



**UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN
DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA
MUERTE DE LOS USUARIOS DEL HCHM DE
CHILLÁN**

AUTORES:

BETANCOURT CABRERA, SERGIO
PEÑARANDA FERNÁNDEZ, M^a ANTONIETA
VALDEBENITO MONTECINO, ASTRID
VILLANUEVA HORMAZABAL, PAULINA

DOCENTE GUÍA:

OSORIO URIBE, MARÍA GLADYS
E.U; MAGISTER EN BIOÉTICA

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN, CHILE**

2009

RESUMEN

Estudio de diseño descriptivo, analítico de corte transversal, cuyo propósito fue determinar si los factores sociodemográficos, características personales y laborales, influyen en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios.

Se realizó durante el año 2009, en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, en un grupo muestra constituido por 93 Enfermeras/os. Los datos se obtuvieron a través del Instrumento “Cuestionario para conocer los factores que influyen en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM de Chillán”.

Los datos fueron tabulados en Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó en el programa InfoStat 2007.

Los resultados obtenidos indicaban que la mayoría de los Profesionales, presentaban una buena percepción ante la muerte, gran parte de la muestra eran mujeres, el grupo etario que se presentó con mayor frecuencia fue el que tenía entre 23 y 29 años, la religión católica fue la más practicada y al momento de realizar el estudio la mayoría de los Profesionales se encontraba con pareja, con hijos y presentaba un alto nivel de funcionamiento familiar. Un porcentaje pequeño de éstos sufrió durante el último año el fallecimiento de una persona cercana. En cuanto a los años de experiencia laboral la mayoría de los Profesionales ejercía hace menos de cinco años y a gran parte de ellos les generó estrés laboral afrontar la muerte de un usuario. Un alto porcentaje de los Profesionales no ha recibido capacitación sobre el afrontamiento de la muerte.

No existió relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio y la percepción frente a la muerte del Profesional de Enfermería.

Palabras claves: Percepción – Muerte – Profesional de Enfermería.

ABSTRACT

Study of descriptive and analytical design of transversal type, whose intention it was to determine if the sociodemographic factors, personal and labor characteristics may influence the perception of the professional nurses facing user's death.

A research was done to a sample group of 93 nurses at the Herminda Martin Clinical Hospital from Chillán City during the year 2009. The data was collected through a questionnaire adapted by the authors. The questionnaire included sociodemographic, personal and labor characteristics. It was also included Likert Scale questions which evaluate attitudes and perception towards death by the Nursing professional.

The data was tabulated using spreadsheets Excel 2007 and the statistical analysis was carried out using InfoStat program 2007.

The obtained results indicate that most of the Professionals had a good perception to death. They were women whose ages fluctuated between 23 and 29 years old, they were catholic and at the time of the research they did not have a couple. Most of them had children and they showed a high level of familiar life. A small percentage of these professionals underwent the death of a loved one during the last year. According to the labor experience, most of the professionals have practicing nursing for less than 5 years and for a great number of them facing a user's death causes labor stress. This situation is mainly because they are affected by the act of informing the user's death to his/her family. A high percentage of the professionals have not received formal qualifications to face death and the preparation they have, it is only due to personal experience. There is no statistically significant relation between the variables in study and the perception towards death for the Nursing professionals.

Key words: Perception - Death - Nursing professionals.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de la presente investigación desean expresar sus más sinceros agradecimientos a:

- Sra. María Gladys Osorio Uribe, Docente guía, por su buena acogida, asesoría constante, apoyo y confianza durante la realización de esta investigación.
- Sra. Alejandra Rodríguez Fernández, por su valiosa colaboración y asesoría estadística, sin la cual no habría sido posible llevar a cabo este estudio.
- Sra. Marcelina Landeros, Subdirectora de Enfermería del Hospital "Dr. Víctor Ríos Ruiz" de la ciudad de Los Ángeles, por su excelente acogida y colaboración para la realización de la prueba piloto del presente estudio.
- Directivos y Enfermeras/os Supervisoras/es de los diferentes servicios del HCHM de Chillán, donde se aplicaron las encuestas, por su buena recepción y acogida.
- Todos los Enfermeras/as Clínicas/os que participaron en nuestra investigación de forma voluntaria, por su buena disposición, tiempo y ayuda, sin los cuales no se habría podido realizar esta investigación.
- Familiares y amigos por su apoyo incondicional y cariño.
- Todos quienes directa o indirectamente contribuyeron al desarrollo de la presente investigación.

DEDICATORIAS

A Dios;

A nuestros padres, por darnos la vida, su amor y su ejemplo;

A todos quienes estuvieron con nosotros en este largo proceso, brindando su apoyo y comprensión.

A nuestros maestros por compartir generosamente sus conocimientos;

A nuestros compañeros de estudio, por brindarnos su amistad y apoyo moral.

Alumnos Tesistas

“Yo dormía y soñé que la vida era alegría. Me desperté y vi que la vida era servicio. Serví y comprendí que el servicio era alegría”

Rabindranath Tagore

INDICE

I. Introducción	1
1.1. Presentación y fundamentación del problema.....	2
1.2. Problema y problematización.....	4
1.3. Marco teórico.....	6
1.4. Marco empírico.....	20
1.5. Propósito de la investigación.....	27
1.6. Objetivos generales y específicos.....	28
1.7. Listado de variables.....	30
II. Metodología de la investigación	31
2.1. Tipo de diseño.....	31
2.2. Universo y muestra.....	31
2.3. Unidad de análisis.....	31
2.4. Criterios de Inclusión.....	31
2.5. Aspectos éticos.....	32
2.6. Recolección de datos.....	32
2.7. Descripción del instrumento recolector.....	33
2.8. Procedimiento de recolección de datos para Prueba Piloto.....	34
2.9. Procesamiento de Datos.....	35
III. Análisis	36
3.1. Descripción de datos.....	36
3.2. Análisis de los datos.....	41
3.3. Discusión de resultados.....	51

IV. Conclusiones, sugerencias y limitaciones.....	55
4.1. Conclusiones.....	55
4.2. Sugerencias.....	59
4.3. Limitaciones.....	60
V. Bibliografía.....	61
VI. Anexos.....	65

I. INTRODUCCIÓN

La tasa de mortalidad general en Chile en el año 2005 según el Comité Nacional de Estadísticas Vitales (CNEV) es de 5,3 por mil habitantes, mientras que en la región del Bío-Bío es de 5,6 por mil habitantes. Si bien con el paso de los años estas se han visto postergadas por los avances tecnológicos y médicos, el fin de la vida sigue siendo un acontecimiento inevitable que afecta no sólo a la familia del usuario fallecido, sino también al personal sanitario que acompaña en los últimos momentos de vida. Estos avances han generado que el proceso de morir pase desde el ámbito de la familia o las comunidades, al dominio de la Medicina, transformándose el deceso en un trámite regido por normas y decisiones técnicas, desprendido de afectividad y fuera del contexto íntimo y familiar. (3)

La Enfermería es una Profesión que se enfrenta cada día a situaciones cercanas al morir y la muerte. El contacto directo con pacientes moribundos y sus familiares precisa de una formación específica para el colectivo de Enfermeras/os en estos temas tan difíciles de afrontar.

En relación a lo anteriormente expuesto se fundamenta la importancia de realizar un estudio que permita conocer los factores que influyen en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante a la muerte de los usuarios. Es por eso que a través de esta investigación se busca dar respuesta a las interrogantes planteadas en este estudio y así contribuir a mejorar el quehacer de Enfermería ante el proceso de morir.

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad los aspectos relacionados con el proceso de morir han adquirido gran importancia en nuestra sociedad. Los avances de la Medicina y otras ciencias afines permiten la prolongación de la vida o el mantenimiento de funciones vitales, con frecuencia en un ambiente hospitalario altamente tecnificada.

Sin embargo a pesar de esto, el fin de la vida sigue siendo un acontecimiento inevitable, que afecta en distintas etapas del ciclo vital a todos los seres humanos.

Para los Profesionales de la Salud el afrontamiento del dolor y la muerte constituye uno de los aspectos más relevantes dentro del ejercicio Profesional, es por esto que resulta necesario indagar en el impacto emocional que tienen las experiencias sobre éstos.

El proceso de morir se vivencia a diario dentro de los recintos hospitalarios, lo que extiende el grupo humano al que afecta, ya que en estos casos no solo la familia es la que debe afrontar este suceso sino también el equipo de salud que rodea al usuario.

Por otra parte la percepción y las actitudes que tienen los individuos ante este acontecimiento varían entre una persona y otra. Existen ciertos factores que pueden influir en la percepción de la muerte que tienen los Profesionales de la Salud, es por esto que la presente investigación se orienta a determinar si las características sociodemográficas, personales y laborales influyen o no sobre la percepción ante la muerte que poseen los Profesionales de Enfermería.

Importancia para la Profesión

Si bien la Enfermería como Profesión tiene la función de brindar cuidados integrales al usuario y familia para preservar la vida, también tiene la responsabilidad de apoyar en los momentos finales para hacer de este proceso, un acontecimiento digno tanto para el paciente como para su familia.

Proporcionar condiciones que permitan una muerte digna es una responsabilidad moral ineludible de los Enfermeras/os que se afrontan a la muerte de los usuarios. Esto significa ante todo y sobre todo, no grandes conocimientos técnicos ni psicológicos, sino tener la capacidad de estar cerca, de superar la propia angustia ante la muerte del otro, de mostrar cordialidad y ternura al que vive el trance duro del final de sus días. “Ayudar a morir” (9) significa también saber estar cerca de los familiares del enfermo. Son éstos, normalmente, los que más podrán ayudar y los que más tiempo pasan con el enfermo. Son personas que necesitan también ser ayudados, porque experimentan la angustia de la pérdida del ser querido y pueden surgir en ellas sentimientos de culpabilidad por su conducta pasada con el enfermo. Este es un aspecto generalmente olvidado en los grandes centros hospitalarios.

Es por esto que es de suma importancia investigar los factores que pueden influir en la percepción que tienen los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios que están bajo su cuidado, ya que ésta tiene directa relación con las actitudes y conductas que éstos muestran a la hora de afrontar la muerte.

1.2 PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

A) PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en la percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán?

B) PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Influirá la edad del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
2. ¿Existirá relación entre el sexo del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
3. ¿Influirá el tipo de religión del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
4. ¿Influirá la tenencia de pareja del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
5. ¿Influirá la descendencia de los Profesionales de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
6. ¿Influirá el nivel de funcionamiento familiar del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?
7. ¿Influirá fallecimiento reciente de una persona cercana del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?

8. ¿Existirá relación entre los años de ejercicio Profesional de la Enfermera/o y la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?

9. ¿Influirá el estrés laboral del Profesional de Enfermería en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?

10. ¿Influirá la capacitación formal que ha recibido el Profesional de Enfermería, respecto al proceso de morir, en la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHM?

1.3 MARCO TEORICO

El concepto y definición de la muerte ha variado a través del tiempo, de acuerdo con la cultura, religión y pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin. (3)

Según el autor *Verwoerd* "El concepto de muerte adecuada implica la extinción gradual de la vida humana en forma tal que la declinación biológica es relativamente tranquila, y el equilibrio psicológico y la dignidad personal se mantienen, lográndose el consenso entre médico, paciente y familiares, a través de la ayuda brindada, con la finalidad que el usuario muera sin dolor y acompañado de familiares, haciéndola más sencilla de afrontar para todos quienes se ven involucrados. Estos criterios son consecuencia lógica del concepto integral de la vida humana como un fenómeno socio-psico-biológico. Es un ideal al cual todos aspiramos, pero que muy pocos logran alcanzar." (5). Sin embargo, el hombre experimenta diferentes formas de morir ya que la medicina actual ha conseguido modificar el momento, las causas y las circunstancias de la muerte. Antes se moría más joven, generalmente de enfermedades infecciosas agudas. Ahora se muere más viejo, de enfermedades crónicas y progresivas. Por lo que es aún más difícil de alcanzar dicho ideal.

