

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE  
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE  
BERNALES. 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:**

**EVA VICTORIA HIDALGO CARPIO**  
**LILIANA MAXIMINA VILLANUEVA TINOCO**

**Callao, 2019**  
**PERÚ**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 114-2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL LVI CICLO DE TALLER DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las 12:30 hrs del día viernes 11 de octubre del dos mil diecinueve, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias la Salud, se reunió el Jurado Evaluador del LVI Ciclo Taller de Tesis para Obtener Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por los siguientes Miembros:

- Dr. CHRISTIAN JESÚS SUÁREZ RODRÍGUEZ PRESIDENTE
- Mg. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURU SECRETARIA
- Dr. ARADIEL HILARIO CASTAÑEDA VOCAL

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis Titulada: **ACTITUD FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2019.**

Presentado por: Don (ña), HIDALGO CARPIO EVA VICTORIA y,  
Don (ña), VILLANUEVA TINOCO LILIANA MAXIMINA

Con el quorum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU del 30 de octubre de 2018.

Luego de la Sustentación, los Miembros del Jurado Evaluador, formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa de *Muy Buena*, y calificación cuantitativa de *Distinto (D.F.)* la Tesis para optar el, **título en ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES.**

conforme el artículo 27° del Reglamento mencionado, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 13:00 hrs del mismo día.

Bellavista, 11 de octubre del 2019

Dr. CHRISTIAN JESÚS SUÁREZ RODRÍGUEZ  
Presidente

Mg. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURU  
Secretaria

Dr. HILARIO ARADIEL CASTAÑEDA  
Vocal

## **DEDICATORIA**

A nuestras amadas familias por  
el apoyo incondicional y  
paciencia.



<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática.	9
1.2 Formulación del problema (problema general y específico).	12
1.3 Objetivos (general y específico).	13
1.4 Justificación	13
1.5 Limitantes de la investigación (teórico, temporal, espacial).	14
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes: Internacional y Nacional.	15
2.2 Bases teóricas.	19
2.3 Conceptual.	27
2.4 Definición de términos básicos.	43
<b>III HIPOTESIS Y VARIABLES</b>	
3.1 Hipótesis (general y específico).	44
3.2 Definición conceptual de variables.	44
3.3 Operacionalización de variables.	45
<b>IV DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
4.1 Tipo y diseño de la investigación.	45

4.2	Método de la investigación.	46
4.3	Población y muestra.	47
4.4	Lugar de estudio y periodo desarrollado	47
4.5	Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.	47
4.6	Análisis y procesamiento de datos.	48
<b>V</b>	<b>RESULTADOS</b>	
5.1	Resultados descriptivos.	50
5.2	Resultados inferenciales.	62
<b>VI</b>	<b>DISCUSION DE RESULTADOS</b>	
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.	63
6.2	Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	63
	CONCLUSIONES	67
	RECOMENDACIONES	68
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
	ANEXOS	
	Matriz de consistencia.	75
	Instrumentos Validados	76
	Base de Datos	82

## INDICE DE TABLAS

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
N°1	Actitud frente a la muerte según Género.	50
N°2	Actitud frente a la muerte según Edad.	51
N°3	Actitud frente a la muerte según Estado Civil.	52
N°4	Actitud frente a la muerte según Religión.	53
N°5	Actitud frente a la muerte según Características Laborales.	54
N°6	Actitud Global frente a la muerte.	55
N°7	Actitud frente a la muerte según dimensión cognitiva.	56
N°7 A	Ítems de la dimensión Cognitiva	57
N 8	Actitud frente a la muerte según dimensión afectiva.	58
N°8 A	Ítems de la dimensión afectiva	59
N°9	Actitud frente a la muerte según dimensión conductual.	60
N° 9 A	Ítems de la dimensión conductual	61

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>N°</b>		<b>Pág</b>
1	: Actitud frente a la muerte según género.	50
2	: Actitud frente a la muerte según edad.	51
3	: Actitud frente a la muerte según estado civil.	52
4	: Actitud frente a la muerte según religión.	53
5	: Actitud frente a la muerte según características laborales.	54
6	: Actitud Global frente a la muerte del paciente.	55
7	: Actitud frente a la muerte según dimensión cognoscitiva.	56
8	: Actitud frente a la muerte según dimensión. afectiva.	58
9	: Actitud frente a la muerte según dimensión Conductual.	60

## **RESUMEN**

La investigación tiene como objetivo determinar la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.

