en el servicio, antigüedad laboral, si ha tomado cursos dirigidos al paciente terminal. (Anexo B)
- Cédula del bienestar actual del sujeto. Se le cuestiona cómo se siente emocionalmente en el momento de contestar el instrumento..Una pregunta para evaluar la preparación emocional que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales. Otra para la preparación asistencial que manifiesta el sujeto para cuidar enfermos terminales, es decir, para brindar cuidados de enfermería (tratamiento sintomático, físico). (Anexo B)
- Instrumento sobre “Creencias sociales relacionadas con la muerte”. (Colell,2003) que consta de 14 preguntas con respuestas de escala tipo likert. Se busca valorar la construcción social de la muerte que permea la percepción y por ende la actitud hacia la misma que tiene la población de estudio. Al individuo se le pide que valore de 1 a 5 su nivel De acuerdo-desacuerdo en relación con las afirmaciones estructuradas (Anexo C).

- Instrumento sobre afrontamiento (competencia) ante la muerte de Bugen que consta de 11 ítems, con una confiabilidad de 0.91. La escala Likert de respuesta tiene valores que van de 1 a 5 de acuerdo a su nivel de acuerdo-desacuerdo en relación con la percepción que se tiene sobre la capacidad para aceptar la muerte propia y apoyar en el proceso de muerte del otro (Anexo D).
- El tercer instrumento, la escala de Autoeficacia frente a la muerte, relacionada con los hospicios (Robbins, 1992), con un alpha de Cronbach de 0,895. La escala consta de 18 ítems que exploran la propia capacidad para apoyar en el sentido físico y emocional a una persona en proceso de muerte. Las respuestas son desde totalmente incapaz a totalmente capaz, con una puntuación de 1 a 5, respectivamente (Anexo E).
- El cuarto instrumento que se utilizó, fue la escala Modificada de Ansiedad ante la Muerte de Collet-Lester, modificada por Bayés y Limonero (1999). Es una escala que consta de 4 subescalas, en las que se contempla la preocupación por: la propia muerte y el propio proceso de morir, de la muerte de la persona más querida, y por su proceso de morir. El instrumento reportó un alpha de 0.6-.07ⁱⁱ y consta de una subescala compuesta por 5 ítems, que van desde “No me preocupa nada” con la puntuación de 1, hasta “Me preocupa muchísimo” con la puntuación de 5 (Anexo F).

5.7.2 Prueba piloto

Se realizó la prueba piloto, para conocer la confiabilidad del instrumento y obtener datos que confirmaran o en todo caso, refutarán la utilización del mismo. El piloteo permitió hacer las adaptaciones necesarias al lenguaje y preceptos utilizados en la cultura de la población mexicana.

Se efectuó en un hospital del Departamento del Distrito Federal, en 40 enfermeras que laboran en diferentes servicios. Se les proporcionó el instrumento para su llenado. El tiempo estimado para contestar fue de 5 a 15 minutos como máximo.

Tabla 2.
Resultados de la prueba Piloto

INSTRUMENTO	ALPHA DE CRONBACH
Cuestionario creencias sociales	.207
Escala de Afrontamiento de la muerte	.864
Cuestionario de Autoeficacia frente a la muerte de Robbins	.946
Escala modificada de ansiedad ante la muerte	.936

Tabla 2. Datos de confiabilidad del cuestionario aplicado en la presente investigación

5.7.3. Validación

A partir de la revisión de la literatura se eligió retomar el “Dossier” aplicado por el Dr. Colell en su estudio mencionado con anterioridad. Debido a la divergencia de la población de estudio, ya que fue aplicado en estudiantes, se eliminaron instrumentos que no se consideraron necesarios para ésta investigación, tal es el caso de la escala de ansiedad estado-rasgo. Otro factor que determino la elección y modificación de los instrumentos elegidos fue la diferencia cultural y lingüística manejado en ellos, ya que fue dirigido a estudiantes de origen español. Se efectuó la prueba piloto de los instrumentos seleccionados (Tabla 2), de acuerdo con los datos obtenidos, se ajustaron los instrumentos y se procedió a retomar la información pertinente. Se llevó a cabo el análisis de los ítems y, posteriormente, la modificación de algunos de ellos, particularmente el cuestionario sobre creencias sociales. Las preguntas eliminadas fueron: 2, 8, 9; mientras que las que se modificaron, debido a que no eran comprendidos por la población, ya que expresaban dudas al responder o no eran contestadas fueron las preguntas 7, 10 y 11. Posterior a ello fue sometido a jueceo de 5 expertos para su validación. Se eligieron las expertas de acuerdo a su experiencia laboral en el ámbito clínico y docente; 3 de ellas con desarrollo en ámbito clínico con experiencia laboral mayor a 10 años, una maestra con diplomado en tanatología y una socióloga, las cuales

laboran en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, el Hospital Manuel Gea González, Hospital General de Ticomán y FES Zaragoza. Las recomendaciones que se hicieron de manera general fue enfatizando los problemas de falta de claridad y concordancia de los ítems mencionados con anterioridad a la cultura mexicana, proponiendo ítems relacionados más a creencias culturales, que fueron retomados finalmente para el instrumento definitivo (Anexo B).

5.7.4. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio no se vieron involucrados procedimientos experimentales en los sujetos de estudio, ya que no fue el propósito del mismo; sin embargo, se cumplieron con las normas de bioética establecidas de acuerdo con los principios de Helsinki y con la Ley General de Salud, Título Segundo; de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I; disposiciones comunes, Artículo 13 y 14. En donde prevalece el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se considera como riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el artículo 21.

Con base en ello, se obtuvo el consentimiento informado de forma libre, claro y explícito, donde los sujetos tuvieron la libertad de responder o no al instrumento proporcionado, el cual presentó, como requisito indispensable, asegurar a los sujetos el anonimato, es decir, la confidencialidad, así como el uso correcto de la información ofrecida.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS. V.15. Se capturó la información, se procesó y se obtuvo estadística descriptiva e inferencial.

5.8.1. Estadística descriptiva.

Una vez aplicados los instrumentos, y de acuerdo a los datos obtenidos, se realizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda), medidas de dispersión (desviación estándar, rangos) y correlación para finalmente gráficos, para presentar información acerca de las características generales de los sujetos de estudio.

5.8.2. Estadística inferencial

A continuación se representa mediante un cuadro, las pruebas aplicadas, para conocer la relación y diferencias entre las variables de estudio.

Tabla 3.
Relación de variables y pruebas estadísticas

VARIABLE 1	VARIABLE 2	PRUEBA ESTADÍSTICA
Edad, años de estudio, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio	Creencias sociales, afrontamiento ante la muerte, autoeficacia frente a la muerte, ansiedad ante la muerte (Ordinales)	Prueba de asociación de Spearman
Sexo, lugar de Nacimiento, servicio en que labora, cursos dirigidos atención PT	Creencias sociales, afrontamiento ante la muerte, autoeficacia frente a la muerte, ansiedad ante la muerte(Ordinales)	Prueba de Comparación U de Mann Whitney
Religión, estado Civil	Creencias sociales, afrontamiento ante la muerte, autoeficacia frente a la muerte, ansiedad ante la muerte (Ordinales)	Prueba de Comparación Kruskal Wallis
Creencias sociales, afrontamiento ante la muerte, autoeficacia frente a la muerte, ansiedad ante la muerte(ordinales)	Creencias sociales, afrontamiento ante la muerte, autoeficacia frente a la muerte, ansiedad ante la muerte (Ordinales)	Prueba de asociación de Spearman

Tabla 3. Pruebas de asociación y comparación llevadas a cabo en el presente estudio

ⁱColell Brunet R, Limonero GJ y Otero MD. *Op.cit*

ⁱⁱ Colell BR, Limonero GTJ, Otero MD. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. Rev. Investigación en salud 2003; 5(2). En: <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>

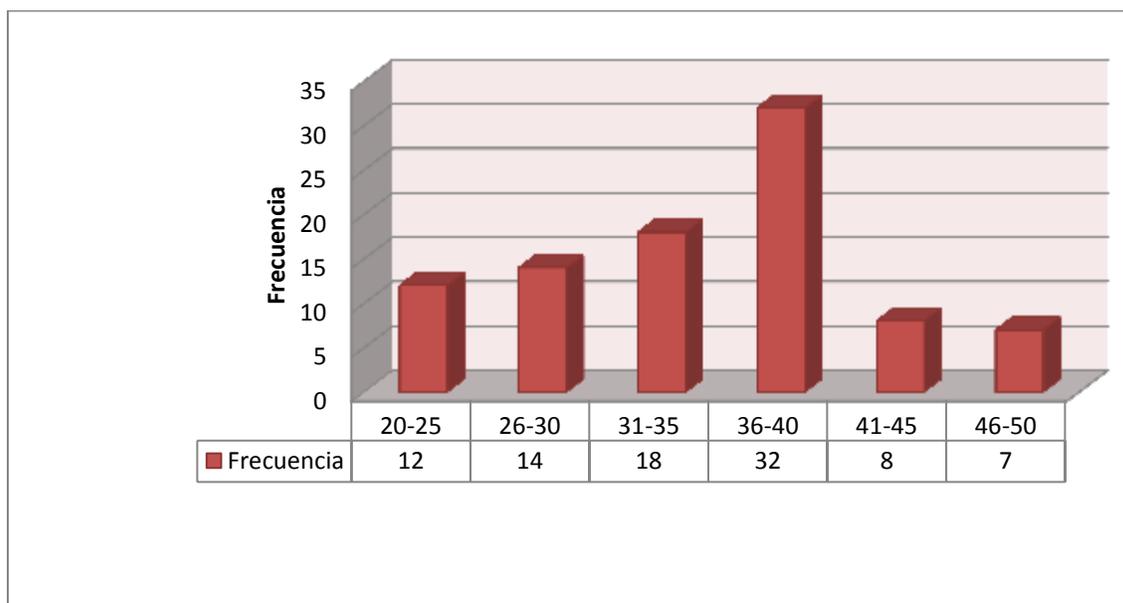
VI. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación. La primera parte aborda la estadística descriptiva, donde se expresan los datos que caracterizan la muestra correspondiente a 82 profesionales de enfermería, que contestaron el cuestionario. En el siguiente apartado de estadística inferencial se encuentran los resultados de la comparación y asociación de variables; las pruebas estadísticas se realizaron con el programa SPSS V.15.

6.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

La población estudiada que correspondió a un total de 82 profesionales de enfermería entrevistados, fue en un 93% predominantemente femenino, la edad de las enfermeras estudiadas osciló entre los 22 y 47 años, con una media de edad de 34.4 de un total de 79 datos obtenidos.

**Gráfica 1.
Edad.**



Fuente: Datos obtenidos del instrumento aplicado a 82 enfermeras encuestadas

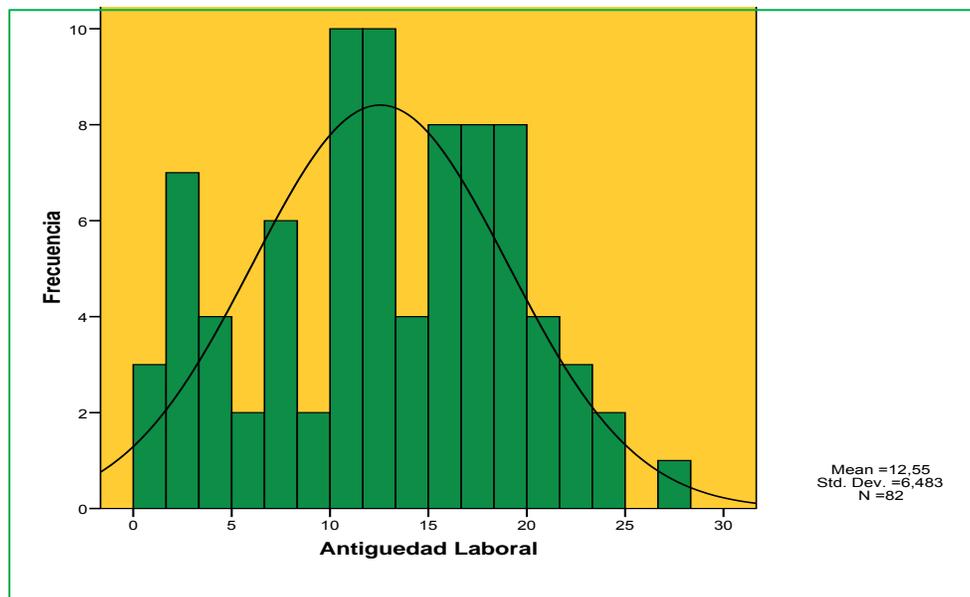
El 46.3% de la población son casados, el 42.7% solteros, 7.3% vive en unión libre y 2.4% es divorciada. La religión que profesan; de un total de 80 respuestas predominó con un 74.4% la religión católica, un 9.8% religión cristiana, 11% creyentes y 2.4% evangelista.

El lugar de nacimiento de las enfermeras predominó con un 82.9% las que nacieron en el Distrito Federal y sólo un 17.1% en otro estado de la República.