Es fundamental que la persona moribunda busque una muerte con la mayor dignidad posible ya que es una oportunidad merecida y al mismo tiempo una gran tarea para la humanidad. Hay quienes aseguran que el derecho a la muerte (propia) es constitutivo del ser humano y que preferir morir bien a vivir mal puede ser elección justa en muchos casos.

La misión fundamental de la Medicina parece ser, no tanto comprender el sentido de la muerte, sino luchar contra ella, tratando de retardarla o atenuar lo doloroso

que conlleva ese momento inevitable. Mejorar la calidad de vida, calmar el dolor y luchar contra la enfermedad y contra la muerte hasta donde sea posible hacerlo y asistir al hombre que está sufriendo en la situación más trascendente de su vida que es morir. Como dice el *Eclesiastés* "hay un momento para nacer, y un momento para morir". (3) No se debe desear ni buscar la muerte, pero cuando ella llegue, se debe comprender que la vida debe tener un sentido y la muerte un significado.

En años recientes se han originado algunas dificultades al considerar las definiciones médicas y legales de la muerte. Los problemas han surgido en relación con las decisiones médicas y éticas que contemplan la alternativa de que los equipos que mantienen con vida a un paciente sean o no desconectados cuando ha ocurrido "muerte cerebral" (una curva plana en el EEG), ya que tras la declaración de Harvard se ha impuesto la noción de muerte cerebral como el límite convencional que separa a la persona viva de la muerta. (9)

El conocimiento de los estudios del morir ha ayudado a profesionales de la salud y familiares, una de las observaciones de la doctora *Kübler-Ross* más importantes es que el enfermo percibe muy a menudo, mediante señales psicofísicas desconocidas para nosotros, la llegada de la muerte, y que se le dificulta la despedida cuando se intenta bien intencionadamente disuadirle de su proximidad, además que existe una mayor frecuencia de muertes en recinto hospitalarios que en tiempos anteriores, hace que los profesionales se vean más cercanos a ella. Quizá sea uno de los motivos por los que muchos moribundos descubren antes en sus preocupaciones íntimas al Profesional de Enfermería que a los familiares, que posiblemente van a protestar y lamentarse, y es el motivo de que algunos moribundos deseen morir a solas.

Por lo que es fundamental que la clínica perfecta no deba convertirse en una pura estación de servicio con los máximos cuidados fisiológicos y los mínimos cuidados

humanos, sino que debe ser una mezcla equitativa de ambos. Afortunadamente, hoy en día muchos Médicos, cuidadores y Enfermeras/os, ante el riesgo de despersonalización de los hospitales cada vez más de poner un alto a la universal amenaza del predominio de los aparatos y medicamentos, e insisten en el predominio central de la persona, saben lo importante que es mantener en la clínica un ambiente y un diálogo humano hasta el último momento. Lo cual para la Enfermería, es una función principal, la postura que si no puede "rescatar a los que están a punto de perecer" puede, por lo menos, "atender a los moribundos".
(9)

Hace varias décadas, se abandonó la actitud de misterio y se dejó expuesto al debate el tema de la muerte, ahora podemos hablar de ella libremente. Gran parte de los primeros trabajos se deben a la doctora *Elisabeth Kübler-Ross*, quien se ha dedicado a trabajar con el personal de salud, y también con los entendidos en la materia, para ayudarlos a afrontar la muerte, la suya propia y la de sus seres amados o sus pacientes.

Para los Profesionales de Enfermería, sus primeros encuentros con la muerte y la agonía podrían constituir algo difícil de afrontar, pero en la realidad, no se pueden escapar tan fácilmente, ya que en este tipo de situaciones cercanas a la muerte, los Profesionales de Enfermería, pueden realizar una labor fundamental en la satisfacción de las necesidades tanto emocionales del paciente, de la familia y las necesidades propias que tienen como Profesionales.

El personal de Salud que trabaja con moribundos afronta problemas similares a los que aquejan a aquel que atiende unidades de cuidados intensivos de adultos o de neonatos o se dedica a pacientes sometidos a diálisis. La intensidad de la participación y el compromiso emocional causan una serie de conflictos, ya que es el Profesional de Enfermería quien proporciona la mayor parte de los cuidados que requieren los usuarios.

Cuando la Enfermera/o no es capaz de afrontar el proceso de morir, se encuentra en una situación muy compleja, ya que no siempre es posible asignar otra Enfermera/o a los casos de desahuciados, además el código para Enfermeras advierte que éstas son responsables de dar atención continua "con respeto por la naturaleza del problema de salud". (9)

La manera en que la Enfermera responda a una circunstancia de ese tipo dependerá de cómo entienda sus propias creencias y valores en la vida. La práctica de la ética se basa en el conocimiento de las responsabilidades personales y profesionales, lo mismo que de los valores, para que una/un Enfermera/o no le imponga sus propios valores al paciente, por lo menos a sabiendas.

Por otra parte, los Profesionales de la salud sufren una serie de pérdidas cuando los pacientes mueren, por lo que necesitan de un tiempo para reponerse del dolor antes que experimente una nueva pérdida. El cuerpo de Profesionales de la salud también tiene sentimientos de culpa cuando, aún por razones irremediables, las cosas no marcharon como debían.

Además la muerte del paciente puede generar frustraciones en el Profesional de salud, ya que las ansias que produce a cualquiera de ellos el ver que no puede hacer más por sus enfermos, puede llevar a delegar la asistencia humana y espiritual, en manos del equipo de Enfermería, el que, a su vez, por las mismas razones, puede terminar por evitar mayor contacto con el usuario.

El compromiso del Equipo de Salud debe abarcar la optimización posible de la calidad de vida de su paciente y, en consecuencia, el no abandono del caso hasta que sobrevenga la muerte, debe también asumir como responsabilidad el ofrecer buena calidad de muerte.

Situación de compromiso que a llevado a autores contemporáneos como *Shewin Nulland*, *Timothy Quill* y otros, a analizar retrospectivamente su propia práctica

médica, y han lamentado haber confundido la buena atención a un paciente con excederse en procedimientos y conductas médicas inútiles y causantes de sufrimiento adicional al paciente y a su familia, la mayoría de las veces por temor a admitir la muerte próxima no como un fracaso, sino como un hecho final y natural.

Tristemente todavía se da la situación señalada por el *Comité Europeo de Salud Pública*, 1981: “Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los Profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad, en una sociedad donde no se sabe morir”. (13)

La actitud de las personas que componen el equipo de salud debe manifestarse con la máxima expresión de beneficencia, la cual implicará la correcta excelencia del saber y asumir que la muerte no es un fracaso dentro de la escalada del éxito profesional, sino una parte de la misma profesión, cuya correcta actitud lo convertirá en el que reconozca la dignidad del acto de morir aplicando la acogida y el cuidado en vez de la activa curación de la enfermedad causal del desenlace. (1)

Estas actitudes se relacionan directamente con el concepto de percepción, una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social.

La percepción es biocultural porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y por otro, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones.

Las distintas maneras de reaccionar ante el hecho de la muerte inminente están supeditadas en gran medida a cada personalidad. La mayoría de los individuos alguna vez en su vida han experimentado el dolor que produce la pérdida de un ser querido, y cuando se trata de la muerte de algún ser con el cual se ha establecido una relación de amistad o de Profesional - usuario, generalmente se desconoce la manera adecuada de cómo reaccionar frente a este suceso.

El contacto que tiene el Profesional de Enfermería con la muerte, produce en él una percepción determinada, la cual generalmente está influida por diferentes variables que están relacionadas en alguna manera, con ciertos ámbitos que rodean al Profesional, entre las cuales encontramos, variables de condición sociodemográficas, personales y factores de su ambiente de trabajo.

Como el terreno laboral en el cual el Profesional de Enfermería se desempeña es muy variado, uno de los factores que podría influir en la percepción de la muerte, es los diferentes grupos etáricos de los pacientes a los que presta atención asistencial, así como también las diferencias de edades entre los Profesionales que experimentan el contacto con la muerte de los usuarios.

Es así como la manera de considerar la muerte esta influida en forma importante por la *situación etaria*. Ya que para el niño la muerte es algo vagamente amenazante, que le ocurre a otros y que identifica como un abandono o un viaje de alguien cercano a él. En el adolescente, la búsqueda angustiada de un camino, la fuerza de las pasiones y las frustraciones que le afectan al afrontarse a la vida sin estar preparado, le provocan con frecuencia estados depresivos que, a veces, lo llevan a la drogadicción o a la delincuencia para escapar de la desesperación de vivir.

En la edad adulta, el hombre preocupado de concretar y llevar a cabo su proyecto vital, quiere formar una familia, tener una ocupación, una profesión, ganar dinero, piensa que tiene por delante la mitad de la vida. La muerte está lejana; antes vendrá la vejez, la cual le preocupa mucho más. (5). En la vejez, el hombre quizás teme menos

a la muerte que a las contingencias (soledad, pobreza, enfermedad, limitaciones, segregación social), que aparecerán en los años que le quedan por vivir.

Por esto se puede considerar que existe una relación entre la edad y la reacción ante la muerte, ya que a medida que la edad aumenta la aproximación de la muerte produciría menos ansiedad en las personas.

Las actitudes etarias en relación con la muerte que se han descrito brevemente, son por supuesto tendencias y aproximaciones generales. Cada cual vive su propia vida y se enfrenta a su propia muerte en forma singular. Las generalizaciones señalan sólo tendencias, pero tienen la imprecisión de lo impersonal ante la individualidad del alma humana. Si bien las situaciones etarias y sociales condicionan muchas de las actitudes, los matices personales tienen la riqueza de infinitas variaciones. (3)

En consecuencia la esencia del ser humano no es modificada, sin embargo la percepción que este desarrolla durante el transcurso de su vida sobre la muerte puede estar influenciada, por otra parte, por aspectos tan comunes como las diferencias entre el hombre y la mujer, desigualdad que desde tiempos antiguos se ha producido.

Por lo que cabe preguntar si la toma de decisiones éticas difiere entre *hombres y mujeres* en algunas culturas, y en caso afirmativo, cómo se ajustan estas diferencias a una ética de cuidados.

En su libro *In a Different Voice*, Carol Gilligan (1982) describe tres estudios que exploran la estrategia decisoria de las mujeres. Su investigación parece sugerir que las mujeres emplean estrategias diferentes en la toma de decisiones morales. Se centran en la naturaleza de los cuidados y responsabilidades en las relaciones, y tienden a mantener vínculos con individuos y preservar su propia integridad. (11) La investigación de Gilligan también pone de manifiesto que el desarrollo moral de las mujeres es diferente al de los hombres, e igualmente valioso. Describe tres

niveles de desarrollo, que involucran la consideración de cuidados y responsabilidades en las relaciones de la mujer con el prójimo. (11)

Puesto que la Enfermería es practicada en diversos sistemas culturales, cualquier discusión de ética debe considerar los valores expresados por la cultura de la población y cómo se relacionan a las intervenciones propuestas de Enfermería.

Muchos valores culturales emanan de *creencias religiosas*, y pueden ser seguidos inconscientemente por los individuos. Estos valores están profundamente arraigados en los antecedentes y experiencias de cada persona, y no pueden ser cuestionados sin poner en tela de juicio el concepto mismo del ser. Por ejemplo, la mayoría de las religiones siguen ciertos principios, que afectan los conceptos individuales sobre la vida y la muerte, así como la importancia del otro mundo.