El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo de diseño no experimental, y de corte transversal, estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento a utilizar, el cuestionario. La primera parte estuvo constituida por una ficha de datos socio demográfico del personal de enfermería y la segundo el cuestionario de actitudes ante la muerte (CAM) Los datos obtenidos fueron introducidos a la base de datos del programa SPSS versión 24. Los resultados concluyeron que el 68% de la muestra presentaba menos de 16 puntos, determinando una actitud negativa predominante. El resultado obtenido concuerda con la bibliografía revisada por lo que se recomienda continuar investigando sobre el tema con la finalidad de plantear protocolos o guías que orienten al profesional de enfermería a modificar su actitud frente a la muerte del paciente en el servicio de emergencia.

Palabras claves: Actitud, enfermería, muerte.

## ABSTRACT

The objective of the research is to determine the attitude towards the death of the patient in nursing professionals in the emergency service of the Sergio Enrique Bernales National Hospital.

The study was of descriptive, quantitative type of non-experimental design, and of cross-section, was conformed by 40 nursing professionals who work in the emergency service of the National Hospital Sergio E. Bernales. The technique of data collection was the survey and the instrument the questionnaire. The first part consisted of a data sheet of socio-demographic data of the nursing staff and the second questionnaire of attitudes towards death (CAM). The data obtained were entered into the database of the SPSS program, version 24. The results concluded that the 68 % of the sample had less than 16 points determining a negative attitude mainly. The result obtained agrees with the revised bibliography, so it is recommended to continue researching the subject in order to establish protocols or guides that guide the nursing professional to modify their attitude towards the death of the patient in the emergency service.

Keywords: Attitude, nursing, death.



## INTRODUCCION

El estudio en mención titulado la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital nacional Sergio Enrique Bernales, 2019, tuvo como antecedente a varios autores quienes señalan que en la actualidad y en la sociedad occidental, la muerte se vive como algo inoportuno, imprevisible y que la mayoría de las veces no está presente en los pensamientos diarios. La muerte ocurre frecuentemente en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y muy complicado de afrontar para el profesional, tal como para la familia del ser querido que acaba de morir. El proceso de morir se ha institucionalizado a inicios del siglo XXI <sup>(1,2)</sup>, antes de esto la muerte era vista como un proceso familiar muy reservado y admitido por la familia esto se ha modificado y la muerte se ha institucionalizado, es decir las familias traen a sus pacientes a morir al hospital donde serán atendidos por el equipo de salud que ha sido preparado para salvar vidas y principalmente es el profesional de enfermería él que cuida al paciente, debido a que su perfil profesional es de cuidado integral, así mismo se encuentra preparada para el afronte de la muerte del paciente que cuida, de tal manera que en el servicio de emergencia donde acuden pacientes críticos, la muerte de estos es muy frecuente y el profesional de enfermería tiene que enfrentar la muerte diariamente mostrando emociones y actitudes que no siempre son adecuadas y este trabajo contribuirá a determinar estas actitudes en el personal profesional de enfermería para en lo sucesivo se sigan realizando

investigaciones que permitan disminuir el impacto emocional que toda muerte ocasiona, en este contexto tuvo como objetivo determinar la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del hospital nacional Sergio Enrique Bernales.

El contenido de la investigación consigna los siguientes capítulos: capítulo I, planteamiento del problema, capítulo II marco teórico, capítulo III hipótesis y variables, capítulo IV diseño metodológico, capítulo V resultados y capítulo VI discusión de resultados.

## I.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la realidad problemática

En Europa existen diversas investigaciones una de ellas realizada por Montserrat Edo, Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería, manifestó que la muerte produce un gran impacto emocional en los estudiantes y que difícilmente se olvida, así mismo demostró que los estudiantes de enfermería que presentan mayor miedo y ansiedad ante la muerte, muestran actitudes menos positivas ante el cuidado del paciente moribundo y su familia. Otro estudio realizado por Marchán E., en unidades paliativas y oncología determinó que un tercio de los profesionales encuestados presento un mal afrontamiento de la muerte.

A nivel de Sudamérica, en Chile, Maza y colaboradores en su estudio, manifestaron que el 50% de la población encuestada presentó una actitud positiva y la población restante mostraba una actitud negativa, estas respuestas estaban influenciadas por variables sociodemográficas como la edad, la primera experiencia frente a la muerte así como la preparación de pregrado en relación a la muerte, factores que influenciaron sobre la actitud negativa de los encuestados.