El número de enfermeras que laboran en el servicio de medicina interna y cuidados críticos se encuentran distribuidos de manera equitativa con un 49% y 50% respectivamente. Los años de estudio, reportaron un mínimo de 12 años y un máximo de 17 años de estudio, con una media de 13.2, de un total de 81 cuestionarios

La antigüedad en el servicio presentó variabilidad, que fue del rango de 1 año como mínimo a 13 años como máximo, siendo la media de 2.9; donde un año representa al 24.4%, 2 años el 30.5% y 3 años con 23.2%, que son los que corresponden a los mayores porcentajes.

Gráfica 2.
Antigüedad laboral.



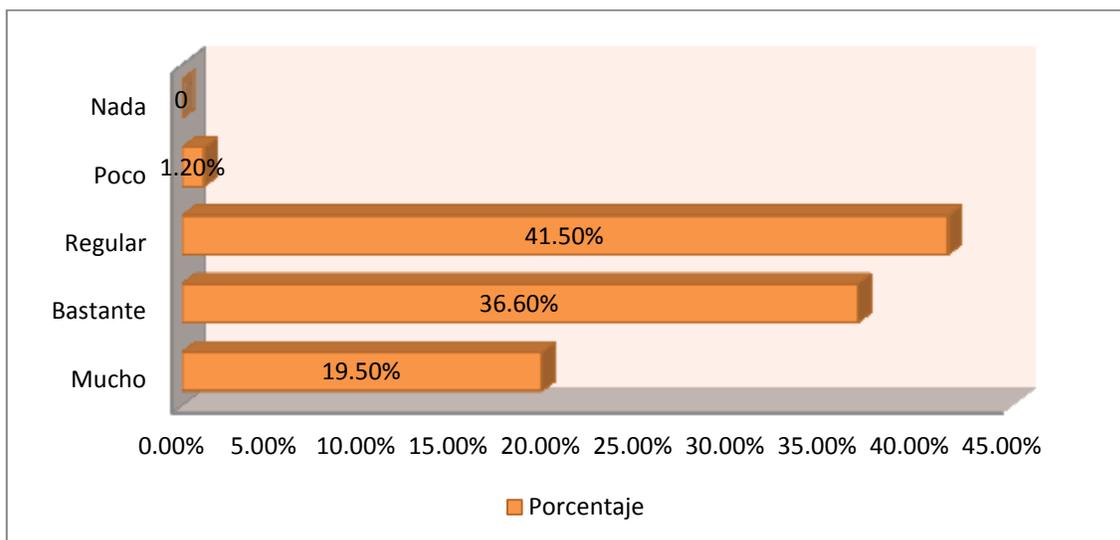
Fuente: Datos obtenidos del instrumento aplicado a 82 enfermeras encuestadas

La antigüedad laboral presentó mucha variabilidad, con un mínimo de antigüedad de 1 año hasta 27 años como máximo, con una media de 12.5 años, como se expresa en la gráfica 5.

Por otro lado, sólo un 19.5% de la población ha tomado algún curso dirigido a la atención del paciente terminal (PT). También los resultados arrojaron que la mayor parte de las (os) enfermeras(os); un 58.5% opina que es muy importante la atención hacia el PT 17 enfermeras calificaron con una puntuación de 9 (20.7%), muy similar en porcentaje a las que le proporcionan un 8 de importancia (18.3%).

Se les interrogó a las enfermeras de cómo se sentían en el momento de contestar el cuestionario. Los resultados fueron que el 54% manifestó sentirse muy bien, 36.6% bien, y una minoría regular, 7.3%; sólo una persona manifestó sentirse mal (1.2%).

Gráfica 3.
Preparación emocional o psicológica para cuidar PT.



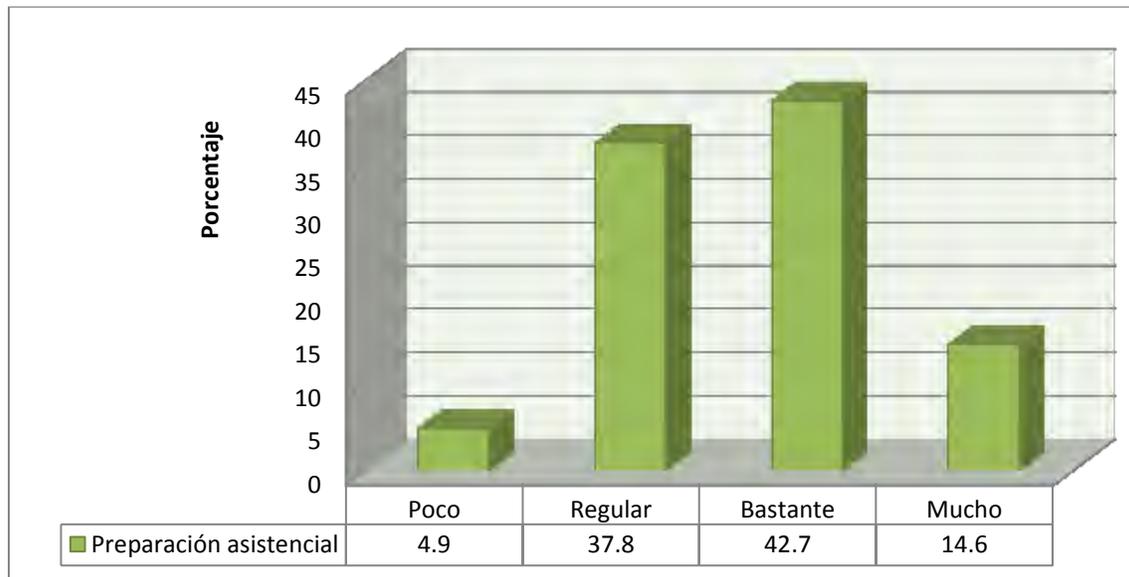
Fuente: Datos obtenidos del instrumento aplicado a 82 enfermeras encuestadas

A la pregunta ¿Te sientes preparada desde un punto de vista emocional o psicológico para atender a pacientes que se encuentran en estado terminal?, las

enfermeras contestaron que mucho en un 19.5%, con 36.6% contestaron que bastante, y el porcentaje predominante con un 41.5% pertenecen a las enfermeras que se sienten regularmente preparadas para brindar atención emocional o psicológica; las que se sienten poco o nada preparadas son en un 1.2% (gráfica 3).

De los resultados de la pregunta sobre la propia percepción en la preparación asistencial para brindar cuidados al paciente en estado terminal, un 42.7% respondió que tienen bastante preparación asistencial; con regular preparación un 37.8%; con mucha preparación 14.6%, mientras que 4.9%, que es la minoría, se siente poco preparada (gráfica 4).

Gráfica 4.
Preparación desde un punto de vista asistencial de los profesionales de enfermería para cuidar a enfermos terminales



Fuente: Ídem.gráfica1

Componente cognitivo

Con respecto a las creencias sociales, las preguntas 2, 4, 7, 8, 10 y 11, que exploran el pensamiento mágico-religioso, relacionadas a la creencia de la existencia del espíritu presente aun después de la muerte, un 30.5% de los profesionales de enfermería manifestaron estar de acuerdo; el 17.1% está

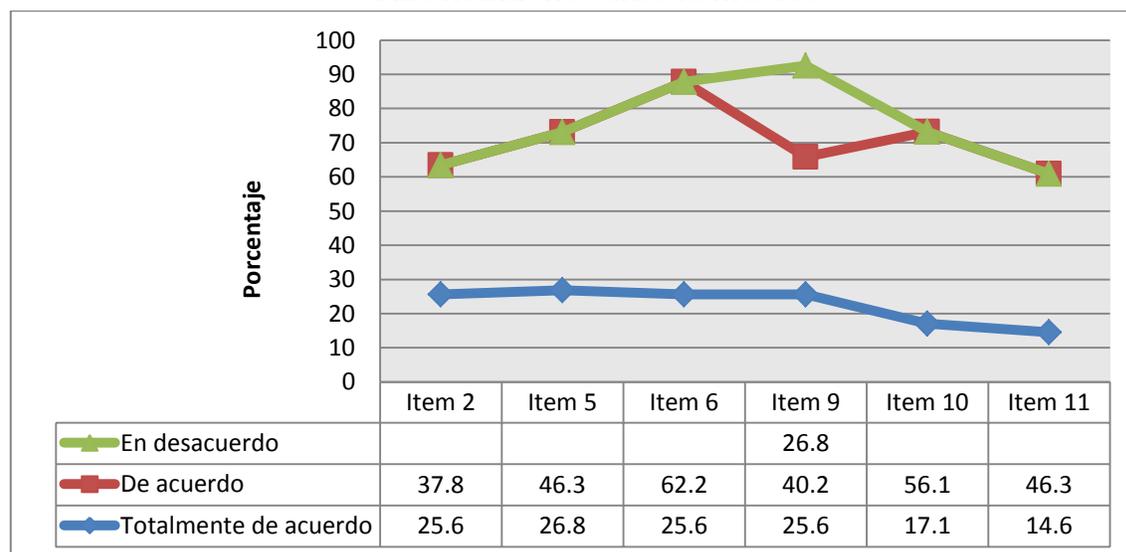
totalmente de acuerdo, lo que representa al 47.6% de la población encuestada. Con respecto al cuestionamiento sobre la reencarnación el 34.1% manifiesta estar de acuerdo y un 11% totalmente de acuerdo. Por otra parte, el 62.2% manifiesta entre estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con respecto a la creencia de una vida después de la muerte. A la pregunta que exploró el temor a la muerte, los profesionales de enfermería manifestaron en un 18.3% estar de acuerdo y un 17.1% totalmente de acuerdo, siendo un 35.4% el que manifiesta temor ante la muerte; en este mismo sentido, el 51.3% que manifiesta no sentirlo (ver anexo C).

Componente conductual

La mayoría de los profesionales encuestados, con un 54.9%, resultaron con muchas competencias frente a la muerte, seguido con un 35.4% con regulares competencias y sólo un 9.8% manifestaron pocas competencias frente a la muerte.

Sin embargo, en relación con este cuestionario de afrontamiento ante la muerte se tomaron en consideración los ítems 2, 5, 6, 9, 10 y 11, vinculados con el proceso de morir del paciente terminal; los resultados de acuerdo con su porcentaje se muestran a continuación.

Gráfica 5.
Afrontamiento ante la muerte



Fuente: Respuesta de los profesionales de enfermería al cuestionario de afrontamiento de la muerte

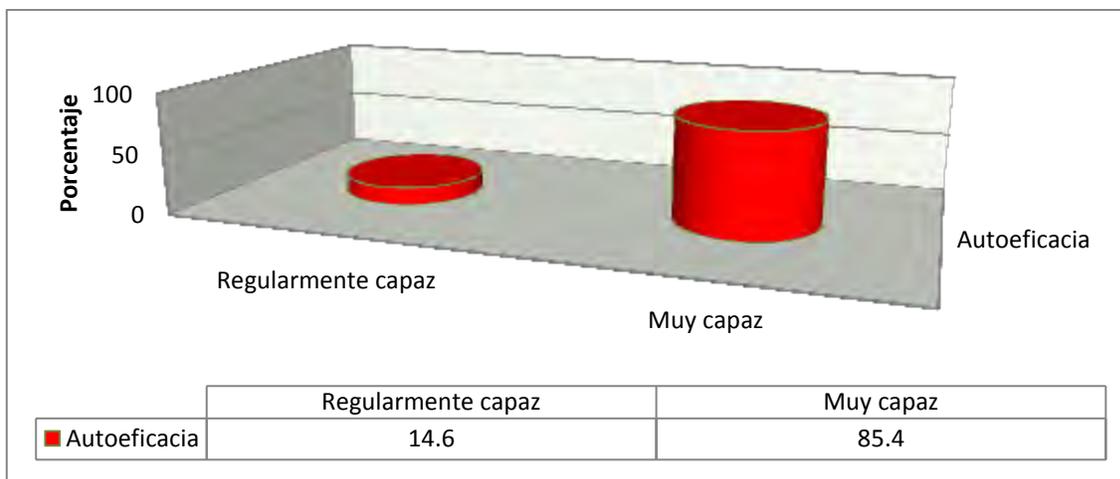
Las opciones de respuestas fueron desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. La respuesta a la pregunta 2 del cuestionario, que corresponde a la afirmación; “Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario”, 37,8% está de acuerdo en que es capaz de afrontar este aspecto, seguido de un 25.6% que está totalmente de acuerdo. Con la pregunta 5, “Me siento capaz de manejar la muerte de los pacientes”, el 46.3% está de acuerdo y 26.8% totalmente de acuerdo. Las respuestas a la pregunta 6 fueron el 62.2% de acuerdo, seguido del 25.6%, que está totalmente de acuerdo, a la afirmación: “Sé escuchar a los enfermos terminales”.

Con la pregunta 9: “Puedo ayudar a las personas a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir”, el 40.2% estuvo de acuerdo, el 26.8 en desacuerdo y 25.6% totalmente de acuerdo.

En relación con la pregunta 10: “Soy capaz de hablar con un familiar sobre la muerte”, el 56.1% estuvo de acuerdo, 22% totalmente de acuerdo y 17.1% en desacuerdo. Con el ítem 11: “Me puedo comunicar con un enfermo moribundo” 46.3% está de acuerdo, y 28% totalmente de acuerdo, seguido de un 14.6%, que está en desacuerdo (gráfica 5, ver anexo D).

La autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins: Su descripción es más amplia, por ser el instrumento que abarca en su totalidad los aspectos relacionados a la atención del paciente terminal. Los resultados generales se presentan a continuación:

Gráfica 6.
Autoeficacia percibida de los profesionales de enfermería frente a la muerte.



Fuente: Respuesta de los profesionales de enfermería al cuestionario de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins

Los datos arrojaron que en un 85% se sienten capaces de llevar a cabo acciones encaminadas al cuidado de un paciente terminal, y sólo un 14.6% se siente regularmente capaz (gráfica 6).

Cabe destacar que de acuerdo a los ítems que se consideraron importantes para conocer la capacidad percibida de los profesionales de enfermería ante la muerte y proceso de morir del paciente terminal, resaltaron los siguientes resultados:

Tabla 4.
Autoeficacia percibida de los profesionales de Enfermería.

Respuestas	Afrontar la muerte de un enfermo con SIDA(4)	Tocar un cadáver (5)	Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo (8)	Dar el pésame a una familia de un paciente (11)	Acompañar a una persona en el momento de su muerte (13)	Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente (15)	Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente (16)	Entender el duelo y el dolor de la pérdida (18)
T. incapaz	1.2	1,2	0	1.2	0	0	0	2.4
Incapaz	7,3	1,2	2.4	11	4.9	1,2	1,2	2.4
Ni c ni in	4.9	0	1,2	1.9	4.9	2,4	2,4	0
Capaz	46.3	42.7	39	53.7	46.3	51.2	61	57.3
T. capaz	39	54.9	57.3	29.3	43.9	45.1	35.4	37.8

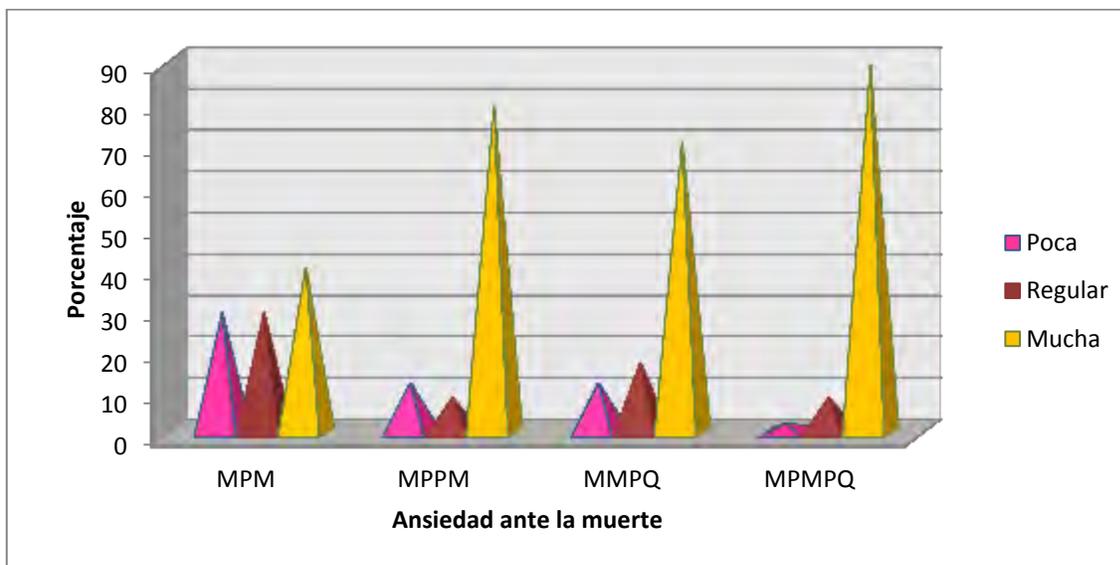
*Fuente:*Datos obtenidos del cuestionario aplicado en la presente investigación.

Los mayores porcentajes de respuesta se hallaron entre capaz y totalmente capaz. De estas opciones sólo sobresalen las respuestas a las preguntas en cuanto a tocar un cadáver y proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo, por percibirse totalmente capaces en mayores porcentajes, 54.9% y 57.3%, respectivamente.

Componente emocional

Con lo que respecta a la ansiedad ante la muerte medida en cuatro dimensiones, arrojó que en relación al miedo ante la propia muerte (**MPM**), 40.2% manifestó tener mucho miedo, poca y regular ansiedad con 29.3%; por otra parte, miedo ante el propio proceso de morir (**MPPM**), se encontró que 79.3% de las enfermeras presenta mucha ansiedad, el 12.2% poca y el 8.5% regular, como se muestra en la gráfica siguiente:

Gráfica 7.
Ansiedad ante la muerte que presentan los profesionales de enfermería



Fuente: ídem. gráfica 1.

En la tercera dimensión, que mide la ansiedad ante la muerte de la persona más querida (**MMPQ**), el 12.2% tiene poca ansiedad, regular el 17,1%, mucha el 70.7%. De la última dimensión que mide la ansiedad ante el proceso de morir de la

persona más querida (**MPMPQ**), 2.4% tuvo poca ansiedad, el 8.5% regular y mucha el 89% (gráfica 14).

Por tanto, la dimensión con mayor ansiedad ante la muerte fue el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida, seguida por la ansiedad ante el propio proceso de morir, de la muerte de la persona más querida y con menor ansiedad la ansiedad ante la propia muerte.

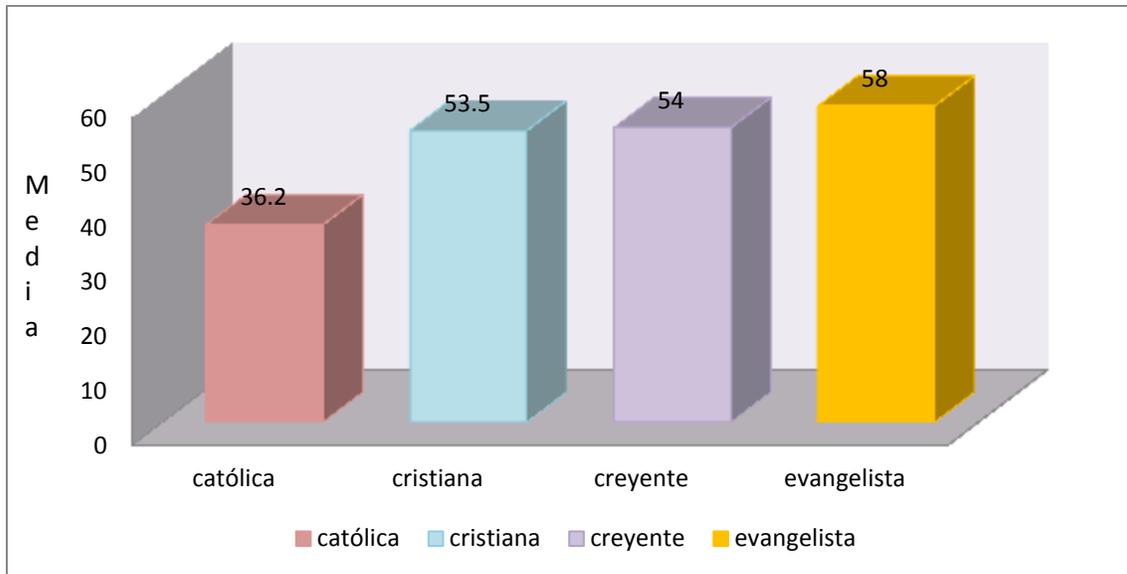
6.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Para conocer la relación entre la edad, las creencias sociales y creencias emocionales que podían tener las enfermeras encuestadas, se llevó a cabo la prueba de correlación de Spearman, encontrándose que no existe correlación entre ambas variables, de igual manera al relacionar la edad con la autoeficacia percibida y la ansiedad ante la muerte.

El sexo y los años de estudio no guardaron ninguna correlación con las otras variables.

Para saber si existían diferencias entre la religión y las competencias percibidas de afrontamiento ante la muerte, se aplicó una prueba de Kruskal Wallis, hallándose diferencias entre los que profesan la religión católica, la cristiana, creyentes y evangelistas. ($X^2=11,099$, $gl=2$, $p<0.05$).

Gráfica 8. Religión y competencia de afrontamiento ante la muerte

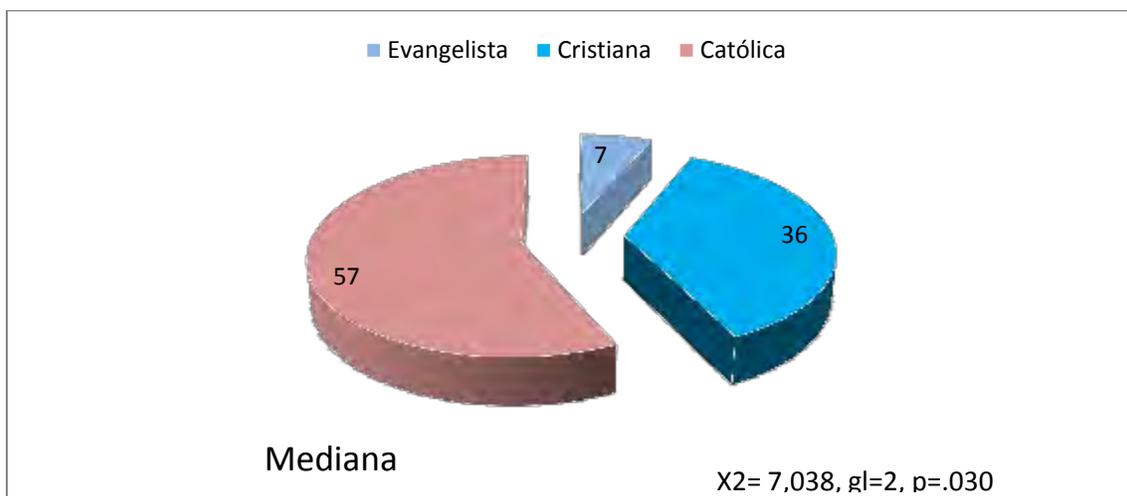


Fuente: Respuestas de 82 enfermeras participantes en el estudio

Como puede apreciarse en la gráfica 8, la población fue predominantemente católica; ésta resultó con menos competencias que las otras religiones, incluso de los que se manifestaron como creyentes.

Por otra parte, al aplicar la prueba de Kruskal Wallis para muestras independientes, se hallaron diferencias al comparar la religión y el miedo ante el propio proceso de morir (MPPM) ($X^2=7,038$, $gl=2$, $p<0.05$)

Gráfica 9.
Comparación entre religión y miedo ante el propio proceso de morir

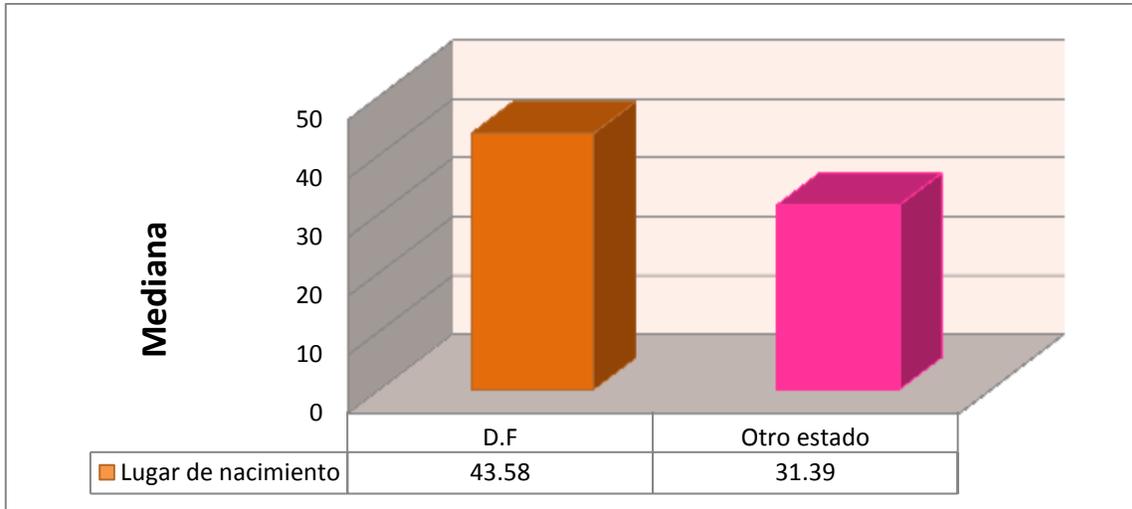


Fuente: Ídem. gráfica 8.

Estos resultados enunciados en la gráfica anterior, permiten observar que los que expresan mayor temor ante el propio proceso de morir son los que profesan la religión evangelista, seguidos por los que practican la religión católica, mientras que los que expresan menor temor son los cristianos.