Es así como gran parte de la tradición judeocristiana no quiere que los Profesionales de la Salud se adjudiquen el "papel de Dios", porque lo que suceda naturalmente es lo que debe suceder. Si este pensamiento se obedeciera al pie de la letra ello significaría terminar la asistencia médica.

Por otra parte algunos moralistas católicos sugieren que, en vista de la situación actual de pluralismo de creencias, no debe imponerse al paciente la doctrina católica. Por supuesto que tampoco se le deben imponer las creencias no católicas.

Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo, El salvó al mundo de la muerte, del pecado y que da nueva vida a quienes crean en El. (8)

Las diferentes posturas que tiene cada tipo de religión deja de manifiesto que hay grandes variantes en los niveles de práctica de una persona a otra que ejerza una

religión específica, a pesar de esto, las familias generalmente se sienten muy complacidas si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en su cultura y reconoce que el paciente puede tener necesidades en éstas áreas de su vida.

Sin embargo también está la opción de que la persona manifieste no identificarse con ninguna religión, esto no siempre significa que no tenga creencias religiosas. Ya que puede representar que no quieren tener relación con ningún miembro de ninguna religión organizada o que no quieren hacer ningún compromiso.

El deber del Profesional de Enfermería es ayudar al paciente y a su familia, esto lo harán de acuerdo con la religión o ideología que tengan, para que puedan vivir una muerte digna. (18)

Otro aspecto importante que rodea tanto al Profesional de Enfermería como al moribundo es la *familia*, la cual se ha considerado a través del tiempo como el núcleo principal de la sociedad, por lo que se hace necesario que su organización sea cada vez mejor dirigida, ya que dentro de la familia se adquieren las bases de la conducta del hombre.

Cualquier persona con una enfermedad progresiva e incurable afronta muchas pérdidas antes de que la muerte llegue; La familia participa de esas pérdidas, pero también tiene que anticipar su propia agonía.

El moribundo y también el Profesional de Enfermería que están en contacto con la muerte de otras personas, buscan apoyo en sus familias y cercanos, sin embargo, también existen aspectos que podrían dificultar el afrontamiento de la muerte, ya que no siempre están bien definidos los roles de cada integrante de la familia.

Otro aspecto que es importante considerar es que el suceso de una *muerte cercana* afecta al Profesional de Salud en diferentes formas, por lo que, con el fin

de minimizar la tensión en el equipo de Profesionales de Enfermería es de vital importancia hacer una adecuada selección de sus miembros desde el principio.

Aquellos que han sufrido en carne propia un duelo reciente, que no han podido recuperarse de pérdidas anteriores o que tienen alguna razón para sentirse conmovidos ante una enfermedad específica, proyectan su propia problemática hacia las familias asistidas y están propensos a involucrarse en exceso.

El asistente puede estar incapacitado para ofrecer ayuda si evade el dolor de las propias despedidas en potencia, y puede necesitar aliento para contemplar este aspecto de sí mismo dentro del grupo "practicando" el despedirse de alguna persona a quien estime y que signifique algo importante en su vida. (8)

La mayoría de los Profesionales de Salud, antes de convertirse en asistentes, rara vez considera la propia muerte. Es posible que la conciencia de los Profesionales, sólo haya sido sacudida por el inesperado fallecimiento de algún familiar, por la muerte de un paciente de edad semejante a la de ellos, por un accidente mortal o por una enfermedad que amenace la vida de algún conocido.

Sin embargo, no es necesario haber vivido un duelo para poder brindar ayuda; aunque se diga esto, es casi necesario haber experimentado las reacciones ante algún tipo de pérdida aun cuando parezca que no hay relación alguna, como una pérdida de expectativas, esto es, no haber sido admitido en universidad, o simplemente un cambio de casa.

El Profesional sumergido en el ámbito laboral adquiere capacidades cada vez más pulidas a medida que los *años de ejercicio profesional* aumentan, así como también su criterio ante diferentes situaciones relacionadas con su trabajo, comienza a formarse y definirse, hecho que se podría relacionar directamente con la experiencia que el Profesional adquiere durante su vida laboral.

Es interesante observar las formas de reaccionar de los Profesionales de la Salud de acuerdo a su edad y experiencia. Los Profesionales jóvenes reaccionan ante la enfermedad fatal con agresividad y pronunciado descontento, y procuran combatirla utilizando todos los recursos posibles, a veces en forma desesperada y heroica. Los Profesionales de edad media aceptan intelectualmente las implicaciones de la muerte, pero emocionalmente rechazan su significado. (5)

Al igual que las distintas reacciones que tiene el Profesional de Salud según su experiencia, también existen diferentes situaciones que tiene que experimentar el Profesional de Salud durante su vida laboral, como el contacto con la muerte de los usuarios y el trato con las familias involucradas, lo que podría generar un cierto tipo de *estrés* en él, hecho que no es menor ya que el Profesional debe poseer la capacidad para saber manejarlo y evitar que pueda influir en la calidad de atención que presta al los usuarios.

La tensión asociada con el trabajo con pacientes agonizantes no debe exagerarse, si las cargas de trabajo son adecuadas y contamos con el apoyo de nuestros colegas, las recompensas son muy altas. (A. Naysmith y W. O' Neill). (8)

Además de lo mencionado anteriormente una ayuda para manejar tanto el estrés laboral como la situación de afrontar la muerte del paciente, es la *capacitación que el Profesional* posea dentro de su formación, la que le entrega herramientas necesarias para desempeñar lo mejor posible su actuar en las circunstancias que se presenten en su trabajo.

Es así como un estudio de la enseñanza de la ética en 209 programas aprobados de certificado de Enfermería en los Estados Unidos, reveló que su contenido general estaba integrado en los programas de estudio de dos tercios de los programas examinados (Aros/car, 1977). Esta investigación reveló la necesidad de enseñar contenidos específicos de la ética de Enfermería. (11)

Además un reciente estudio de la enseñanza de ética en programas de Enfermería, partería y visitas sanitarias en el Reino Unido, indicó que más del 90 por ciento de los programas estudiados consideraban que esta enseñanza debería formar parte de cualquier programa. (*Gallagher & Boyd, 1991*).

Así también, el investigador *Parkes* (1984), entrevistó a una amplia muestra de estudiantes de Enfermería y encontró que la agonía y la muerte eran los principales factores de tensión en sus materias. Este descubrimiento está corroborado por varios estudios (*Sherr, 1988; Lazarus, 1971; Menzis, 1966, etc.*). Por lo que es fundamental que el tema de la muerte sea considerado dentro de los programas de educación, así como también dentro de programas de capacitación para el Profesional que ya está inserto en el ambiente laboral y por ende sujeto a situaciones que involucren a la muerte de los usuarios.

La capacitación simplemente puede mejorar las habilidades básicas de la comunicación que se encauzarán, en gran medida, hacia las necesidades de orientación psicológica. En ocasiones, esta orientación necesita surgir como resultado de una comunicación inicial pobre. Con frecuencia, la capacitación puede ayudar a los asistentes sensibles a esto, así como a proveerlos de posibles vías de aprendizaje.

Muchos elementos del cuerpo de Salud presentan gran dificultad para hacerle frente a los usuarios en semejantes situaciones, y se sienten mal preparados para ello. Dado que son ellos quienes expresan la necesidad, por lo que la preparación de alguna forma es deseable. (*MacGuire, 1987*). (8)

La teoría que se seleccionó, es la desarrollada por la Enfermera **Joyce Travelbee**, quien ampliando los enfoques de *Peplau* y *Orlando* y motivada por lo que ella consideraba como una carencia de compasión en los cuidados de Enfermería en

instituciones de su época, plantea el *Modelo de relación de persona a persona*, cuyo título da a entender el marcado carácter humano de su teoría.

La relación de ayuda del Profesional de Enfermería, requiere que se establezca sobre la base del respeto a la integridad y dignidad humana, el valor de la vida, las dimensiones legales, el establecimiento de una ética en las relaciones interpersonales, los derechos, la individualidad, el consentimiento, el respeto a la autonomía y a la toma de decisiones.

Esta relación tiene como fin propio, ayudar a las personas sanas o enfermas que necesitan del cuidado de Enfermería y supone una interacción entre dos o más personas. Todo contacto humano está sujeto a una mediatización simbólica (la palabra, la representación) que no es otra cosa que el instrumento de ese contacto: el contacto significa implicación emocional, intelectual y de actitud entre las personas, supone compromisos y acuerdos, interés mutuo en un objetivo o tarea común.

Las piedras angulares de su teoría se pueden apreciar a través de una serie de ideas recurrentes en su discurso: entender, experiencia, adaptación, percepción y sentir. *Travelbee* formula como necesaria la identificación como individuo tanto por parte de la propia persona en situación de enfermedad (la situación que sea), como por parte de la Enfermera/o. Por lo tanto, es trascendental para la autora el peso que la cultura supone para la persona a la que se atiende, aspecto de relevancia en la Enfermería actual.

Joyce Travelbee en su modelo de *relación persona-persona*, define la Enfermería como “un proceso interpersonal por el cual el Profesional de Enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar sentido a estas experiencias”.

Además define qué es para ella salud, persona y entorno entre otros términos; y plantea que los términos Enfermera/o y paciente son estereotipos y sólo se usan por razones de la economía de la comunicación. Propone dos funciones esenciales del Profesional de Enfermería: ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o adaptarse al estrés de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudar a los individuos, familias y comunidades a encontrar significado a la enfermedad y sufrimiento (si esto fuera necesario).

Esta teoría refuerza la relación terapéutica que existe entre la Enfermera/o y el paciente, y la importancia que le concede a los cuidados, ya que éstos refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, por lo tanto este modelo se centra netamente en el aspecto emocional del paciente y la Enfermera/o.

1.4 MARCO EMPIRICO

M.P Notivol Tejero, et al, en su estudio “Ayudar a morir en UCI: Percepción de las necesidades de los Profesionales”, se analiza la opinión de los Profesionales que están de modo más o menos continuo junto a personas en situación límite y en alto riesgo de morir.

El instrumento utilizado es una encuesta, estructurada en preguntas cerradas, abiertas y múltiples. La muestra estuvo compuesta por 120 Enfermeras/os y auxiliares de Enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos. Estadísticamente los datos se trataron de forma descriptiva.

Dentro de las conclusiones se destaca que la labor de estos Profesionales entraña un alto grado de ansiedad debido fundamentalmente a que:

- Se encuentran con personas y familias que viven la situación límite de forma repentina y grave.
- La técnica que utilizan exige mayor grado de especialización.
- Las repercusiones de su actuación implican, en potencia, mayor riesgo.
- Las demandas familiares tienen mayor carga de angustia.

La interpretación de resultados de este estudio conduce a formular una serie de reflexiones e ideas finales sobre el tema. Los Profesionales y auxiliares de Enfermería de los servicios de cuidados intensivos son conscientes de la proximidad de su trabajo con el fin de la vida biológica, considerada el fin de la vida por el 50 por ciento de los encuestados. Los dos tercios de la muestra del personal afianzaron su sistema de valores con el transcurso del desarrollo de su trabajo.

El personal de Enfermería de los servicios de cuidados intensivos experimenta una sensación de impotencia frente a la muerte de sus pacientes que ha disminuido con la experiencia acumulada, aunque, en algunos casos llega a ser causa de desequilibrio personal y de endurecimiento, esta sensación de impotencia se relaciona directamente con el mismo hecho de la muerte y de modo secundario con la misma relación que han de mantener con el propio enfermo y la familia.

Hay una correspondencia entre la demanda de apoyo emocional/preparación de tipo psicoterapéutica y la escasa competencia, como apoyo psicológico y moral, que experimentan estos Profesionales con las personas que van a morir.

Parece haber una estrecha relación entre el sistema personal de valores en torno al tema de la muerte y la propia vivencia de las intervenciones Profesionales. En lo que se refiere a las dimensiones del trabajo asistencial, el papel de apoyo-ayuda parece requerir una preparación que los Profesionales no han recibido, lo cual es reconocido por ellos mismos.

Gisela Hernández C. et al (2002) Estudiaron la “*Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia*”. Se realizó un estudio descriptivo para caracterizar las actitudes ante la muerte en una muestra de 50 Médicos de Familia del Policlínico “Plaza”. Se utilizó una versión cubana de un instrumento diseñado anteriormente para estudiar las actitudes ante la muerte. Se intentaba a su vez, establecer los primeros indicadores de validez y confiabilidad de esta versión denominada convencionalmente: cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM), que incluía 33 reactivos, agrupados para su interpretación en 6 subescalas: evitación, aceptación, temor, pasaje, salida y perspectiva Profesional.

Del presente estudio se obtiene los siguientes resultados:

1. Las actitudes que prevalecen en la población estudiada manifiestan reiterada ambivalencia en su dirección. Si bien se observan actitudes positivas de aceptación, sobre todo a nivel cognitivo, predominan actitudes de evitación, matizadas fundamentalmente por el contenido afectivo (Temor), que son determinantes en el plano Profesional de la atención a moribundos y sus familias.
2. La mayoría de los médicos no valoran a la muerte como un Pasaje o tránsito a una vida mejor ni como una Salida o solución a los problemas de la vida, aunque gran parte de ellos reconoce que, en determinados momentos puede ser un alivio al sufrimiento. Sin embargo, la gran mayoría prefiere vivir sin calidad a morir, denotando un apego irracional a la vida como actitud prejuiciada sobre la base de un estereotipo cognitivo, afectivamente acuñado, que desconoce la relación existente entre salud y calidad de vida.
3. Con excepción del Temor, que disminuye con la edad, no existen relaciones significativas entre las dimensiones del instrumento que se refiere a diversas manifestaciones de actitud y al resto de las variables sociodemográficas.
4. Se obtienen indicadores de alta correspondencia de las proposiciones, y reactivos del CAM con sus sub-escalas, que revelan buena consistencia interna en la conformación de los ítems del instrumento.
5. Las conclusiones de este trabajo apuntan a 2 resultados fundamentales: uno, relacionado con la estructuración del instrumento y la necesidad de su reelaboración, ya que no evalúa solamente actitudes, sino creencias, valores, emociones y afrontamientos profesionales; y otro, mucho más importante, que

pone de manifiesto determinadas actitudes que revelan la insuficiente preparación de los Médicos de Familia investigados para la aproximación realista y útil a la muerte de sus pacientes. En este resultado, se entremezclan perspectivas Profesionales y personales, cuyo tratamiento integral y remodelación requiere de procesos específicos de formación y modificación de actitudes.

Bibinha Benbunan-Bentata, et al (2007), realizó su estudio acerca de *“Afrontamiento del dolor y la muerte en Estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención”*, el cual tiene como objetivo indagar en el impacto emocional que tiene para los estudiantes del área de la salud durante su práctica Profesional la experiencia de dolor en la muerte de un paciente, y aportar con un programa de intervenciones que contribuya a ayudarles ante la misma. La muestra estaba constituida por 110 estudiantes de Enfermería de la Universidad de Meililla, para la selección de ésta se hizo un muestreo no probabilístico causal.

Este estudio se realizó en dos fases, en cada una de ellas participaron 57 estudiantes de segundo año, esta selección se apoya en que estos estudiantes ya habían tenido un primer contacto con la experiencia de práctica por lo que ya son más concientes de las dificultades de la situación.

Los resultados obtenidos muestran que los estudiantes de Enfermería sufren estrés durante la realización de la experiencia clínica, siendo los cuidados del paciente terminal y el sufrimiento ajeno las más temidas. Por otra parte el establecimiento de programas de intervención para mitigar el efecto del estrés puede constituir un recurso de gran utilidad tanto para los estudiantes como para los docentes de los mismos. Igualmente la formación integral de los futuros Profesionales de Enfermería constituye una garantía para el futuro porque permitirá contar con personal más competente. Los aspectos antes mencionados no pueden depender de los posibles recursos inmediatos del estudiante ni de los

docentes ni de la participación en el programa de intervención. Finalmente se concluyó que el ayudar a morir con dignidad y acompañar en el sufrimiento requiere de formación, conocimiento y madurez.

R. Raja Hernández, et al (2002), realizaron un estudio de tipo observacional-transversal o de prevalencia, acerca de la *“Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte”* que se centra en un examen de una sección transversal de la población, inspeccionando la relación entre los fenómenos estudiados, en este caso las actitudes de ansiedad ante la muerte y otras variables, entre ellas, las creencias religiosas en un momento dado del tiempo, para obtener la prevalencia. La muestra la constituyeron Médicos y Enfermeras/os del Hospital Universitario de Puerta del Mar de Cádiz, cifrados según listado del P.S. que componía la plantilla en febrero de 1997 en 1.350 sujetos, con un 48.7 por ciento de varones y 51.2 por ciento de mujeres.

A la vista de lo dicho podemos concluir que:

En relación a la RELIGIOSIDAD:

1. Se constata, en el P.S., la tendencia a considerarse como "creyente religioso", por el mero hecho de pertenecer a alguna religión lo que no se traduce necesariamente en prácticas religiosas acordes. Aunque también es importante el grupo que discrimina entre tener una creencia religiosa que se vivencia y practica y la mera "religiosidad nominativa".
2. La mujer resulta más religiosa y practicante de sus creencias que el hombre.
3. El haber tenido o no experiencias personales con la muerte de personas próximas no se muestra como un factor influyente en las creencias y prácticas religiosas del personal sanitario.

4. El haber trabajado con pacientes terminales si parece influir de forma negativa en la dimensión religiosa del personal sanitario, produciéndose un cierto alejamiento con todo lo relacionado con la religión.

5. La correlación positiva encontrada entre el criterio subjetivo de considerarse "creyente" y "practicante religioso" y los resultados obtenidos en el Inventario de Creencia Religiosa, pone de manifiesto su validez y fiabilidad.

6. Con la edad, el P.S. no solo experimenta un acercamiento a la actitud religiosa de tipo social sino que, además, aumenta el grado de interiorización o creencia del dogma religioso que profesa.

En relación con la ANSIEDAD:

1. No se aprecian diferencias significativas entre los hombres y las mujeres del P.S. en cuanto a la ansiedad ante la muerte.

2. El haber tenido experiencias personales con la muerte si se muestra como un factor influyente aumentando el nivel de ansiedad que se siente ante la muerte.

3. El haber trabajado o no con pacientes terminales no parece influir en el P.S. en cuanto a la ansiedad experimentada ante la muerte.

4. Tanto el considerarse "muy creyente religioso" como "no creyente religioso" no parece tener ninguna influencia sobre la ansiedad ante la muerte que se siente. Lo que si se muestra influyente es ser o no practicante de estas creencias. Así se ha puesto de manifiesto que en los subgrupos extremos (los muy creyentes-practicantes y en los absolutamente no creyentes) la ansiedad ante la muerte es menor que en los subgrupos intermedios (creyentes no practicantes, religiosos nominativos, etc.)

5. Los índices de ansiedad que presenta el P.S. en general son bajos.
6. Los factores de tipo social como el nivel de estudios, estatus y profesión, que minimizan las diferencias entre hombres y mujeres en actitudes, también minimizan las diferencias en ansiedad que se da en el P.S. por razón de sexo.
7. El estar casado o en situación similar es un factor social que se muestra influyente en la ansiedad disminuyéndolas.
8. La escasa experiencia profesional del P.S., independientemente que pertenezca a la clase Médica o de Enfermería, influye aumentando la ansiedad que sufre.

1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar los factores que influyen en la percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

1.6 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.

2. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre las características sociodemográficas y la Percepción de la muerte de los usuarios por parte del Profesional de Enfermería.

Objetivos específicos:

2.1 Identificar si la edad del Profesional de Enfermería influye sobre la percepción de la muerte de los usuarios del HCHMCH.

2.2 Determinar si existe influencia entre el sexo del Profesional de Enfermería y la percepción de la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

2.3 Identificar si la religión del Profesional de Enfermería influye en la percepción de la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

3. OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación que existe entre las características personales del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.

Objetivos específicos:

- 3.1 Determinar si la tenencia de pareja del Profesional de Enfermería influye en la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.
- 3.2 Establecer la influencia existente entre los Profesionales de Enfermería con descendencia y la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.
- 3.3 Identificar si el nivel de funcionamiento familiar del Profesional de Enfermería influye en la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.
- 3.4 Determinar si existe relación entre el fallecimiento de una persona cercana al Profesional de Enfermería y la percepción de la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

4. OBJETIVO GENERAL

Identificar si existe relación entre las características laborales del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

- 4.1 Determinar si los años de ejercicio profesional influyen en la percepción de la muerte de los usuarios en el HCHMCH.
- 4.2 Identificar la influencia que existe entre el estrés laboral del Profesional de Enfermería y la percepción de la muerte de los usuarios en el HCHMCH.
- 4.3 Determinar la relación que existe entre la Capacitación formal del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

1.7 LISTADO DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

VARIABLES INDEPENDIENTES

1. Variables Sociodemográficas del Profesional de Enfermería

- Edad
- Sexo
- Religión

2. Variables Personales del Profesional de Enfermería

- Tenencia de pareja
- Descendencia
- Nivel de funcionamiento familiar
- Fallecimiento de persona cercana

3. Variables Laborales del Profesional de Enfermería

- Años de ejercicio profesional
- Estrés laboral
- Capacitación formal

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Diseño descriptivo, analítico de corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

A) Universo

Para determinar el Universo del presente estudio, que correspondió a la dotación completa de Profesionales de Enfermería del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán, fue necesario dirigirse al Departamento de Recursos Humanos de dicho Establecimiento de Salud, lo cual determinó que al mes de abril del año 2009, existían 125 Enfermeras/os clínicas/os contratadas/os en el Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

B) Muestra

La muestra correspondió a 93 Enfermeras/os clínicas/os, que cumplieron con los criterios de inclusión, lo cual fue equivalente al 74,4% del universo.

2.3 UNIDAD DE ANALISIS

Enfermera/o clínica/o del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermeras/os clínicas/os contratadas sin cargo administrativo del HCHM de Chillán, en los servicios de: Pabellón y Recuperación, Cirugía Adulto, Cirugía Infantil, Oftalmología, Otorrinolaringología, Unidad de Emergencia, Medicina,

Neurocirugía, Neurología, Neonatología, Pediatría, Psiquiatría, Pensionado, UCI y TIM Adulto, UCI Pediátrica, UCI Neonatología, Urología, Traumatología y Unidad de Diálisis, que se encontrarán trabajando al momento de aplicar el instrumento.

2.5 ASPECTOS ETICOS

La información requerida para la realización del presente estudio fue proporcionada por el Profesional de Enfermería, por medio del “Cuestionario para conocer los factores que influyen en la Percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM de Chillán”. Para ello, y siguiendo el conducto regular, se enviaron solicitudes de autorización desde la Dirección de la Escuela de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, al Director y Subdirectora de Enfermería del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

La participación de las Enfermeras/os Clínicas/os se concretó por medio de la aplicación de consentimiento informado escrito, resguardando ante todo el derecho a la confidencialidad de los datos y respetando el derecho de autonomía del Profesional, ya que su participación en la investigación es absolutamente voluntaria. Además se explicó en forma verbal el motivo y objetivo principal del estudio a cada Profesional que participó de éste, otorgándole un carácter mucho más personalizado al proceso de recolección de datos.