En cuanto a las diferencias encontradas entre el lugar de nacimiento y el miedo al proceso de morir de la persona más querida, al aplicar la prueba de U de Mann Whitney, se consideró para el lugar de nacimiento el Distrito federal u otro estado y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida ($z = -3217$, $p < 0.01$)

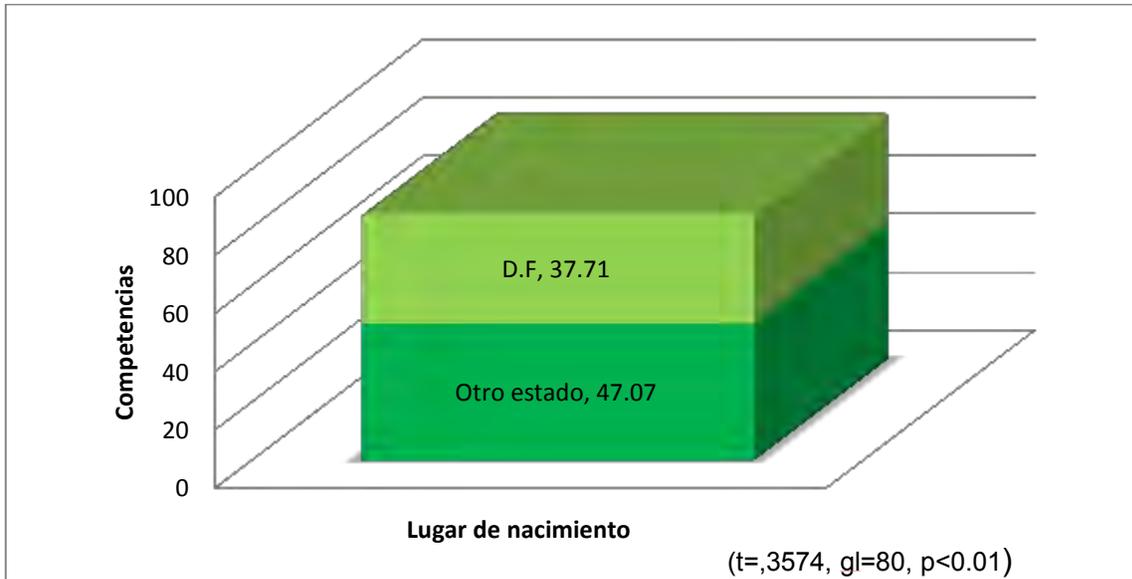
Gráfica 10.
Lugar de nacimiento y miedo ante el proceso de morir de la persona más querida



Fuente: Ídem. gráfica 8.

En la gráfica 10 se expresan los resultados, donde las enfermeras que nacieron en el Distrito Federal tienen mayor temor ante el proceso de morir de la persona más querida que aquellas enfermeras que nacieron en otro estado de la República.

Gráfica 11.
Lugar de nacimiento y afrontamiento ante la muerte



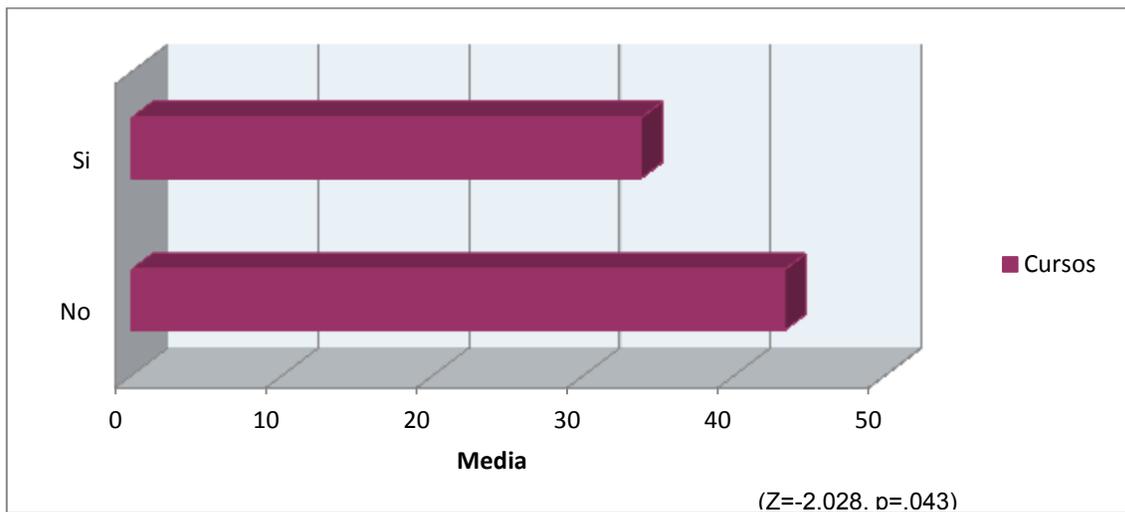
Fuente: Ídem. gráfica 8..

Se aplicó una prueba de T de Student, para comparar nuevamente el lugar de nacimiento con las competencias frente a la muerte. Se encontró que sí existen

diferencias ($t=-.3574$, $gl=80$, $p<0.01$). Como puede observarse en la gráfica 11, obtuvieron un menor promedio de competencias las enfermeras que nacieron en el D.F (37,71), que las enfermeras que nacieron en otro estado de la República (47,07).

Por otra parte, se llevó a cabo una prueba de U de Mann Whitney para conocer si existían diferencias entre los que tomaron o no cursos dirigidos a la atención hacia el paciente en fase terminal y el miedo ante el propio proceso de morir ($z= -2,028$, $p<0.05$)

Gráfica 12.
Cursos y afrontamiento ante la muerte



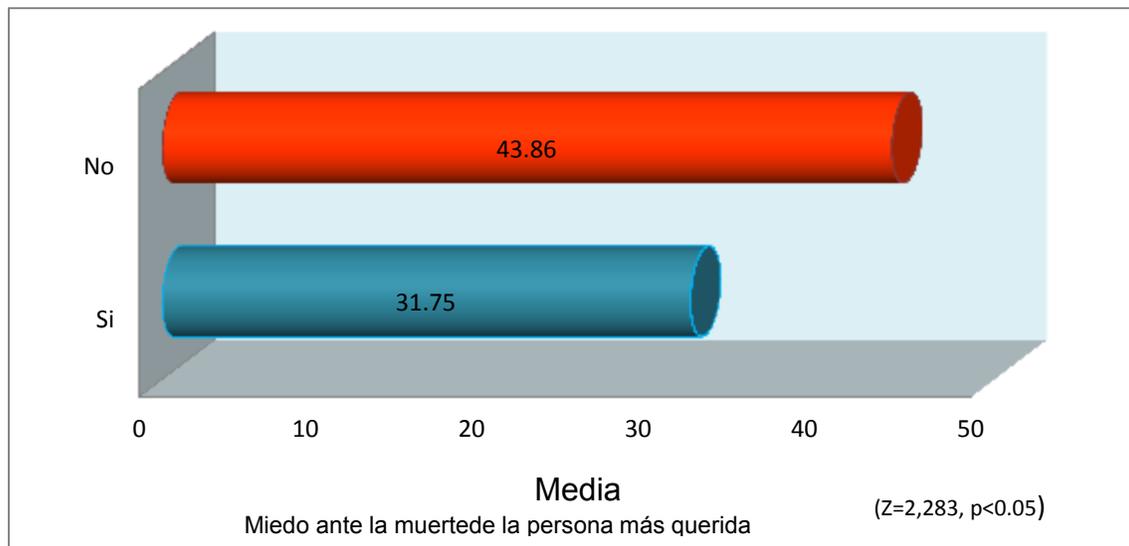
Fuente: *idem*. gráfica 8.

Como puede observarse en la gráfica 12, presentan más miedo ante el propio proceso de morir los que no tomaron cursos dirigidos a la atención del paciente terminal, que los que sí realizaron dichos cursos.

Se aplicó la misma prueba para conocer la diferencia entre las enfermeras que tomaron dichos cursos o no y el miedo ante la muerte de la persona más querida, observándose que existen diferencias entre ambos ($z= -2,283$, $P<0.05$).

Gráfica 13.

Comparación de los profesionales que tomaron o no cursos dirigidos al cuidado del PT y el MMPQ



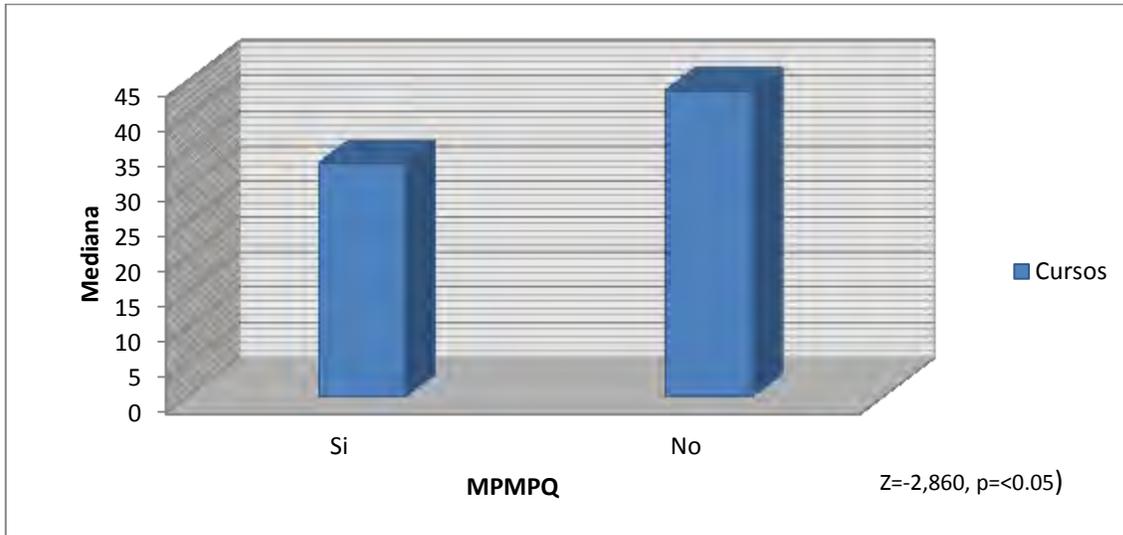
Fuente: Ídem. gráfica 8.

Se observó que las enfermeras que sí han tomado cursos dirigidos a la atención del paciente terminal, reflejan menos miedo ante la muerte de la persona más querida, en comparación con las enfermeras que no han tomado curso alguno y, por tanto, expresan mayor temor (gráfica 13).

Utilizando nuevamente la prueba estadística de U de Mann Whitney, para la misma variable de las enfermeras que tomaron cursos o no para la atención de pacientes terminales y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida, se encontró ($z = -2,860$, $p < 0.05$).

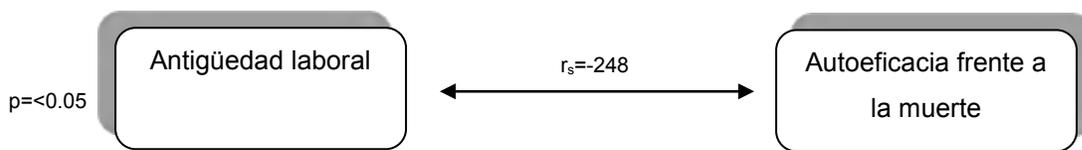
Por tanto, en la gráfica 14, que a continuación se presenta; se observa que expresan mayor temor las enfermeras que no tomaron cursos dirigidos al cuidado del paciente terminal, que aquéllas que sí tomaron cursos y, por tanto, su temor es menor.

Gráfica 14.
Cursos dirigidos al cuidado del PT y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida



Fuente: Ídem. gráfica 8.

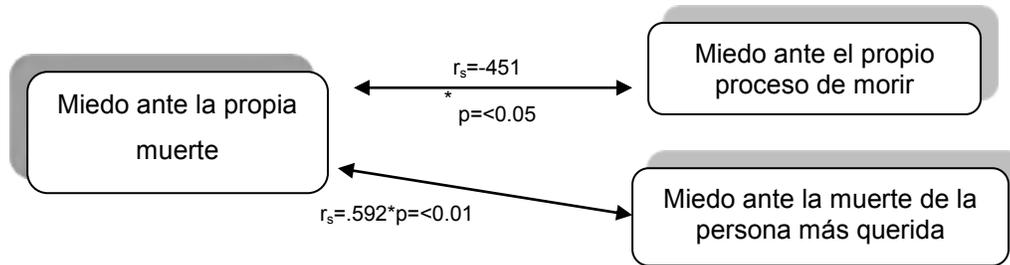
Para conocer la relación entre la antigüedad laboral con la autoeficacia percibida, se llevó a cabo una prueba de correlación de Spearman. Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa baja e inversamente proporcional entre ambas variables ($r_s = -0.248$, $p = .025$).



Es decir, que a mayor antigüedad laboral que tienen las enfermeras encuestadas, poseen menor percepción de autoeficacia frente a la muerte.