2.6 RECOLECCION DE DATOS

Los datos fueron obtenidos a través del Instrumento “Cuestionario para conocer los factores que influyen en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM de Chillán”, durante el periodo comprendido entre el 08 al 24 de abril de 2009. Dicha información fue recolectada en visitas

efectuadas por los autores de la investigación a los diferentes servicios seleccionados de Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán, donde se aplicó el instrumento recolector a cada Enfermera/o Clínica/o que se encontrará trabajando, en un tiempo promedio de 10 minutos.

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

- Ítem N° 1: Indaga sobre las características sociodemográficas del Profesional de Enfermería; sexo, edad y religión, las cuales tienen respuestas dicotómicas y politómicas.
- Ítem N° 2: Explora sobre las características personales del Profesional de Enfermería; tenencia de pareja, descendencia, nivel de funcionamiento familiar y fallecimiento de una persona cercana en el último año. Fueron evaluadas a través de preguntas cerradas con respuestas dicotómicas, excepto en el caso del nivel de funcionamiento familiar, el cual se evaluó a través del Apgar Familiar.

Apgar Familiar (Smilkstein): Medición cualitativa de la satisfacción de los miembros de la familia con cada uno de los componentes básicos de la función familiar, las respuestas son: casi siempre (2), a veces (1), casi nunca (0), y los puntajes se clasifican de la siguiente manera:

- 0 - 3 puntos : disfunción familiar severa
- 4 - 6 puntos : funcionalidad moderada
- 7 – 10 puntos: alta funcionalidad

- Ítem N° 3: Explora características laborales del Profesional de Enfermería; años de ejercicio profesional, estrés laboral y capacitación formal recibida sobre cómo afrontar la muerte. Las variables de estrés laboral y capacitación formal en primera instancia, fueron evaluadas a través de preguntas cerradas

con respuestas dicotómicas y posteriormente con el objetivo de indagar las causas de estrés laboral y fuentes de capacitación se realizaron preguntas con respuestas politómicas.

- Ítem N° 4: Escala likert “Cuestionario de actitudes y percepción ante la muerte del Profesional de Enfermería”, constituida por 28 preguntas, cuyo objetivo fue determinar el nivel de percepción que tienen los Profesionales de Enfermería ante la muerte.

Se trata de un cuestionario autoaplicado que indaga sobre distintas áreas que son parte del entorno del Profesional de Enfermería: profesional, familiar, espiritual y emocional. Cada pregunta se evaluó mediante una escala tipo likert con 5 posibles respuestas que van desde “muy de acuerdo” a “muy desacuerdo”, clasificados de la A a la E y que otorgan un puntaje de 1 a 5 según la pregunta y respuesta.

La puntuación total es la suma de todas las respuestas de la escala, por lo tanto el rango oscila entre 28 y 140 puntos. Los resultados fueron clasificados de la siguiente manera:

- Buena percepción : 94 a 140 puntos
- Regular percepción: 48 a 93 puntos
- Mala percepción : 0 a 47 puntos.

2.8 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA PRUEBA PILOTO

Para certificar la comprensión del instrumento recolector, verificar que las variables sean realmente medidas y determinar el tiempo necesario para responder el cuestionario, se realizó una prueba piloto en los Servicios de Medicina, Especialidades Quirúrgicas, Pediatría, Pensionado y Unidad de

Emergencia del Hospital "Dr. Víctor Ríos Ruiz" de la ciudad de Los Ángeles. Dicha prueba piloto se efectuó el día 03 de abril de 2009 y fue aplicada a los Profesionales de Enfermería que accedieron voluntariamente a participar, y que contaban con características similares al universo a estudiar. Todas las dudas, preguntas y sugerencias de los encuestados permitieron la adecuación del Instrumento, determinando el tiempo promedio de aplicación y la realización de las modificaciones necesarias para facilitar su comprensión y posterior análisis.

2.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y PRUEBA ESTADISTICA

Los datos obtenidos fueron analizados durante el mes de mayo de 2009. Para su ordenamiento y tabulación se utilizó el programa Excel 2003, los gráficos se realizaron en el programa Word 2003. La descripción y análisis de los datos se realizó con el Programa InfoStat 2007.

El procesamiento de los datos se efectuó con las pruebas estadísticas de Chi cuadrado de Pearson, la cual determina la relación existente entre variables ordinales y nominales, estableciendo si existe o no relación estadísticamente significativa entre éstas, a través de los valores de P value:

- $\leq a 0,01$ = Altamente significativo
- $> 0,01$ y $< 0,05$ = Significativo
- $\geq a 0,05$ = No significativo

III. ANALISIS

3.1 DESCRIPCION DE DATOS

Variable Dependiente:

Tabla N° 1: Percepción de Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM de Chillán.

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Buena	71	76
Regular	22	24
Mala	0	0

Fuente: Cuestionario para conocer los factores que influyen en la Percepción de los Profesionales de Enfermería ante a la muerte de los usuarios del HCHM, de Chillán.

La tabla N° 1 muestra que 76% de los Profesionales de Enfermería tienen una buena percepción y un 24% una percepción regular, de lo que se desprende que la mayoría de los Profesionales de Enfermería tienen una buena percepción ante la muerte de los usuarios.

Variables Independientes

Tabla N° 2: Variables Sociodemográficas de los Profesionales de Enfermería.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	83	89
Femenino	10	11
Edad		
23-29 años	30	33
30-39 años	28	31
40-49 años	21	22
50 o mas años	13	14
Religión		
Católica	73	78
Evangélica	7	8
Sin Religión	9	10
Otra	4	4

Fuente: Ídem anterior.

La tabla N° 2 muestra que el mayor porcentaje de Profesionales de Enfermería era de sexo femenino, siendo este de un 89% y sólo un 11% corresponde al sexo masculino. El mayor porcentaje de edad de los Enfermeras/os se encontraba dentro del rango 23-29 años, siendo éste de un 33%. Sólo el 14% estaba constituido por el grupo mayor de 50 años. Se observó que un 78% de los Profesionales de Enfermería era de religión Católica, un 10% no tenía religión, el 8% de los Enfermeras/os seguía la religión Evangélica y sólo el 4% practicaba otro tipo de religión.

Tabla N° 3: Variables personales de los Profesionales de Enfermería.

Tenencia de pareja	Frecuencia	Porcentaje
Con Pareja	64	69
Sin pareja	29	31
Descendencia		
Con Hijos	55	59
Sin Hijos	38	41
Nivel de funcionamiento familiar		
Disfunción Familiar	2	2
Funcionamiento moderado	1	1
Alta Funcionalidad	90	97
Fallecimiento de persona cercana		
Si	24	26
No	68	74

Fuente: Ídem anterior.

La tabla N° 3 muestra que el mayor porcentaje de Enfermeras/os estaban con pareja, al momento de la aplicación de instrumento, siendo este de 69%. Sólo el 31% se encontraba sin pareja. Se desprende que el mayor porcentaje de Profesionales de Enfermería tenía hijos, siendo este de 59%. Sólo el 41% no tenía hijos. El mayor porcentaje de las Enfermeras/os tubo un funcionamiento familiar alto, siendo este de un 97%, con sólo un 2% una disfunción familiar y con un funcionamiento moderado el 1%.

Se observa que el mayor porcentaje de los Profesionales de Enfermería no había experimentado algún evento de fallecimiento de persona cercana, siendo este de 74%. Sólo el 26% si había sufrido un evento de fallecimiento de persona cercana.

Tabla N° 4: Variables laborales de los Profesionales de Enfermería.

Años de ejercicio Profesional	Frecuencia	Porcentaje
0-5 años	30	32
5-10 años	19	20
10-20 años	24	26
Mas de 20 años	20	22
Estrés Laboral		
Si	61	66
No	32	34
Motivo de Estrés		
Vivencia la muerte como un fracaso Profesional	0	0
No puede evitar pensar en su Familia	15	23
Le conmueve enfrentar a la Familia afectada	32	48
Considera complejo y difícil enfrentarla	19	29
Capacitación formal		
Si	13	14
No	80	86
Preparación dada por:		
Experiencia	72	79
Capacitación formal	10	11
No se siente preparado	9	10

Fuente: Ídem anterior.

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de enfermeras/os se encontraba en el tramo de años de experiencia laboral, de 0-5 años, siendo este de un 32%. Sólo el 20% estaba constituido por el grupo que tiene entre 5-10 años de experiencia laboral.

Se desprende que un 66% de los Profesionales de Enfermería manifiesto sentir estrés laboral, un 34% no manifiesto sentir estrés laboral. El principal motivo del estrés de los Profesionales de Enfermería es que le conmovía enfrentar a la familia afectada, siendo este de un 48%, con un 29% el motivo es que consideraban complejo y difícil enfrentar la muerte y sólo el 23 % de los enfermeros no pudo evitar pensar en su familia al enfrentar la muerte del usuario, además se desprende que los Profesionales de Enfermería no consideraron la vivencia de la muerte del paciente como un fracaso profesional.

Se observa que un 86% de los Profesionales de Enfermería no había recibido capacitación formal sobre el enfrentamiento de la muerte, un 14% de los Profesionales de enfermería si había recibido capacitación formal sobre el enfrentamiento de la muerte. Entre la capacitación recibida se obtiene que un 79% de los Profesionales de Enfermería recibió preparación dada por la experiencia, un 10% de los Profesionales de Enfermería no se sentía preparado para enfrentar la muerte de sus pacientes, lo que se desprende de que los Profesionales de Enfermería encontró en la experiencia laboral la capacitación necesaria para enfrentar la muerte de los usuarios.

3.2 ANALISIS DE LOS DATOS

Tabla N°1: Percepción del Profesional de Enfermería frente a la muerte de los usuarios según Sexo.

Sexo	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Femenino	63	68	20	22	83	89
Masculino	8	9	2	2	10	11
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Cuestionario para conocer los factores que Influyen en la Percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHM, Chillán 2009.

p: 0.77 χ^2 Pearson: 0.08

No se observa relación estadísticamente significativa entre las variables, por lo que la Percepción ante la muerte no es influida por el Sexo.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y el sexo, no se relacionan, con un $p= 0.77$; $p > 0.05$.

Tabla N°2: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Edad.

Edad	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
23 – 29 años	21	23	9	10	30	33
30 – 39 años	22	24	6	7	28	31
40 – 49 años	16	17	5	5	21	22
50 o más	11	12	2	2	13	14
Total	70	76	22	24	92	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.74 χ^2 Pearson: 1.23

Al relacionar la variable Percepción ante la muerte y la edad del Profesional de Enfermería, no se obtuvo relación estadísticamente significativa. Sin embargo se observó que el grupo etáreo que presentó mayor frecuencia de buena percepción ante la muerte, se encontraba entre los 23 y 39 años, la cual disminuye en los Profesionales mayores de 40 años.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la Edad, no dependen con un $p = 0.74$; $p > 0.05$.

Tabla N°3: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Religión.

Religión	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Católica	55	59	18	19	73	78
Evangélica	5	5	2	2	7	8
Sin Religión	7	8	2	2	9	10
Otras	4	4	0	0	4	4
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.70 X^2 Pearson: 1.38

Al analizar la Percepción ante la muerte y la Religión del Profesional de Enfermería, no se observó una relación estadísticamente significativa. El 78% de los Profesionales de Enfermería son de religión Católica, de los cuales 59% presentan buena percepción ante la muerte y un 19% de ellos una regular percepción ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la Religión, no dependen con un $p= 0.70$; $p > 0.05$.