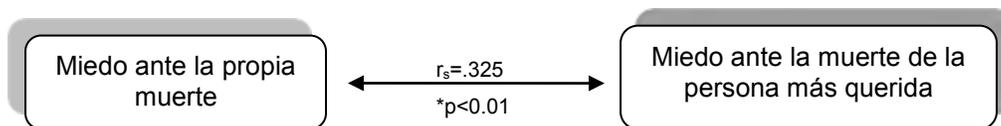
Por otro lado, al relacionar las 4 dimensiones que mide el cuestionario de ansiedad ante la muerte, de Collet-Lester, se llevó a cabo la prueba de correlación de Spearman, hallándose una asociación lineal estadísticamente significativa moderada directamente proporcional entre el miedo ante la propia muerte y miedo

ante el propio proceso de morir ($r_s = 451$, $p=0.000$). Así mismo, entre el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de la persona más querida ($r_s = .592$, $p=0.000$).



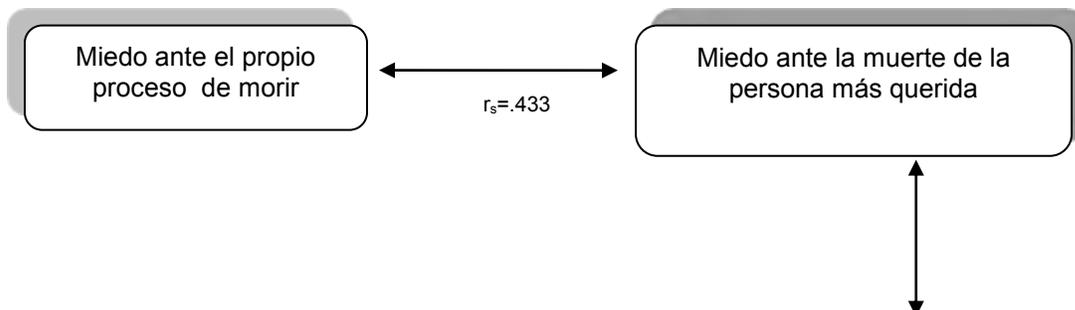
Lo que significa que existe la relación de que entre mayor temor se tenga ante la propia muerte, mayor es la ansiedad ante el propio proceso de morir y en la misma proporción es la ansiedad ante la propia muerte y la ansiedad ante la muerte de la persona más querida.

Entre el miedo ante la propia muerte y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida se encontró de igual manera una correlación lineal y estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional ($r_s = .325$, $p = 0.003$).



Es decir, a mayor temor ante la propia muerte, mayor es el temor ante la muerte de la persona más querida

Se encontró una correlación lineal estadísticamente significativa media entre el miedo ante el propio proceso de morir y el miedo ante la muerte de la persona más querida ($r_s = .433$, $p = 0.000$), y entre el miedo al propio proceso de morir y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida ($r_s = .433$, $p = 0.000$).



*p<0.01

*p<0.01 $r_s = .426$

Miedo ante el proceso de morir
de la persona más querida

Y, por último, una correlación lineal estadísticamente significativa entre miedo ante la muerte de la persona más querida y el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida ($r_s = .426$, $p = 0.000$).

Esto es, a mayor temor ante el propio proceso de morir, existe mayor temor ante el proceso de morir de la persona más querida. Y de igual manera, a mayor temor ante el proceso de morir de la persona más querida aumenta el miedo ante el proceso de morir de la persona más querida.

VII. DISCUSIÓN

Se presentan a continuación los resultados más relevantes, considerando su importancia para los profesionales de enfermería en general y los participantes en el estudio, así como para la institución hospitalaria donde se llevó a cabo.

Como primeros datos importantes en la investigación, se detectó, que de acuerdo con la dimensión cognitiva de la actitud, donde se valoraron las creencias sociales expresadas por los profesionales de enfermería, al separarlas preguntas relacionados al aspecto espiritual y religioso, existe un significativo porcentaje de la población estudiada, que le adjudica a la muerte “concepciones más amplias de la existencia”, como son las creencias sobre el espíritu y la reencarnación.

Dichas concepciones se presentan independientemente de la edad de las enfermeras o de su nivel de escolaridad, ya que los cambios en la historia de las mentalidades son muy lentos y frecuentemente siguen operando más allá de los marcos sociales que las generaronⁱ; lo cual llega a confirmar los resultados de un estudio cualitativo realizado en Chile por Liliana Vilchesⁱⁱ, en el que buscaba explorar las concepciones, creencias y sentimientos con respecto a la muerte en adultos mayores. Ella obtuvo que existe en la población que profesa una religión, la concepción de que existe una vida más allá de la muerte a la que llegarán sin su cuerpo; así como la idea de la reencarnación, con la esperanza de tener, en la otra vida, un futuro mejor. Se halló una diferencia de no manifestar este tipo de creencias entre los que son laicos, cuestión que no se equipara en este estudio, al

pertenecer toda la población a alguna religión, sin embargo expresa la importancia que se le da a la parte espiritual y la extensión de la vida, sobre todo al trabajar con pacientes terminales, cuestión que expresa una concepción e implicación de mayor complejidad al tratar con ellos y no limitarse al aspecto físico en la atención.

Con el fin de conocer la actitud que presentan los profesionales de enfermería referente a la dimensión conductual, los resultados fueron que con respecto a la preparación asistencial, un 42.7% refiere sentirse con bastante preparación y regularmente preparadas con un porcentaje alto también (37.8%). Lo que implica y confirma lo expuesto por Cordero, Jiménez, Marreroⁱⁱⁱ Cruz Garofalo y De Luca Nascimento^{iv}, que el personal de enfermería se siente preparado para brindar más una atención técnica que emocional, datos de relevancia para el estudio, ya que por implicar mayor complejidad la expresión verbal, física y emocional, sobre todo al estar ante situaciones que causan sensaciones de temor, inseguridad e incertidumbre, crea una serie de reacciones que no son fáciles de manejar; por el contrario, la acción técnica que implica complejidad, se haya circunscrita a lo cognitivo. También responde a lo señalado por el Dr. Colell^v, aunque esta última investigación fue llevada a cabo con estudiantes de enfermería, razón por la cual sus resultados arrojaron una falta de preparación en ambos aspectos.

Sin embargo, los datos que se utilizaron para evaluar la parte conductual de la actitud y que fueron medidos de acuerdo con la evaluación de la competencia percibida frente a la muerte, fue de más del 50%, quienes se consideraron muy competentes frente a la muerte. Cabe señalar que los ítems destinados a evaluar la capacidad percibida para afrontar el proceso de morir de los pacientes, reflejan que, aun cuando casi todas las respuestas caen con mayor porcentaje en la manifestación de sentirse capaces, existe todavía una importante proporción de la población que respondieron no sentirse capaces, tal es el caso de la pregunta 9 y 11 referidas al apoyo y comunicación con el paciente terminal.

La competencia percibida de afrontamiento ante la muerte se halló relacionada con las dimensiones de la ansiedad ante la muerte, específicamente con la ansiedad ante la propia muerte y ante el propio proceso de morir. Entre más competente se percibe la enfermera para llevar a cabo acciones relacionadas con la muerte o con pacientes terminales, disminuye su ansiedad ante su propia muerte y su proceso de morir, confirmando los resultados hallados en la investigación del Dr. Colell, que obtuvo los mismos resultados con estudiantes de enfermería^{vi}.

De igual manera, el instrumento, para valorar la dimensión conductual, que mide la autoeficacia frente a la muerte, reporta que los profesionales se perciben regularmente capaces (85.4%) para realizar acciones encaminadas al cuidado de un paciente terminal.

En este mismo sentido, se vuelve a confirmar en la pregunta 8 de este cuestionario, que se refiere a la capacidad para brindar cuidados físicos a un enfermo moribundo. Se observó que un mayor porcentaje de profesionales de enfermería se sienten totalmente capaces de llevar a cabo dichos cuidados, en comparación con las demás preguntas que aluden a aspectos emocionales y de comunicación, tal es el caso de la pregunta 11.

En el mismo sentido, al relacionar las variables de estudio para valorar el aspecto conductual por medio de la autoeficacia, se encontró relación con la antigüedad de las enfermeras encuestadas. Relación debida a que la experiencia forma parte integral de las actitudes; en tanto más nos vemos expuestos ante un fenómeno, una y otra vez, las percepciones y las actitudes se van modificando. Por ello, la autoeficacia, concebida como la autoevaluación de la persona sobre los resultados de su conducta ante la muerte, va de la mano con los años en los que ha estado laborando y, por tanto, se ha expuesto a brindar atención a más pacientes en estado terminal en tanto más años laborando lleve^{vii}. No obstante, en caso contrario a los resultados arrojados, en una investigación hecha por Denton &

Wisembaker (1977) y Stoller (1980,) teniendo en cuenta que las experiencias son un factor clave en las actitudes de las personas, indicaron una relación inversa entre experiencia y actitudes, es decir, a más experiencias sobre el tema muerte, más negativas son las actitudes^{viii}.

Si las causas más comunes para que la autoeficacia disminuyese fueran ver las cosas como incontrolables, el creer que la propia conducta está regulada más por factores externos que por uno mismo, o cuando se piensa que siempre se es responsable de lo malo y nunca de lo bueno e inclusive una historia de fracasos^{ix}, entonces la antigüedad laboral se encuentra en estrecha relación.

La autoeficacia resulta de gran importancia para una adecuada relación entre enfermera y paciente terminal, como lo expresa Bandura^x: "...las creencias que las personas tienen sobre ellas mismas son los elementos importantes en el ejercicio de control y de la agencia personal..."^{xi}. Lo que podría implicar que la experiencia fuese una herramienta para un mejor manejo personal y profesional ante el paciente terminal.

De acuerdo con la dimensión emocional de la actitud que evaluó la ansiedad ante la muerte mediante cuatro dimensiones, el estudio arrojó que la ansiedad predominante es hacia el proceso de morir de la persona más querida (89%), seguida de la ansiedad ante el propio proceso de morir (79.3%), de la ansiedad ante la muerte de la persona más querida (70.7%) y, por último, la ansiedad ante la propia muerte (40.2%).

Se observaron relaciones directamente proporcionales entre las cuatro dimensiones de la ansiedad ante la muerte. Estas relaciones, específicamente entre el miedo ante la propia muerte y miedo ante el propio proceso de morir, y el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte de la persona más querida, entre el miedo ante la propia muerte y el miedo ante la muerte y el proceso de morir de la persona más querida. Así, de igual manera, la relación entre la

ansiedad ante la muerte de la persona más querida y su proceso de morir.

Estos datos muestran que el proceso de morir ya sea propio o ajeno causa más ansiedad que la muerte propia. Nuevamente en el estudio realizado por Liliana Vilches constata que existe una mayor preocupación ante el proceso de morir que a la muerte en sí. El primero suma mayor complejidad, por involucrar la posibilidad de enfrentarse ante situaciones de mayor sufrimiento existencial, por ejemplo, ante la invalidez, el deterioro físico y mental, la incapacidad, el dolor, la soledad, los sufrimientos que ocasionarían a los seres queridos, etc. En esta misma investigación reporta el mayor temor a la muerte de los seres queridos, que a la propia, confirmando los resultados anteriores; estos resultados reflejan la conciencia de la propia muerte a partir de la muerte del otro, la conciencia de una separación total, del conocimiento de una pérdida total. De manera contraria, el Dr. Colell^{xii} reporta que los estudiantes de enfermería presentan más ansiedad ante el miedo al morir, que el miedo al proceso de morir, tomando en cuenta que fue aplicado a una población más joven, ya que se hallaban en etapa de formación, a diferencia del presente estudio.

Todo lo anterior refleja que existe una comprensión y acercamiento al temor propio de morir, a través de la empatía por la muerte del otro, ya que la muerte, como vivencia, jamás ha sido experimentada, como enuncia Heidegger; “El morir es algo que cada “ser ahí” tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que “es”, esencialmente en cada caso, la mía”^{xiii}. Podemos morir en lugar de alguien o alguien en lugar nuestro, pero nadie le puede tomar a otro su muerte, de modo que nunca logramos acceder cabalmente a esa vivencia^{xiv}.

Sin embargo, dentro de esa concepción de pérdida del ser querido, del saber que no se le volverá a ver nunca más, surgen diferentes respuestas, sobre todo como reacciones de autodefensa, que guían el pensamiento hacia lo sobrenatural, lo esotérico, lo mágico. La cultura y la religión juegan un papel importante en el consuelo del doliente, porque brindan la oportunidad de crear un lazo espiritual

con el ser querido fallecido, ya sea a través de un encuentro en otra vida, con su llegada espiritual el día de muertos o la resurrección.

Continuando con la religión, se conoce de la gran relevancia que ésta tiene para la población mexicana. Gran parte de cómo se percibe la muerte gira en torno a los aspectos religiosos que se circunscriben a cada religión que es profesada. Por tanto, es de suma importancia la religión relacionada con el ejercicio de la profesión de enfermería, ya que es una necesidad que se debe considerar para poder brindar un cuidado holístico. Por tanto, la religión es a la vez una fuente de apoyo para las personas que van a fallecer, como para las personas que se encuentran en torno al paciente terminal.

Debido quizá a la ideología con que cada religión se conduce, en éste caso con respecto a la muerte, los datos arrojaron que los que profesan la religión católica, presentan menor percepción de competencia de afrontamiento ante la muerte, que otras religiones, entre ellas, la cristiana. Pero no sólo en ello se encontró relación con la creencia religiosa, se relacionó también con el miedo al propio proceso de morir; por tanto, existe de trasfondo una fuerte carga de representación social con respecto a los cánones establecidos por cada religión, donde su complejidad con respecto a la vida y la muerte no se reducen a la pérdida o desprendimiento del cuerpo en el mundo terrenal, sino que abarca conceptos más complejos aún y, sin embargo, importantes para las representaciones de los mexicanos.

Por ello, no sólo existe un miedo al morir, se suma a ello, la forma del morir y en lo cual también está relacionada la religión, ya que cada una de ellas dicta o determina qué es lo que corresponde en un ámbito infra o supraterrrenal del destino que aún les depara.

No obstante, existen diferencias entre religiones, donde otras, que no sea la católica, doten de más herramientas para una mayor comprensión de lo que es la muerte; tal es el caso de la religión cristiana, que dentro de sus preceptos

establecidos está el no creer en la oración por los muertos, el purgatorio entre otros^{xv}. Estos preceptos quizá ayudan a tener una visión más adecuada de la muerte, ya que fueron las enfermeras que profesan la religión cristiana con menor temor ante el propio proceso de morir, seguidos de los evangelistas y con mayor temor hacia la muerte, los que profesan la religión católica.

Todas las mediciones se hacen importantes en tanto se realizan intervenciones a nivel emocional y cognitivo, con la intención de disminuir la ansiedad ante la muerte, tal es el caso de un estudio hecho por Levinton & Fretz (1978) quienes obtuvieron disminuciones significativas en dos de las cuatro subescalas de medición de la ansiedad ante la muerte, en los asistentes a un curso universitario sobre ésta, Mooney D (2005) midiendo con la misma escala después de llevar a cabo una intervención educativa, notaron que la ansiedad ante la muerte decreció^{xvi}. McDonald (1981) y Freitag Hassler (1981) obtuvieron de igual manera cambios en las actitudes ante la muerte. A la vez, en un estudio realizado en la Escuela de Enfermería de Connecticut, se puso de manifiesto cambios positivos en la actitud hacia la muerte^{xvii}.

Al considerar como parte importante en la investigación el lugar de procedencia de las enfermeras, ya que existen diferencias al provenir de zonas rurales o urbanas de una región, las zonas rurales dotan de un significado de mayor aceptación ante la muerte que las zonas urbanas; por ello, puede retomar importancia la procedencia de la enfermera que brinda cuidados a un paciente terminal, ya que al tener una mayor aceptación de lo que implica la muerte, le dotaría de mayor herramientas para brindar mayor apoyo a estos pacientes. Estas diferencias se encontraron en torno al miedo ante el propio proceso de morir de la persona más querida y el lugar de nacimiento (D.F. u otro estado).

En ocasiones se teme más a la forma y condiciones de la muerte de la persona que más se quiere, que a la propia muerte. De acuerdo con los datos encontrados, existe mayor temor ante el proceso de morir de la persona más querida por parte

de los profesionales de enfermería que nacieron en el D. F., que los que nacieron en otro estado de la República.

En las competencias percibidas de afrontamiento ante la muerte y el lugar de nacimiento, expresan mayores competencias las enfermeras que nacieron en otro estado de la República, en zonas rurales o semirurales, que a las expresadas por las enfermeras que nacieron en el D.F.

Otro resultado relevante fue la diferencia encontrada entre los profesionales que habíano notomado algún curso dirigido en la atención a pacientes terminales y la ansiedad ante la muerte. Era de esperarse que si se ha tenido mayor información sobre lo que implica el trabajo de enfermería para con los pacientes terminales, tendrán por tanto, mayores herramientas para trabajar con ellos. Esta relación se confirma en un estudio realizado por Fischer Prestoy^{xviii}. De manera específica, se hallaron diferencias entre los que habían y no habían tomado cursos y el miedo ante el propio proceso de morir y ante el proceso de morir de la persona más querida.

Los que habían tomado algún curso en determinado momento expresaron menor temor, que los profesionales que no habían tomado cursos dirigidos en la atención al PT expresaron mayor temor. Confirmando los mismos resultados del Dr. Colell, después de llevar a cabo una intervención, observaron que se modificaron las actitudes posteriores a ésta^{xix}. Con los mismos resultados, Fisher (2004)^{xx} reporta la importancia de implementar curso de cuidados al final de la vida para los profesionales de enfermería.

Otros investigadores han comunicado éxitos en la educación sobre la muerte en los profesionales de la salud. Así, por ejemplo, Lester, Getty & Kneist^{xxi} en un estudio de enfermería concluyen que generalmente el temor a la muerte y los moribundos decrece con el incremento de la preparación académica sobre el tema.

Se concluye, que un mayor conocimiento del manejo profesional en el aspecto emocional y, en general cognitivo, se verá reflejado en la calidad de atención que se brinda al paciente terminal.

-
- ⁱRodríguez Rioboo F. *La vejez y la muerte*. Anales de Psicología. España 2004; 14(001):127-135.
- ⁱⁱVilches Seguel L. *Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel de educación superior*. Revista de Psicología.2000.IX. En: www.redalyc.org.
- ⁱⁱⁱCordero Y, Jiménez A, Marrero R. (2003). *Op. Cit.*
- ^{iv}Cruz C. *et al.* (2000)*Op cit.*
- ^vColell Brunet.*Op.cit.*
- ^{vi}Colell Brunet, R., Limonero García, J. T., NuínOrrio, C., Ballesté Torralba, J., Blanco Blanco, J.: *Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos*. [Libro deponencias]. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.17-20 de Noviembre de 2004.Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería .Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. Recuperado el 5 de agosto 2008 en: www.isciii.es/investen.
- ^{vii}Fernández Abascal EG. *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Albert Bandura R.E.M.E. (Revista electrónica de motivación y emoción). España. 1999; 3(5-6). Recuperado el 5 de agosto 2008. en:<http://reme.uji.es/articulos/agxfee9232111100/texto.html>.
- ^{viii}García. A. *Psicopedagogía en tanatología*. En: <http://tanatologia.org/curriculum8.html>
- ^{ix}Ibíd.FernándezAbascal (1999).
- ^xBandura A. *Self-efficacy mechanism in human agency*.1982.American psychologyst.37, 122-147.
- ^{xi}FernándezAbascal (1999).*Op. Cit.*
- ^{xii}Colell Brunet. (2003). *Op. Cit.*
- ^{xiii}Heidegger M. (1998). *Ser y tiempo*. edit. Universitaria. Santiago de Chile. p.30
- ^{xiv}Vilches SL. (2000). *Op. Cit.*
- ^{xv}Sánchez Julián. *Las religiones en México*. [El Universal.25/12/06(versión electrónica)]. Recuperado el 2 de agosto 08. en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/146957.html>.
- ^{xvi}Mooney CD. *Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students*.American Journal of Hospiceand Palliative Medicine.2005; 22:427. En: <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/6/427>.
- ^{xvii}García A. *Op.cit.*
- ^{xviii}Fischer Prestoy, S.*The final Journey: Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives-implications for Nursing Education and Management*. [Librodeponencias]. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.17-20 de Noviembre de 2004.Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería .Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado el 5 de agosto 2008 en: www.isciii.es/investen.
- ^{xix}Colell Brunet.*Op.cit.*
- ^{xx}Fisher Prestoy S. (2004).*Op.cCit.*

^{xxi} Formación en tanatología en enfermería de urgencias. Propuesta mediante un curso alternativo.
x congreso nacional de enfermería de urgencias.
Tenerife, del 15 al 18 de octubre de 1997.

VIII. CONCLUSIONES

El hospital se ha convertido en el marco institucional que comprende y recoge en la cultura moderna el proceso de morir; hoy casi el 75% de la muerte urbana se ubica en el medio hospitalario; sin embargo, no se han dotado los medios pertinentes de infraestructuras materiales y personales para acoger una nueva praxis¹.

Se concluye en función de los resultados encontrados, que las actitudes de los profesionales de enfermería, en lo concerniente a las creencias sociales, se hallan unidas al pensamiento religioso que en México se expresa, lo que conlleva a tener una visión más amplia de la muerte, es decir, se cree en la espiritualidad de éste, así como en la vida después de la muerte. Ello otorga y denota que por ser profesionales de la salud, no circunscribe la muerte de una persona al campo específico de lo biológico. Definitivamente, las creencias guían la conducta hacia las demás personas con una comprensión más amplia del otro, lo que humaniza la asistencia y cuidados de enfermería.

La percepción de autoeficacia se ha situado en regulares, por otro lado, tienen mucha capacidad de afrontamiento ante la muerte, pero en un sentido negativo, reflejan mayor ansiedad ante la muerte propia y del ser más querido.

Lo anterior refleja que el personal de enfermería desarrolla en su trabajo habilidades prácticas, más que habilidades humanísticas; por ello, es indispensable llevar a cabo programas educativos no sólo encaminados a desarrollar las habilidades técnicas, sino además habilidades emocionales, ya que en el presente estudio los profesionales de enfermería encuestados refieren una preparación regular en el cuidado emocional y mayor preparación asistencial; sin embargo, es alto el porcentaje que se siente regularmente preparado en todo caso.

Por tanto, existe la tarea de llevar a cabo un esfuerzo mayor por parte de instituciones educativas y de salud, así como gubernamentales para efectuar acciones encaminadas al desarrollo social, comunicativo y emocional de los profesionales que se encuentran o están por ingresar al ámbito laboral, para que la percepción de la autoeficacia y las capacidades para afrontar el proceso de morir o la muerte de un paciente, sea aún mayor, en lugar de percibirse capaces, que sea en su generalidad quienes se perciban totalmente capaces para llevar a cabo dichos cuidados.

Es preciso trabajar sobre la autoeficacia percibida como un factor importante para el desarrollo de conductas asertivas. Esto se alza como un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones encaminadas al logro de los objetivos personales. Todo ello, sería recomendable llevarlo a cabo mediante cursos dirigidos a ésta área, con el personal que se halla laborando en las instituciones hospitalarias, ya que dicha autopercepción ejerce una profunda influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos e incluso en las reacciones emocionales que experimentan ante situaciones difíciles, en este caso la muerte.

La percepción de autoeficacia representa un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias accionesⁱⁱ.

Estos resultados reflejan la necesidad de implementar programas en estudiantes de enfermería que permitan reducir la ansiedad ante la muerte, como ya se ha hecho en otros países con efectividad. El llevar a cabo la ejecución de estos programas durante la formación profesional, permitirá a los egresados, integrarse al ámbito laboral con un mayor control y comprensión de lo que la muerte significa; todo ello plasmado en una atención integral y eficaz hacia el paciente que se encuentra en fase terminal y la familia. Así mismo, se hace necesario,

implementar actividades a nivel hospitalario, como educativo, encaminadas a modificar la autoeficacia percibida para situarlas de manifiesto en la conducta de los profesionales de enfermería con relación a la calidad del cuidado brindado hacia el paciente terminal.

En otras palabras, los resultados confirman lo expuesto en las investigaciones ya mencionadas y que, sin embargo, sólo un estudio fue hallado que midiera las dimensiones de las actitudes ante la muerte, y en el cual no se pudo hacer una comparación total, por las diferentes características de la población en que se llevaron a cabo.

Así mismo es menester incrementar la investigación hacia los aspectos motivacionales y actitudinales, al menos en el terreno de lo afectivo como lo cognitivo, con respecto a la atención al paciente terminal.

Por tanto, se concluye que la actitud expresada por las enfermeras en la atención al paciente terminal de acuerdo al componente conductual se sitúa en muy competente, pero un porcentaje importante- 35.4% -con regular capacidad. En el mismo sentido se perciben totalmente capaces para afrontar la muerte y brindar cuidados al paciente terminal.

En el aspecto emocional, las enfermeras reportan mayor temor al proceso de morir que a la muerte como tal, y presentan en igual proporción temor ante el proceso de morir y la muerte de la persona más querida.

Las características sociodemográficas como la religión se relacionó con la dimensión conductual y emocional.

Reflejaron en relación al afrontamiento ante la muerte y ante el proceso de morir de la persona más querida mayor temor las enfermeras que nacieron en el Distrito Federal que las nacidas en otro estado de la República.

De manera destacada expresaron mejor actitud en el ámbito emocional y conductual el personal que tomó algún curso relacionado con la atención al paciente terminal

Como último dato, se encontró relación entre la antigüedad laboral y la dimensión conductual

IX. SUGERENCIAS

1. Llevar a cabo estudios de corte cualitativo, que permitan profundizar más en la percepción y significados que se le asigna a la muerte, puesto que las preguntas de un cuestionario abordado sólo desde una perspectiva cuantitativa, suele reducir de manera notable la información proporcionada por las enfermeras.
2. Las instituciones educativas podrían incluir en sus programas no sólo acciones para un aprendizaje y desarrollo social de los estudiantes de enfermería, sino también abarcar aspectos del mejor manejo emocional, con la intención de brindar una visión de la muerte, como una experiencia más de vida.
3. Incluir al personal de enfermería que ya se encuentra inserto en un área laboral. Las instituciones hospitalarias podrían llevar a cabo cursos de cuidados paliativos, tanatología y de inteligencia emocional, que dotaran a éstos profesionales de un mayor conocimiento, habilidades y expresión (verbal y física). Todo ello dirigido a aumentar sus capacidades y autoeficacia percibida, para ayudar a reducir la ansiedad hacia la muerte, ansiedad que se refleja en las investigaciones de Burnout en enfermería, donde la atención al paciente terminal es uno de los datos que se encuentra en estrecha relación con los niveles de estrés de los profesionales de enfermería.
4. Por último, debemos señalar que estos resultados pueden estar limitados por dos factores relacionados: el reducido tamaño de la muestra y la ausencia de un estudio cualitativo más amplio del instrumento empleado.