Tabla N°4: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Tenencia de pareja.

Tenencia de pareja	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Con pareja	49	53	15	16	64	69
Sin pareja	22	24	7	8	29	31
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Idem anterior

p: 0.94 χ^2 Pearson: 0.01

No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables Percepción ante la muerte y la tenencia de pareja del Profesional de Enfermería. Se observó que el 53% de los Profesionales de Enfermería que presentan Buena Percepción ante la muerte, se encontraban con pareja. El 31% de los Profesionales se encontraban sin pareja, de los cuales el 24% presenta buena percepción y el 8% restante una regular percepción ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la relación de pareja, no dependen con un $p= 0.94$; $p > 0.05$.

Tabla N°5: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Descendencia.

Descendencia	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Con hijos	41	44	14	15	55	59
Sin hijos	30	32	8	9	38	41
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.62 χ^2 Pearson: 0.24

Al relacionar la variable Percepción ante la muerte y la Descendencia del Profesional de Enfermería, no se obtuvo relación estadísticamente significativa. El 59% de los Profesionales de Enfermería tiene hijos, de los cuales el 44% presenta buena percepción y el 15% restante una regular percepción ante la muerte de los usuarios del HCHMCH. Por otra parte cabe mencionar que el 32% de los Profesionales que presentan una buena percepción, no tiene hijos.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la Descendencia, no dependen con un $p= 0.62$; $p > 0.05$.

Tabla N°6: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Nivel de Funcionamiento Familiar.

Nivel de funcionamiento familiar	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Disfunción familiar	2	2	0	0	2	2
Funcionalidad moderada	1	1	0	0	1	1
Alta funcionalidad	68	73	22	24	90	97
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.61 X^2 Pearson: 0.96

No existe diferencia estadísticamente significativa entre las variables, por lo tanto la Percepción que el profesional tiene ante la muerte de sus pacientes no está influida por el Nivel de funcionamiento familiar. El 97% de los profesionales encuestados presentaron una alta funcionalidad familiar, de los cuales el 73% presentaba una buena percepción ante la muerte de sus pacientes, y el 22% una percepción regular.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y el Nivel de funcionamiento familiar, no se relaciona, con un $p= 0.61$; $p > 0.05$.

Tabla N°7: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Fallecimiento de persona cercana.

Fallecimiento de persona cercana	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
Si	19	21	5	5	24	26
No	52	57	16	7	68	74
Total	71	77	21	23	92	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.78 χ^2 Pearson: 0.07

Al asociar las variables Percepción ante la muerte y el Fallecimiento de persona cercana, se observó que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las variables, por lo tanto la percepción no se ve influida por la vivencia del fallecimiento de una persona cercana. De este modo el 21% de los que han tenido este evento durante el último año presentan una buena percepción.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y el fallecimiento de persona cercana, no dependen con un $p= 0.78$; $p > 0.05$.

Tabla N°8: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Años de Experiencia Profesional.

Años de experiencia profesional	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
0 – 5	24	26	6	6	30	32
6 – 10	14	15	5	5	19	20
11 – 20	17	18	7	8	24	26
Más de 20	16	17	4	4	20	22
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.83 χ^2 Pearson: 0.85

No se observa una diferencia estadísticamente significativa al analizar las variables Percepción de la muerte y los Años de Experiencia Profesional, o sea no existe asociación entre la Percepción ante la muerte y los Años de experiencia profesional. El porcentaje más alto de buena percepción lo presenta el grupo que tiene de 0 a 5 años de experiencia profesional con un 26%, mientras que el más bajo es el grupo con 6 a 10 años de Experiencia Profesional con un 15%.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y los años de Experiencia Profesional, no dependen con un $p= 0.83$; $p > 0.05$.

Tabla N°9: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Estrés Laboral.

Estrés laboral	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	48	52	13	14	61	66
No	23	25	9	10	32	34
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.46 χ^2 Pearson: 0.54

Al realizar el análisis de Percepción de la muerte con la presencia de Estrés labora en los Profesionales de Enfermería, no se observó una diferencia estadísticamente significativa, por lo tanto el estrés no influye en la percepción que el profesional pueda tener de la muerte. De esto se observa que el 66% de los Profesionales encuestados presentan estrés laboral de los cuales el 52% tiene una buena percepción ante la muerte.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la presencia de Estrés laboral, no dependen con un $p= 0.46$; $p > 0.05$.

Tabla N°10: Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios según Capacitación Formal.

Capacitación formal	Percepción del Profesional				Total	
	Buena		Regular			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Si	10	11	3	3	13	14
No	61	66	19	20	80	86
Total	71	76	22	24	93	100

Fuente: Ídem anterior

p: 0.95 X^2 Pearson: 2,8E-03

Al asociar las variables Percepción ante la muerte y Capacitación formal no se apreció una diferencia estadísticamente significativa, por lo tanto no existe asociación entre la percepción de la muerte y la Capacitación formal. El 86% no cuenta con Capacitación Formal para el afrontamiento de la muerte, sin embargo de estos el 66% tienen una buena percepción de la misma.

En la prueba de independencia a través de Chi cuadrado, la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte y la Capacitación Formal, no dependen con un $p = 0.95$; $p > 0.05$.

3.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el estudio realizado se obtuvo que el 76% de los Profesionales de Enfermería encuestados tienen una buena percepción ante la muerte de los usuarios y sólo un 24% presenta una percepción regular, no habiendo Profesionales con mala percepción ante la muerte. Lo contrario ocurre en el estudio de Gisela Hernández, et al, 2002, en el que se obtuvo que las actitudes que prevalecen son ambiguas obteniéndose los más altos porcentajes en actitudes de evitación, aceptación y temor.

Se observó que las variables sociodemográficas, no influyen en la percepción que los Profesionales de Enfermería pueden tener ante la muerte de sus pacientes, lo que coincide con el estudio realizado por Gisela Hernández, et al, 2002, el cual menciona dentro de sus resultados que no existe relación significativa entre las dimensiones del instrumento que se refiere a diversas manifestaciones de actitud, exceptuando el temor el cual disminuye con la edad, y el resto de las variables sociodemográficas.

La mayoría de los Profesionales de Enfermería encuestados eran mujeres con un 89% del total de la muestra, mientras que los hombres correspondían sólo a un 11%, al igual que el estudio realizado por M.P Notivol Tejero, et al, donde el 94% eran mujeres y solo el 6% hombres, situación que se ve también en el estudio de R. Raja Hernández, et al, 2002, donde el 56,2% eran mujeres mientras que los hombres correspondían al 43,8%. Esta variable no resultó estadísticamente significativa, al igual que en el estudio de R. Raja Hernández, en el cual no se apreciaron diferencias significativas entre hombre y mujeres de los Profesionales sanitarios en cuanto a la actitud ante la muerte.

El 33% de los Profesionales de Enfermería encuestados se encuentran dentro del rango de edad de 23 a 29 años, lo mismo ocurre en el estudio de Gisela

Hernández C. et al, 2002, donde más del 50% de los Profesionales tenían menos de 35 años. En la investigación la edad no representa una relación estadísticamente significativa con la percepción ante la muerte de los usuarios, lo que se contrapone con el estudio antes mencionado donde esta variable obtuvo una correlación negativa.

Se observó que un 78% de los Profesionales de Enfermería practican la religión Católica, un 10% no tienen religión, el 8% de los Enfermeras/os siguen la religión Evangélica y sólo el 4% practica otro tipo de religión, esto coincide con el estudio de R. Raja Hernández L. et al, 2002, en el cual casi el 85% de la muestra se considera creyente. No se observó una relación estadísticamente significativa de la religión con la variable dependiente.

El 69% de los Profesionales de Enfermería encuestados se encuentran con pareja al momento de la aplicación del instrumento, lo que concuerda con el estudio realizado por Gisela Hernández, et al, 2002, donde el 66% de los Profesionales se encontraban con pareja en el momento de realizar la investigación. Sin embargo esta variable en ambas investigaciones no tiene relación estadísticamente significativa con la percepción de los Profesionales ante la muerte de los usuarios.

La mayoría de los Profesionales de Enfermería tiene hijos con un 59% del total de los encuestados, lo mismo que ocurre en el estudio realizado por Gisela Hernández, et al, 2002, donde el 48% de ellos tenía hijos versus el 42% de los Profesionales que al momento de realizar la investigación no tenía hijos. La descendencia en ambas investigaciones no influye en la variable dependiente del estudio.

El mayor porcentaje de los Profesionales de Enfermería tienen un funcionamiento familiar alto, siendo este de un 97%, con sólo un 2% una disfunción familiar y con un funcionamiento moderado el 1%. El nivel de funcionamiento familiar no tiene

una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, probablemente porque los Profesionales de Enfermería no mezclan el ámbito familiar con su trabajo profesional.

El 74% de los Profesionales de Enfermería encuestados no han experimentado algún fallecimiento de persona cercana, lo que coincide con la investigación de R. Raja Hernández, et al, 2002, donde el 16% no ha tenido experiencias personales con la muerte, versus el 13.3% de los Profesionales que si ha tenido algún fallecimiento de una persona cercana. Sin embargo esta variable no tiene influencia en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios.

Los Profesionales de Enfermería con menos años de ejercicio profesional tienen una buena percepción ante la muerte con un 26%, lo que discrepa con la investigación de R. Raja Hernández, et al, 2002, donde se establece que los Profesionales con menos años de ejercicio son los más afectados por la ansiedad que le genera la muerte de los usuarios, con un 16.7%. En el estudio de R. Raja Hernández los años de ejercicio profesional tienen una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente, no así en este estudio.

Se observó que el 66% de los Profesionales de Enfermería encuestados manifiesta sentir estrés laboral, de los cuales el 52% tiene una buena percepción ante la muerte. Mientras que el 34% no siente estrés laboral. Siendo el principal motivo del estrés con un 48% que al Profesional de Enfermería le conmueve enfrentar a la familia afectada. Situación que no concuerda con el estudio realizado por Bibinha Benbunan-Bentata, et al, 2007, en el cual se identificaron como principales motivos del estrés las experiencias en torno a la muerte y al sufrimiento del usuario. En el estudio, el estrés que presenta el Profesional no tiene relación con la percepción ante la muerte de los usuarios, mientras que en la primera etapa del estudio de Benbunan-Bentata, et al, se observó lo contrario ya

que el estrés si se relaciona con la dificultad en la adaptación ante las experiencias clínicas en los estudiantes de Enfermería.

De los Profesionales encuestados el 86% no cuentan con una capacitación formal que los ayude a tener una mejor percepción de la muerte, lo mismo se observó en el estudio de M.P Notivol Tejero, et al, en el que solo el 14% tiene una preparación debido a la formación continua, mientras que el 44% dice estar preparado debido a la experiencia, el 17% atribuye su preparación a la lectura y finalmente el 25% dice no estar preparado. En el estudio no existió una relación estadísticamente significativa entre la capacitación y la variable dependiente, lo que se diferencia del estudio de M.P Notivol Tejero, et al, en el que esta variable influye en la percepción que los Profesionales tienen de la muerte, lo que se refleja en que el 95% de ellos consideró que requiere de preparación especial.