5. La autopercepción de la eficacia personal determina, en cierto modo, los patrones de pensamiento, las acciones y las reacciones emocionales del ser humano (Bandura)ⁱⁱⁱ. Por tanto, el que se lleven a cabo mayores investigaciones con respecto a esta área, ayudará a los profesionales de enfermería presentes y futuros a desempeñar sus actividades con mayor eficacia, reflejándose en una mejor visión y comprensión de lo que representa la muerte, por tanto, en una mejor atención dirigida al paciente terminal y la familia.
6. Empezar estudios que midan ya no la actitud, sino la conducta, que adoptan los profesionales de enfermería ante el paciente que se halla en fase terminal.
7. Implementar talleres para modificar actitudes, conductas y autopercepción de sí mismo, que por tanto se expresen en la modificación de conductas en las instituciones de salud y educativas, con la finalidad de que el profesional de enfermería brinde la oportunidad de restablecer la comunicación del tema de la muerte, con los pacientes y familiares.

La actitud con una base motivacional utilitaria se adquiriría a través de la experiencia con un objeto relacionado con la supervivencia. Una actitud de expresión de valores está basada en el motivo de la persona por autoestimación y autorrealización.

Dependen de la percepción del individuo. Forman parte del proceso de identificación y en ellas interviene la influencia parental.

Las actitudes defensivas del Yo están también relacionadas con el motivo de autoestimación, pero defendiendo el Yo de una manera negativa. En ellas encontraríamos los prejuicios. Están en conjunción con los mecanismos de defensa y defienden a la persona de sus propias ansiedades

8. Las enfermeras, los consejeros, los agentes de salud y los médicos

adscritos en comunidades, especialmente en los centros de salud y en los hospitales, pueden recibir una formación interdisciplinaria, para poder utilizar enfoques de asistencia paliativa, global y de rehabilitación^{iv}.

9. Es posible formar a voluntarios y a agentes comunitarios para que puedan proporcionar asistencia a pacientes con enfermedades crónicas o minusvalías.

10. También es posible formar a los miembros de la familia para que puedan proporcionar atención básica de enfermería, y aprender a hacer frente a los trastornos del comportamiento.

De todo lo anterior, se deduce que una formación integral de los futuros enfermeros constituye una garantía para el futuro porque permitirá contar con personal más competente y mejor formado ante estas demandas, ya que ayudar a morir con dignidad y acompañar en el sufrimiento requiere formación, conocimiento y madurez.

Los hospitales juegan un papel relevante, pues no sólo han de tratar la enfermedad, sino que deben enseñar a vivir a la gente, a prestarse apoyo mutuamente, de modo que, cuando salgan del hospital, hayan aprendido algo sobre sí mismos, sobre cómo seguir viviendo el tiempo restante de vida^v.

ⁱGala LFJ, Lupiani2002. *Op. cit.*

ⁱⁱPrieto Navarro. *La Autoeficacia en el contexto Académico. Exploración bibliográfica comentada*

ⁱⁱⁱBandura A. Self-efficacymechanism in human agency. 1982. *American psychologist*. 37, 122-147.

^{iv}A. Moss V. Enfrentar la muerte y descubrir la vida. ¿Qué podemos hacer para mejorar la calidad de vida de las personas que están en la fase final de su vida? *Contact*. Publicación del Consejo Mundial de Iglesias. 1999; Mayo-julio 3-6.

^vRodríguez Fernández M. *Actitudes ante la muerte*. Cuadernos de Bioética Vol XI N° 41, 1º, 2000. 113-118. Recuperado el 18 octubre 06. En:

<http://www.aunaocio.com/zonaweb/maribelium/actitudesmarte.htm>

A N E X O S

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con los principios de Helsinki y con la Ley General de Salud. Título segundo. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos Capítulo I. Disposiciones comunes. Artículo 13 y 14. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se considera como riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados en el Artículo 21.

“Se me ha explicado de manera clara el objetivo del estudio el cual es; conocer, describir y analizar las actitudes que tienen las enfermeras hacia la muerte y hacia el paciente en estado terminal y mi forma de participación en él, es decir llenaré de forma libre y autónoma el cuestionario que involucra aspectos relacionados a la muerte. Todo ello sin la implicación de ningún riesgo, así como la aseveración de resguardar mi anonimato, es decir la confidencialidad, de mis datos personales, así como el uso correcto de la información proporcionada. Que los resultados de éste estudio ayudarán a conocer los aspectos en los que se requiere un mayor apoyo hacia el personal de enfermería que enfrenta dificultad al atender a pacientes en estado terminal.”

“De la misma forma se me ha asegurado que puedo preguntar cualquier duda relacionada con el estudio, así como mi participación en él, o en todo caso la libertad para poder denegar mi participación, sin que ello afecte ningún aspecto de mi ejercicio profesional o personal. Por tanto autorizo la publicación de los resultados del estudio a condición de que en todo momento se mantendrá en secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad”.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: Actitudes que tienen los profesionales de enfermería que laboran en un Hospital General de la Cd de México hacia la muerte y el paciente terminal.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del inv. Responsable

ANEXO B. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS



Folio: _____

Instrumento de valoración de actitudes

Las siguientes preguntas forman parte de un trabajo de investigación, cuyo objetivo es: Describir las actitudes hacia la muerte y hacia el paciente terminal que tienen los Profesionales de Enfermería. El estudio servirá para plantear líneas de intervención y apoyo para el personal de enfermería en caso de ser necesario. Por lo que le pedimos contestar lo más sinceramente posible, a todas las preguntas hechas a continuación. Agradecemos su valiosa colaboración.

Edad: _____	Sexo: mujer <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/>
Años de estudio: _____	Lugar donde realizó sus estudios _____
Religión: _____	Estado civil: _____
Lugar de nacimiento: _____	Zona en la que vive: _____
Hace cuanto radica allí: _____	Antigüedad en el servicio: _____
Servicio en que labora: _____	Antigüedad laboral: _____
¿Ha tomado cursos de actualización? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Cursos dirigidos a la atención del paciente terminal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Instrucciones:

- Lea detenidamente cada una de las preguntas, contestando con lo primero que llegue a su mente
- Marque con una equis (X) la respuesta que usted considera refleja su opinión.
- Si tiene alguna duda consulte al encuestador.

2.- En estos momentos, emocionalmente se siente:

Muy bien bien regular mal muy mal

3.- ¿Se siente preparado desde un punto de vista **emocional** para cuidar a enfermos terminales?

Nada poco regular bastante mucho

4.- ¿Se siente preparado desde un punto de vista **asistencial**, para cuidar a enfermos terminales? (Por ejemplo, como controlar el dolor, como comunicarte con el enfermo, que información darle, tratamiento de los principales síntomas...)

Nada poco regular bastante mucho

5.- En una escala de 1 a 10 (Una puntuación de 1 sería la mínima y 10 la máxima importancia) Puntúe la importancia que para usted tienen los cuidados al enfermo terminal en la carrera de Enfermería.: _____

I. ANEXO C. INSTRUMENTO CREENCIAS SOCIALES

Marque con una (X) la respuesta que refleje su opinión.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Es peligroso hablar mal de los muertos					
Cuando una persona se muere, su espíritu permanece con nosotros					
Es muy importante honrar la memoria de los muertos					
Tengo miedo a los muertos					
Llevar luto es la mejor forma de demostrar el amor por la persona que fallece					
Cuando muera quiero que se me entierre					
Celebro el día de muertos					
Existe la vida después de la muerte					
Soy una persona con creencias religiosas firmes					
He tenido experiencias con connotaciones sobrenaturales con respecto a la muerte					
Creo en la reencarnación					
Pongo en práctica mis creencias religiosas					
Cuando muera quiero que se me incinere					
Tengo miedo a la muerte					

ANEXO D. CUESTIONARIO SOBRE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE DE BUGEN
II. Valore del 1 a 5 el grado de acuerdo o desacuerdo en las siguientes afirmaciones

	Definitivamente Sí	Probablemente Sí	Indeciso	Probablemente No	Definitivamente No
Me siento preparada /o para afrontar mi proceso de morir					
Puedo pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario					
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte					
Puedo hablar de mi muerte con mi familia y amigos					
Me siento capaz de manejar la muerte de los de los pacientes					
Sé escuchar a los enfermos terminales					
Sé como hablar con los niños de la muerte					
Me siento preparada /o para afrontar mi muerte					
Puedo ayudar a las personas a elaborar sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y al proceso de morir					
Soy capaz de hablar con un familiar sobre la muerte					
Me puedo comunicar con un enfermo moribundo					

ANEXO E. ESCALA DE AUTOEFICACIA FRENTE A LA MUERTE DE ROBBINS

III. ¿Hasta que punto se siente capaz de llevar a cabo las siguientes acciones?

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Afrontar la muerte de una persona anciana					
Escuchar las preocupaciones de un paciente moribundo					
Escuchar las preocupaciones de un familiar de un enfermo moribundo					
Afrontar la muerte de un enfermo de SIDA					
Tocar un cadáver					
Lo mejor es decirle al familiar que su ser querido se está muriendo y esconder la verdad al enfermo					
Afrontar la muerte de un enfermo con cáncer					
Proporcionar cuidados físicos a un enfermo moribundo					
Comunicarse con un paciente moribundo					
Visitar a un amigo moribundo					
Dar el pésame a una familia de un paciente					
Afrontar la muerte de un amigo de tu edad					
Acompañar a una persona en el momento de su muerte					
Estar con una persona que presenta síntomas físicos desagradables					
Permitir a un paciente moribundo que se comunique plenamente					
Proporcionar apoyo emocional a la familia del paciente					
Cuidar del paciente para que la familia tenga un respiro					
Entender el duelo y el dolor de la pérdida					

ANEXO F. ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE COLLET-LESTER

V. ¿Hasta que punto te preocupan o inquietan los aspectos de la muerte y del proceso de morir que se menciona a continuación?

1.- Hasta que punto le inquieta o preocupa su propia muerte:

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Perder todo lo que tienes en esta vida					
No poder sentir o pensar algo nunca más					
La imposibilidad total de comunicación					
Que nadie te recuerde tras tu muerte					
Morir joven					

2.- Hasta que punto le inquieta o preocupa su propio proceso de morir:

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Un dolor continuo insoportable					
La pérdida de control sobre mis funciones Fisiológicas					
El deterioro de mis facultades mentales					
La posibilidad de morir solo, sin la presencia de los seres queridos					
La incertidumbre que acompaña el proceso de morir					

3.- Hasta que punto le inquieta o preocupa la muerte de la persona más querida:

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Su pérdida definitiva					
El hecho de que no podré verla,					
Sentirla u oírla nunca más					
No podré comunicarme con ella Nunca más					
Arrepentirme de no haber aprovechado Más de su compañía cuando estaba viva					
Sentirme solo/a sin ella					

4.- Hasta que punto le inquieta o preocupa el proceso de morir de la persona más querida

	Nada	Un poco	Regular	Mucho	Muchísimo
Contemplar su dolor y sufrimiento					
Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas					
Contemplar su deterioro mental					
Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos					
Sentirme sin recursos para ayudarla					

Gracias por su valiosa colaboración

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹INEGI. (2006). *Agenda estadística de los Estados Unidos de América*. Instituto Nacional de Geografía e Informática. México: INEGI.
- ¹Cerdá, E. (1990). *Una psicología de hoy*. (14ª ed.): Barcelona. Harder
- ¹Palencia M. *Calidad de la atención al final de la vida. Manual para el médico y la enfermera*. México. Ed. Grama. 2006. pp. 20-39.
- ¹Gala LFJ, Lupiani JM, Raja HR, Guillén GC, González IJM, Villaverde GC, Alba SI. *Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual*. Cuad. Med. Forense. 2002 oct.; (30). En: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pdf=S1135>. Consultado el 12 de septiembre 2006
- ¹ Medina Castellano CD. *Ética y legislación: Difusión avances de enfermería*: Madrid Valencia; 2000: 170-175
- ¹Ariés, P. *O Homem Perante a Morte*, (Vol. I e II). Lisboa. Publicações Europa-América, 1988. En: Afonso AEM. *Um olhar sobre a morte*. Trabajo elaborado en el 1er módulo de posgrado en Cuidados paliativos 2006/2007.
- ¹Pinard Suzanne. *Del otro lado de las lágrimas. Guía para superar el dolor de la muerte*. (1997). Edit. Grijalbo. México, DF. P.197.
- ¹Allué M., *Antropología de la muerte*, Revista ROL de Enfermería 179-180, 1993.
- ¹ Álvarez Echeverri T. *El cuidado paliativo en casa al paciente terminal*. Rev. Medunab. 2001;4(10); 1-10.
- ¹Medina Castellano CD. *Ética y legislación*. Edit. Difusión Avances de Enfermería. Madrid, 2000.170-175
- ¹Gala LFJ. (2002). *Op. cit.*
- ¹Colell Brunet R, Limonero GJ y Otero MD. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. Rev. Investigación en Salud. 2003; 5(2).<http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>
- ¹Hernández Ávila M, Valdez Medina JL. Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes. Ciencia Ergo Sum. México 2002; 9(2):162-168.
- ¹Benbunan BB y cols. (2007) *Op.cit.*
- ¹Gala León. (2002) *Op. cit.*
- ¹Benbunan BB. et al. (2007) *Op. Cit.*
- ¹ Maqueo Velasco MP. *El papel de la enfermera en la tanatología*. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000; 8(1-4): 69-73
- ¹Gala León. (2002). *Op. cit.*
- ¹ Maqueo Velasco MP. (2000). *Op. cit.*
- ¹Yagüe Frías.AC, García Martínez MC. *Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales*. Rev. uclm.2002; 5(3). En: <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>
- ¹*Ibid.*
- ¹Gala y cols. (2002). *Op. cit.*
- ¹*Ibid.*
- ¹Álvarez ET. (2001). *Op. cit.*
- ¹Roncarati R, Pires de CRM, Giovanni RE, Tiemi M. *Cuidados paliativos num Hospital Universitário de Assistência Terciária: umanecessidade?* (Cuidados paliativos en un hospital universitario de asistencia terciaria: una necesidad). Semina: ciencias Biológicas e da Saude, Londrina, en/dic. 2003; 24: 37-48.
- ¹Chávez Barrientos P. *Cuidados paliativos en el adulto mayor*. (Chile).
- ¹Kübler Ross. *Sobre la muerte y los moribundos*. (2002). Edit. Grijalbo Mondador; España. pp. 13-58.
- ¹Pinazo S, Bueno JR. *Reflexiones acerca del final de la vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años*. Rev. MultGerotol 2004; 14(1):22-26.
- ¹Moscovici S. *El psicoanálisis, su imagen y su público*.(1979). Presses univertaires.Buenos Aires, Argentina. Edit. Huemul.*Thephenomenum of social representations*. 1984. En Fsarr, R, Moscovici S. European studies in social psychology. París, Francia; Cambridge, UniversityPress.
- ¹Ospina Rave BE, Sandoval JDJ, Aristizábal Botero CA; Ramírez Gómez MC. *La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud*. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín 2005. XXIII (1):

15-19.

¹Ceriani Cernadas C. *Notas histórico-antropológicas sobre las representaciones de la muerte*. Arch. argent. Pediatr 2001; 99(4):326-336.

En: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01_4/326.pdf

¹Jodelet, Denise, "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en Psicología social, II, ed. Paidós, España 1984, pp. 469-494.

¹ Gutiérrez Alberoni JD: *La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial*. Rev. Psiquiatría Pública 1998; 10(4):11-19. En: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/art-esp.pdf>

¹Jodelet D. (1984). *Op. Cit.*

¹Araya Umayá S. *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. En: http://www.flacso.or.cr/Cuaderno_127.129.0.html#144

¹*Ibíd.*

¹*Ibíd.*

¹Gutiérrez Alberoni. JD (1998). *Op. cit.*

¹Araya US. *Op. cit.*

¹*Ibíd.*

¹Gutiérrez Alberoni JD.(1998). *Op. cit.*

¹Araya US. *Op. cit.*

¹Lacolla, L. *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.3 (Julio-Diciembre de 2005). En Internet: <http://revista.iered.org>

¹Ceriani CC. (2001). *Op. cit.*

¹*Ibíd.*

¹*Ibíd.*

¹*Ibíd.*

¹Lacolla L. (2005). *Op. cit.*

¹Araya Umayá. *Op. cit.*

¹Gallego, C. (1998). *Lógica, sensibilidad y Matemáticas* en Cuadernos de Pedagogía 1998, N° 271 Julio-Agosto pp. 56-60.

¹Araya Umayá S. *Op. cit.*

¹Hernández AM, Valdez MJL. (2002). *Op. cit.*

¹Ceriani CC. (2001). *Op. cit.*

¹Ibañez T. Ideologías de la vida cotidiana. (1988). Barcelona, Sendai. En: LACOLLA, Liliana. *Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos*. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa, 2005; 1(3): Disponible en Internet: <http://revista.iered.org>

¹Lacolla L. (2005). *Op. cit.*

¹Padilla SG. *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. (1998). Edit. Manual Moderno, México. Pp. 455-464.

¹Araya Umayá. *Op. cit.*

¹Allport, GW. (1935). *Attitudes, en Murchison (ed), Handbook of social psychology*, Worcester, Clark University Press.

¹Thurstone L, Chave E. (1929). *The measurement of attitudes*, Chicago, University Press.

¹Katz D, Stottland EA. (1959). *A preliminary statement to a theory of attitude structure and change*, en Koch (ed), citado en Mayor y Pinillos (1989) *Creencias, actitudes y valores*, Madrid, Alhambra, vol III, 423-475.

¹Fishbein M, Ajzenl. (1980). *Predicting and understanding consumer behavior: Attitude behavior correspondence*. Ajzen y Fishbein (eds) *Understanding attitudes and predicting Social behavior*, Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall.

¹Castro de Bustamante, Jeannette Coromoto. Análisis de los componentes actitudinales de los docentes hacia la enseñanza de la matemática, caso 1º y 2º etapas de educación básica. Municipio de Sn Cristóbal- Estado Táchira. En: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX-0209104-085732

¹*Ibíd.*

¹Castro de Bustamante, Jeannette Coromoto *Teoría general de las actitudes*. Recuperado el 28 de noviembre 2006

en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_URV/AVAILABLE/TDX0209104085732//02CapituloPartel.pdf

¹Rosenberg MJ y Cols. (1960) *Attitude organization and change. An analysis of consistence*

among attitude components, New Haven, Yale Univ. Press.

¹ Padilla SG. (1998). *Op. cit.*

¹ Colell R. (2005). *Op. cit.*

¹ Padilla SG. (1998). *Op. cit.*

¹ Collet, L. y Lester, D. *The fear of death and the fear of dying*. *Journal of psychology*. 1969. 72:179-181.

¹ Tomás Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. *Spanish adaptation of the Collet –Lester fear of death scale*. *Death Stud.* 2007; 31; 249-60. Recuperado en: http://journal.paho.org/?a_ID=925

¹ Ospina Rave, y Cols. (2005). *Op. cit.*

¹ Fernández MR, Pérez HAH, Rodríguez BLM, Marcén AC. *¿Qué miden las escalas de actitudes? Análisis de un ejemplo para conocer la actitud hacia los residuos urbanos*. *Ecosistemas* 2003/2. En: www.aeet.org/Ecosistemas/032/educativa1.htm.

¹ Robbins RA. (1997). *Competencia ante la muerte: escala de Bugen de Afrontamiento de la muerte*. En Neimayer, RA. *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona; Paidós. Pp. 159-174.

¹ Bugen LA. *Copping. Effects of find education*. *Omega*, 11, 175-183. En Neimayer, RA. *Métodos de evaluación de ansiedad ante la muerte*. Barcelona; Paidós. Pp. 159-174.

¹ Padilla (1998). *Op. cit.*

³ Buquet Duran X, Pujol Sabanes T. *Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir*. *Medicina Paliativa*. 2004; 8(3): 116-119.

¹ Benbunan Bentata B, Cruz Quintana F, Roa Venegas JM, Villaverde Gutiérrez, Benbunan Bentata BR. *Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: Una propuesta de intervención*. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007. 7(001):197-205. En: <http://redalyc.uaemex.mx>.

¹ Colell R. "Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña". Tesis doctoral. (Barcelona, 2005). http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175855/rcb1de1.pdf

¹ Cruz C, Cruz Garofalo R, Sabino T, De Luca Nascimento MA. O "Pacote" e a enfermagem (análise crítica de uma cena de morte). *Bras. Enferm.*, Brasília. 2000; 53(3):467- 471

¹ Virani R, Sofer D. *Improving the Quality of end of life care*. *AJN*. 2003; 103(5): 52-60.

¹ Cardeal da costa J, García de Lima RA. *Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado a criança/adolescente no proceso de morte e morrer. (Luto del equipo: Revelaciones de los profesionales de enfermería sobre el cuidado a niños/adolescentes en el proceso de muerte y morir*. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2):151-7.

¹ Benbunan BB, Cruz QF, María Roa VJ, Villaverde Gutiérrez, Benbunan BRB. *Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería; Una propuesta de intervención*. *International Journal of Clinical and health Psychology*. 2007. Enero 1(7): 197-205. En <http://redalyc.uaemex.mx>.

¹ Cordero Y, Jiménez A, Marrero R. (2003). *Actitud ante la muerte del personal de Enfermería del turno de 7 am a 1 pm y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares*. [Tesis de Licenciatura. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado"].

¹ *Ibíd.*

¹ *Ibíd.*

¹ Montoya Juárez R. *Morir una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa*. *Evidentia* 2006 sept-oct; 3(11). En www.index-f.com/Evidentia/n11/259articulo.php. Consultado el 20 de Noviembre 2006.

¹ Colell Brunet R, Limonero GJ y Otero MD. *Op. cit.*

¹ Colell BR, Limonero GTJ, Otero MD. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. *Rev. Investigación en salud* 2003; 5(2). En: <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/agosto2003/actitudes.html>

¹ Rodríguez Rioboo F. *La vejez y la muerte*. *Anales de Psicología*. España 2004; 14(001):127-135.

¹ Vilches Seguel L. *Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel de educación superior*. *Revista de Psicología*. 2000. IX. En: www.redalyc.org.

¹ Cordero Y, Jiménez A, Marrero R. (2003). *Op. Cit.*

¹ Cruz C. *et al.* (2000) *Op. cit.*

¹ Colell Brunet. *Op. cit.*

¹ Colell Brunet, R., Limonero García, J. T., Nuín Orrió, C., Ballesté Torralba, J., Blanco Blanco, J.: *Implicación de la Inteligencia Emocional en profesionales de Cuidados Paliativos*. [Libro

deponencias]. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.17-20 de Noviembre de 2004.Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería .Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. Recuperado el 5 de agosto 2008 en: www.isciii.es/investen.

¹ Fernández Abascal EG. *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Albert Bandura R.E.M.E. (Revista electrónica de motivación y emoción). España. 1999; 3(5-6). Recuperado el 5 de agosto 2008. en:<http://reme.uji.es/articulos/agxfee9232111100/texto.html>.

¹García. A. *Psicopedagogía en tanatología*. En: <http://tanatologia.org/curriculum8.html>

¹Ibíd.FernándezAbascal (1999).

¹Bandura A. *Self-efficacy mechanism in human agency*.1982.American psychologist.37, 122-147.

¹FernándezAbascal (1999). *Op. Cit.*

¹ Colell Brunet. (2003). *Op. Cit.*

¹ Heidegger M. (1998). *Ser y tiempo*. edit. Universitaria. Santiago de Chile. p.30

¹Vilches SL. (2000). *Op. Cit.*

¹ Sánchez Julián. *Las religiones en México*. [El Universal.25/12/06(versión electrónica)]. Recuperado el 2 de agosto 08. en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/146957.html>.

¹ Mooney CD. *Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students*.American Journal of Hospiceand Palliative Medicine.2005; 22:427. En: <http://ajh.sagepub.com/cgi/content/abstract/22/6/427>.

¹García A. *Op.cit.*

¹Fischer Prestoy, S.*The final Journey: Nurses' lived experience of caring for patients at the end of their lives-implications for Nursing Education and Management*.[Librodeponencias]. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.17-20 de Noviembre de 2004.Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería .Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III. Recuperado el 5 de agosto 2008 en: www.isciii.es/investen.

¹ Colell Brunet. *Op.cit.*

¹ Fisher Prestoy S. (2004). *Op.cCit.*

¹Formación en tanatología en enfermería de urgencias. Propuesta mediante un curso alternativo. x congreso nacional de enfermería de urgencias. Tenerife, del 15 al 18 de octubre de 1997.

¹Gala LFJ, Lupiani2002. *Op.cit.*

¹Prieto Navarro. *La Autoeficacia en el contexto Académico. Exploración bibliográfica comentada*

¹Bandura A. *Self-efficacymechanism in human agency*. 1982. American psychologist. 37, 122-147.

¹A. Moss V. *Enfrentar la muerte y descubrir la vida. ¿Qué podemos hacer para mejorar la calidad de vida de las personas que están en la fase final de su vida?* Contact. Publicación del Consejo Mundial de Iglesias.1999; Mayo-julio 3-6.

¹ Rodríguez Fernández M. *Actitudes ante la muerte*. Cuadernos de Bioética Vol XI Nº 41, 1º, 2000. 113-118. Recuperado el 18 octubre 06. En: <http://www.aunaocio.com/zonaweb/maribelium/actitudesmarte.htm>