IV. CONCLUSIONES, SUGERENCIAS, LIMITACIONES

4.1 CONCLUSIONES

El estudio “Factores que influyen en la percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán”, permitió concluir lo siguiente:

- La Percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios es principalmente buena con un porcentaje considerable, sin embargo también existen Profesionales que experimentan una percepción regular a la muerte de los usuarios pero en menor porcentaje. Situación que se podría manifestar, ya que al momento de realizar la encuesta se distinguían los Profesionales que aceptaban la muerte propia y ajena como un hecho natural, de los que expresaban inseguridad al tema de la muerte.
- El mayor porcentaje de los Profesionales de Enfermería encuestados correspondió al sexo femenino. Lo cual se puede deber por la gran población de mujeres que ejerce la Profesión de Enfermería.
- Las edades de los Profesionales de Enfermería fluctuó en su mayoría entre 23–29 años, sin embargo las diferencias de edades entre los Profesionales encuestados, no constituyó un factor determinante en la percepción de la muerte de los usuarios.
- Las creencias religiosas de los Profesionales de Enfermería no influyó en la percepción ante la muerte de los usuarios, siendo la religión Católica la más practicada por los Profesionales de Enfermería.
- Los integrantes de la familia del Profesional de Enfermería puede estar conformado tanto por la pareja como por los hijos, pudiendo ser una fuente de

apoyo externa para el Profesional al momento de enfrentar situaciones de estrés como la muerte de un usuario, sin embargo aunque la mayoría de los Profesionales se encontraban actualmente con pareja y tenían hijos, no significó un factor determinante sobre la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios.

- El nivel de funcionamiento familiar de la mayoría de los Profesionales de Enfermería encuestados es alto, siendo un factor que no influyó sobre la percepción de los Profesionales de Enfermería, donde a partir de esto podemos inferir que la vida familiar que tiene el Profesional de Enfermería no es mezclada con su ambiente laboral.
- El haber experimentado algún fallecimiento de persona cercana tampoco influye en la percepción que tienen los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios, lo cual puede tener una explicación similar a la situación anterior, ya que los sentimientos de pérdida de un ser querido que sufre el Profesional de Enfermería, no intervienen en la muerte del usuario producida en el ambiente laboral.
- Los Profesionales de Enfermería que tienen de 0 a 5 años de experiencia profesional tuvieron una buena percepción ante la muerte de los usuarios, el cual destaca entre los rangos de mayor años de experiencia laboral, de lo cual se puede deber a dos cosas, primero, que la muestra de Profesionales encuestados eran mayoritariamente jóvenes y segundo que los Profesionales que llevan pocos años ejerciendo la Profesión de Enfermería cuentan con herramientas fundamentales para enfrentarse a situaciones complejas como la muerte del usuario al cual le otorga atención.

- La mayoría de los Profesionales de Enfermería encuestados manifestó tener estrés laboral, sin embargo la percepción ante la muerte de los usuarios es buena, donde es posible inferir que el estrés que presentan no está relacionado con el hecho de la muerte de los usuarios sino que se debe principalmente a que al Profesional de Enfermería le conmueve enfrentar a la familia del usuario fallecido, motivo que tuvo una elección del 48% del total de los Profesionales de Enfermería encuestados.

- Un bajo porcentaje de Profesionales de Enfermería ha recibido algún tipo de capacitación sobre el afrontamiento del fin de la vida, que tienen que experimentar como Profesionales de la Salud, muchos de ellos sólo cuentan con la experiencia adquirida en el desempeño profesional, situación que se destaca, ya que el Profesional de Enfermería se ve envuelto frecuentemente en contextos relacionados con la muerte, por lo que sería de gran ayuda para las Enfermeras/os interesarse por participar de capacitaciones entregadas por personas especialistas en el tema del fin de la vida, ya que podría disminuir el estrés ocasionado al Profesional de Enfermería al momento de afrontar a la familia del usuario.

Además permite inferir que el Profesional de Enfermería considera de mayor importancia la capacitación entregada por la experiencia que la proporcionada por la Universidad (capacitación formal) que durante su formación recibió, por lo que el presente estudio podría contribuir en la elaboración de estrategias al momento de confeccionar los planes de estudios.

Por consiguiente se pretende, que la realización de este estudio sea un aporte significativo para los Profesionales de Enfermería, el cual consiste fundamentalmente en mejorar y modificar las actitudes ante la muerte de los usuarios, para así contribuir en la ayuda que éstos entregan a la familia afectada. Se considera que es indispensable para el logro de esto, que el colectivo de Enfermeras/os cuente con una formación específica en estos temas tan difíciles de

afrontar, además de poseer habilidades sociales y de comunicación que le permitan acercarse y acompañar en todo momento a este tipo de enfermos y a sus familiares, quienes posteriormente se afrontan al proceso de duelo. Dichas habilidades deben estar presentes en todos los Profesionales de Enfermería, ya que le otorgan el sentido humano que debe poseer ésta Profesión.

4.2 SUGERENCIAS

- Se estima importante realizar una investigación con enfoque cualitativo, ya que se cree que el tema debe ser abordado desde una perspectiva más personal, dentro de su contexto natural con el objetivo de complementar los resultados obtenidos en el presente estudio.
- Ampliar el estudio a otros miembros del equipo de Salud que se ven relacionados con el fenómeno de la muerte dentro de su ambiente laboral.
- Incluir variables que orienten sobre las actitudes que presentan los Profesionales ante la muerte como ansiedad, temor o evitación.
- Aplicar investigaciones de este tipo en otros centros hospitalarios con el fin de realizar comparaciones de los resultados obtenidos.
- Realizar investigaciones en otros establecimientos hospitalarios con la finalidad de evitar la saturación del HCHMCH y dando así la posibilidad a otros centros de salud de participar de este tipo de estudios.
- Realizar formación específica en relación al afrontamiento de la muerte, en HCHMCH que ayuden a entender y aceptar de mejor forma los fenómenos derivados del rol de Enfermería.
- Difundir los resultados obtenidos entre Profesionales de Enfermería y diversos establecimientos de Salud, con el objetivo de conocer la realidad actual respecto a este tema y lograr mayor participación e interés en futuras investigaciones.

4.3 LIMITACIONES

- Dificultad para la aplicación de la prueba piloto debido a la negativa por parte del primer establecimiento de salud en el que se solicitó la realización de esta.
- Bajo interés de algunos profesionales de Enfermería del HCHMCH en participar en la investigación, a causa de factores como falta de tiempo, poco interés en el tema investigado, etc.
- Existencia de escasas instancias adecuadas para la aplicación del instrumento, debido principalmente a que su aplicación se realizó durante la jornada laboral, por lo que esta se dificultaba por la gran carga asistencial del Profesional de Enfermería.
- Escasas investigaciones existentes referentes al Profesional de Enfermería y su afrontamiento de la muerte.

V. BIBLIOGRAFÍA

- (1) BIOÉTICA Fundamentos y dimensión práctica. 2004. Por Escribar Ana “et al”. Santiago, Mediterraneo. 304–308; 354–361p.
- (2) KOTTOW, M. H. 1995. Introducción a la Bioética. Santiago, Universitaria. 147–157p.
- (3) EL DOLOR, LA MUERTE Y EL MORIR. 2001. Por Pizzi Tulio “et al”. Santiago, Mediterráneo. 153–154; 159; 167; 182; 217–218; 220p.
- (4) ÉTICA Y HUMANIDAD EN LA MEDICINA ACTUAL, REFLEXIONES BIOÉTICAS. Por Correa Eduardo “et al”. Santiago, Universitaria. 191; 193; 195p.
- (5) CORREA, A. 1973. Ética en medicina. Barcelona, Científico–médica. 260; 261; 264–266p.
- (6) LOLAS, F. 2002. Bioética y Antropología médica. Santiago, Mediterráneo. 96–111p.
- (7) KUNG, H. y JENS, W. 1987. Morir con dignidad, un alegato a favor de la responsabilidad. Madrid, Trotta. 20–31p.
- (8) SHERR, L. 1989. Agonía, muerte y duelo. México, Manual moderno. 1;14-17; 28; 40-48; 50; 53-55; 57-62; 90-99; 138-139; 171-172; 218-219; 227-235 p.
- (9) THOMPSON, J. B. y THOMPSON, H. O. 1984. Ética en enfermería. México, Manual moderno. 37; 76-77; 254-264; 324-341 p.

(10) NOTIVOL, M., SANTOS, M., GABARI, M., y POLLAN, M. 1993. Ayudar a morir en UCI: percepción de las necesidades de los profesionales. Enfermería clínica 3(2):43-47

(11) CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. 1994 Ética en la práctica de enfermería. Ginebra, Suiza. 11; 36; 66-67; 80-82; 267-272p.

(12) ISSA DE FONNEGRA DE JARAMILLO. El Médico ante el sufrimiento del paciente que enfrenta su muerte. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. [en línea]. Vol. 3, N°3. <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica3/00_Indice3.html> [consulta 17 Abril 2009]

(13) WILSON ASTUDILLO, CARMEN MENDINUETA. Necesidades de los enfermos en el final de la vida. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. [en línea]. Vol. 11, N°11. <<http://escuela.med.puc.cl/publ/Arsmedica/ArsMedica11/Ars08.html>> [consulta 17 Abril 2009]

(14) RAJA HERNÁNDEZ R. et al 2002. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. Scielo. [en línea]. <<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn29/original2.pdf> > [consulta 08 octubre 2008].

(15) BIBINHA BENBUNAN-BENTATA et al 2007. Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. International Journal of Clinical and Health Psychology. [en línea]. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-216.pdf> [consulta 08 octubre 2008].

(16) GISELA HERNÁNDEZ C. et al 2002. Actitud ante la muerte en los Médicos de Familia. Revista Cubana Médica. [en línea].

<http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_1_02/mgi04102.htm> [consulta 08 octubre 2008].

(17) DRANE, J. 1999. El cuidado del enfermo Terminal. Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones y servicios de cuidados domiciliarios. Organización Panamericana de la Salud. 8p.

(18) BIOÉTICA, Experiencia transdisciplinar desde un Comité Hospitalario de Ética. Por BORDÍN, C. "et al". 1996. LUMEN. 105-109; 120p.

(19) SANCHEZ, M. A. 1998. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento medico. Barcelona., Masson. 341-353p.

(20) LOLAS, F. 2001. Bioética, El dialogo moral en las ciencias de la vida. Segunda edición. Mediterráneo. 77-81p

(21) F.J. GALA LEÓN et al. 2002. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. [en línea]. Scielo., Vol.30,
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113576062002000400004&script=sci_arttext> [consulta: 29 de septiembre].

(22) YAGÜE FRÍAS A.C, GARCÍA MARTÍNEZ M.C.2000. Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales. Revista Universidad de Castilla - la Mancha. [en línea].
<<http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>> [consulta 08 octubre].

(23) DEANGELILLO C. Dignidad del hombre en el sufrimiento de la muerte. Odontopediatría. Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina.

(24) MUÑOZ Z., A.M. 2004. Vivencia de enfermeras clínicas frente al fenómeno de la muerte de sus pacientes en un hospital público. Santiago, Universidad Andrés Bello, Facultad de la Salud.

(25) CASTILLO A., R.L. 2005. Opiniones y expectativas que tienen, en relación al morir dignamente, los adultos mayores hospitalizados en el Hospital Clínico San Borja, de Santiago de Chile. Santiago, Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería.

ANEXO

DESCRIPCION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

Variables Independientes	Definición Nominal	Definición Operacional	Categoría
<i>Sociodemográficas</i> Edad	Periodo de tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha en que se aplica la encuesta.	Se consideraron los siguientes grupos de edades: a) 23 a 29 años b) 30 a 39 años c) 40 a 49 años d) 50 o más años	Multicategórica
Sexo	Condición declarada por cada individuo en base a un conjunto de características anatómicas, fisiológicas y afectivas que distingue al hombre de la mujer.	a) Femenino b) Masculino	Dicotómica
Religión	Elemento de la actividad humana que se compone de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	a) Católica b) Evangélica c) Sin religión d) Otra	Multicategórica

<i>Personales del Profesional de Enfermería</i>	Tenencia de Pareja	Situación que expresa una unión formal o informal entre un hombre y una mujer.	a) Con Pareja b) Sin pareja	Dicotómica
	Descendencia	Presencia de uno o varios hijos biológicos o adoptivos.	¿Usted tiene hijos? a) Si b) No	Dicotómica
	Nivel de funcionamiento familiar	Medido a través del Apgar familiar, el cual determina el grado de satisfacción que percibe el encuestado con respecto a la función familiar.	1. Bueno: 7-10 pts 2. Moderado: 4-6 pts 3. Malo: 0-3 pts	Multicategórica
	Fallecimiento de Persona cercana	Haber experimentado la muerte de un ser querido durante el último año.	a) Si b) No	Dicotómica

<p><i>Laborales</i></p>	<p>Años Ejercicio Profesional</p>	<p>Periodo de tiempo transcurrido desde el inicio de su actividad laboral profesional hasta la fecha que se aplica el Cuestionario.</p>	<p>a) 0 a 5 años b) 6 a 10 años c) 11 a 20 años d) 21 ó más años</p>	<p>Multicategórica</p>
	<p>Estrés laboral</p>	<p>Sensación de incapacidad para asumir los retos que presenta la vida, el ambiente y el entorno laboral, es decir se rebasa las posibilidades de respuesta, lo que causa una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor.</p>	<p>a) Si, le genera estrés laboral enfrentar la muerte del usuario b) No le genera estrés laboral enfrentar la muerte del usuario Para los Profesionales de Enfermería que les genera estrés laboral enfrentarse a la muerte de un usuario, las causas se clasifican en:</p>	<p>Multicategórica</p>

			<ul style="list-style-type: none">a) Vivencia la muerte del usuario como un fracaso profesionalb) No puede evitar pensar en su familia ante un usuario que va a morirc) Le conmueve enfrentar a la familia del usuario fallecidod) Considera complejo y difícil encarar la muerte de otro	
--	--	--	--	--

	<p>Capacitación formal del Profesional de Enfermería</p>	<p>Se entenderá como, la preparación teórica/práctica a través de cursos o capacitaciones a nivel Intra o Extrahospitalario en relación al afrontamiento de la muerte de los usuarios a los cuales el Profesional de Enfermería asiste.</p>	<p>a) Si ha recibido capacitación formal referente a la muerte.</p> <p>b) No ha recibido capacitación formal referente a la muerte.</p> <p>La Preparación que poseen los Profesionales de Enfermería para enfrentar la muerte, esta dada principalmente por:</p> <p>a) Experiencia b) Capacitación formal</p> <p>No se siente preparado</p>	<p>Multicategórica</p>
--	---	---	---	------------------------

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Chillán.....de.....de 2009

A : SR. RODRIGO AVENDAÑO BRANDEIS
Director Hospital Herminda Martin, Chillán

DE : SRA. ELENA ESPINOZA LAVOZ
Directora Escuela de Enfermería Universidad del Bio Bio.

De mi consideración:

Junto con saludarle, informo a usted que los alumnos de 5º Año de la Carrera de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, deben realizar una tesis, para poder así optar al grado de Licenciado en Enfermería.

Uno de los proyectos aprobado es **“Factores que Influyen en la Percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCMC”**.

Por lo antes mencionado solicito a usted, tenga a bien autorizar y gestionar los permisos pertinentes para que los alumnos que a continuación se mencionan, puedan entre marzo y julio del presente año, acceder a entrevistar y aplicar el cuestionario a las/os Enfermeras/os Clínicas/os contratadas sin cargo administrativos del HCHM de Chillán, que cumplan con los criterios de inclusión en los servicios de: Pabellón y Recuperación, Cirugía Adulto, Cirugía Infantil, Oftalmología, Otorrinolaringología, Unidad de Emergencia, Medicina, Neurocirugía, Neurología, Neonatología, Pediatría, Psiquiatría, Pensionado, UCI Adulto, UCI Pediátrica, UCI Neonatología, Urología, Traumatología y Unidad de Diálisis.

Se resguardará la confidencialidad de los datos recolectados.

Nombre y Rut de alumnos Tesistas:

Sergio Enrique Betancourt Cabrera	15.744.788-2
M ^a Antonieta Peñaranda Fernández	16.221.294-k
Astrid Andrea Valdebenito Montecino	16.098.882-7
Paulina Alejandra Villanueva Hormazábal	16.495.961-9

Propósito de la investigación:

Determina los factores que influyen en la percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

Objetivos generales:

1. Determinar la Percepción del Profesional de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.
2. Determinar la relación existente entre las características sociodemográficas y la Percepción de la muerte de los usuarios por parte del Profesional de Enfermería.
3. Identificar la relación que existe entre las características personales del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios del HCHMCH.
4. Identificar si existe relación entre las características laborales del Profesional de Enfermería y la percepción ante la muerte de los usuarios en el HCHMCH.

Docente Guía: María Gladys Osorio Uribe

Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

DIRECTORA

ESCUELA ENFERMERIA

CARTA PRESENTACIÓN AL USUARIO

Chillán, Abril de 2009

Estimado Señor (a):

Somos alumnos de 5º año de la Carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío. Actualmente nos encontramos desarrollando nuestra Tesis, la cual nos permitirá optar al grado de Licenciados en Enfermería, titulada "Factores que influyen en la Percepción de los Profesionales de Enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHMC". Esta investigación permitirá desarrollar acciones de Enfermería destinadas a mejorar esta área y detectar falencias en la atención de estos usuarios.

Para cumplir con los objetivos de este proyecto solicitamos su colaboración, respondiendo a una encuesta que será muy útil para la investigación a realizar manteniendo en absoluta reserva su identidad.

Esperando su buena acogida y consentimiento para realizar la encuesta, sin otro particular, se despiden atentamente,

Alumnos Tesistas:

Sergio Enrique Betancourt Cabrera	15.744.788-2
M ^a Antonieta Peñaranda Fernández	16.221.294-k
Astrid Andrea Valdebenito Montecino	16.098.882-7
Paulina Alejandra Villanueva Hormazábal	16.495.961-9

Consentimiento informado

Yo.....declaro conocer el propósito del presente estudio y acepto participar y entregar la información que sea necesaria para este fin.

Chillán - 2009

**CUESTIONARIO PARA CONOCER LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA ANTE LA
MUERTE DE LOS USUARIOS DEL HCHM DE CHILLAN**

El presente Cuestionario tiene por objetivo contribuir de manera significativa al desarrollo de la Investigación “Factores que influyen en la percepción del profesional de enfermería ante la muerte de los usuarios del HCHMC”, la cual es realizada por alumnos de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío Bío. Este Cuestionario es de carácter anónimo y voluntario, los datos e información que de él se obtengan serán confidenciales y sólo podrán ser utilizados con fines acordes al estudio que se realiza, por lo cual rogamos su máxima sinceridad y seriedad al contestar.

Desde ya muchas gracias, atentamente:

- Sergio Enrique Betancourt Cabrera
- M^a Antonieta Peñaranda Fernández
- Astrid Andrea Valdebenito Montecino
- Paulina Alejandra Villanueva Hormazábal

Ítem N° 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Encierre en un círculo la alternativa que corresponda.

1. ¿Cuál es su sexo?

- a) Femenino
- b) Masculino

2. ¿Cuál es su edad?

- a) 23 a 29 años de edad
- b) 30 a 39 años de edad
- c) 40 a 49 años de edad
- d) 50 o más años de edad

3. ¿Cuál es su religión?

- a) Católica
- b) Evangélica
- c) Sin religión
- d) Otras

Ítem N° 2: CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. ¿Actualmente tiene usted una relación de pareja?

- a) Con pareja
- b) Sin pareja

2. ¿Usted tiene hijos?

- a) Si
- b) No

3. Nivel de Funcionamiento Familiar

APGAR FAMILIAR	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando usted tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Los fines de semana, son compartidos por todos los de la casa?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

4. ¿Durante el último año usted ha experimentado la pérdida de un ser querido?

- a) Si
- b) No

Ítem N° 3: CARACTERÍSTICAS LABORALES

Encierre en un círculo la alternativa que corresponda.

1. ¿Cuántos años lleva ejerciendo como Enfermera/o Clínica?

- a) 0 a 5 años
- b) 6 a 10 años
- c) 11 a 20 años
- d) Más de 20 años

2. ¿Enfrentarse a la muerte de un usuario le genera estrés laboral?

- a) Si
- b) No

3. ¿Por qué motivos le genera estrés laboral la muerte de los usuarios?

- e) Vivencia la muerte del usuario como un fracaso profesional
- f) No puede evitar pensar en su familia ante un usuario que va a morir
- g) Le conmueve enfrentar a la familia del usuario fallecido
- h) Considera complejo y difícil encarar la muerte de otro

4. ¿Ha recibido alguna capacitación formal sobre como enfrentar la muerte de los usuarios y como brindar apoyo a la familia?

- a) Si
- b) No

5. La preparación que usted posee en relación al enfrentamiento de la muerte, esta dada principalmente por:

- a) Experiencia
- b) Capacitación Formal
- c) No se siente preparada

Item N° 4: ESCALA LIKERT “CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y PERCEPCIÓN ANTE LA MUERTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA”

Anote en la casilla de respuestas, la letra correspondiente según su respuesta a cada pregunta.

A = Muy de acuerdo

B = De acuerdo

C = Medianamente de acuerdo

D = Desacuerdo

E = Muy Desacuerdo

N°	Enunciado	Respuesta (Letra)
1	Pensar en la muerte es perder tiempo.	
2	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.	
3	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.	
4	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.	
5	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.	

6	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.	
7	Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte.	
8	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.	
9	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.	
10	Pienso que viviré después de mi muerte.	
11	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.	
12	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.	
13	Yo temo morir joven.	
14	Pienso que ya no hay nada que hacer en este mundo.	
15	Prefiero morir a vivir sin calidad.	
16	He pensado en mi muerte como un hecho imposible.	
17	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.	
18	Veo la muerte como un paso a la eternidad.	
19	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.	
20	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.	
21	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.	
22	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.	
23	Encuentro difícil encarar la muerte.	

24	El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.	
25	Me siento más libre al aceptar mi muerte.	
26	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.	
27	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.	
28	Las personas sólo deben pensar en la muerte cuando son viejos.	

Clasificación de resultados:

- Buena percepción : 94 a 140 puntos
- Regular percepción: 48 a 93 puntos
- Mala percepción : 0 a 47 puntos.

Tabla de respuestas

Pregunta	A	B	C	D	E	Puntaje
1	1	2	3	4	5	
2	5	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	5	
4	5	4	3	2	1	
5	1	2	3	4	5	
6	1	2	3	4	5	
7	5	4	3	2	1	
8	5	4	3	2	1	
9	1	2	3	4	5	
10	5	4	3	2	1	
11	1	2	3	4	5	
12	1	2	3	4	5	
13	1	2	3	4	5	
14	1	2	3	4	5	
15	1	2	3	4	5	
16	1	2	3	4	5	
17	1	2	3	4	5	
18	5	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	5	
20	1	2	3	4	5	
21	1	2	3	4	5	
22	5	4	3	2	1	
23	1	2	3	4	5	
24	1	2	3	4	5	
25	5	4	3	2	1	
26	5	4	3	2	1	
27	5	4	3	2	1	
28	1	2	3	4	5	
					Total	140