En nuestro país, otro estudio realizado por Salazar Jennifer M., en estudiantes de La Segunda Especialidad De Enfermería en Oncología. Concluyó que predominaba la actitud de indiferencia seguida de la

aceptación y finalmente la actitud de rechazo ante a la muerte en el personal profesional de enfermería.

Asimismo en Perú, otro estudio realizado por Hernán Gonzales Torres concluyó que los profesionales de enfermería tienen una actitud cognitiva favorable, presentan una actitud afectiva desfavorable y finalmente una actitud conductual favorable con tendencia a desfavorable ante la muerte de un paciente. Es favorable porque reconocen que el enfermero debe procurar una muerte digna; brindar apoyo psicológico a la familia; informar, consolar, escuchar y actuar con sensibilidad.

El hospital nacional Sergio Enrique Bernales , es un hospital con 79 años de antigüedad ubicado en la av. Túpac Amaru N° 8000, en el distrito de Comas y Carabayllo que inicio sus actividades de preventorio dirigido a la atención de pacientes pediátricos con TBC pulmonar hacia el año 1940 , actualmente categorizado como nivel III-I que cuenta con 60 especialidades con un total de 184 enfermeras nombradas y 53 contratadas CAS con un servicio de emergencia remodelado en el año 2105 con 32 camas para la atención de emergencias y con 21 profesionales de enfermería especialistas en emergencias y desastres ,que laboran diariamente las veinticuatro horas del día, en los diferentes ambientes del área de emergencia donde se atiende toda situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata. El servicio de Emergencia consta de la unidad de schok trauma con dos camas ,Observación 1 con 09 camas, Observación 2 con 08 camas ,

Observación 3 con 08 camas ,Área critica de emergencia (ACE) con 05 camas y los tópicos de Medicina y Cirugía, todo el servicio ampliado y remodelado en el 2015, servicio donde se atienden aproximadamente 4000 pacientes por mes de los que mueren un 31% por diferentes causas; pacientes que reciben los cuidados del personal profesional de enfermería, que realizan guardias de doce horas y por turno laboran 7 enfermeras en las diferentes áreas del servicio de emergencia que cuenta con 32 camas para observación de pacientes y 18 camillas para atención en los tópicos de medicina y cirugía que cuenta con 02 biombos de tres cuerpos y 03 biombos de dos cuerpos para mantener la privacidad del paciente.

Durante el año 2017 se atendieron 279 personas en la unidad de shock trauma que fallecieron dentro de las 24 de su atención así mismo en el año 2018 se atendieron 216 personas que fallecieron y hasta junio del presente año se atendieron a 95 personas que fallecieron , estos datos demuestran que la experiencia de la muerte es muy frecuente en el servicio de emergencia siendo el profesional de enfermería quien debe afrontarlo como parte de su actividad profesional aun cuando esta no cuenta con un plan educativo para la formación en tanatología que le permita a la enfermera un mejor frente.

Esta frecuente interacción del profesional de enfermería con la muerte del paciente bajo su cuidado, produce una respuesta emocional y conductual que no siempre es la más adecuada observándose frecuentemente

actitudes negativas o de indiferencia frente a la muerte del paciente así como en su relación con los familiares que inician el proceso del duelo.

## **1.2 Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Cuál es la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales?

### **Problemas específicos.**

¿Cuál es la actitud frente a la muerte en el profesional de enfermería en la dimensión cognitivo en el servicio emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales?

¿Cuál es la actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en la dimensión afectivo en el servicio emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales?

¿Cuál es la actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en la dimensión conductual en el servicio emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar la actitud en su dimensión cognitivo frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.
- Identificar la actitud dimensión afectivo frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.
- Identificar la actitud dimensión conductual frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.

## **1.4 Justificación**

Durante el año 2017 en la unidad de shock trauma se atendieron a 279 personas que fallecieron dentro de las 24 de su atención así también en el año 2018 se atendieron 216 que fallecieron y hasta el 25 de junio del 2019 se atendieron 89 pacientes que fallecieron, la estadística demuestra que la experiencia de la muerte es muy frecuente en el servicio de emergencia

siendo el profesional de enfermería quien debe enfrentarlo, aun cuando en su formación profesional no existe un plan educativo para la formación tanatología que le permita a la enfermera un mejor afronte.

Esta interacción frente a la muerte, que es un acontecimiento social, produce una respuesta emocional y conductual en el profesional de enfermería que no siempre es la más adecuada por lo tanto el presente trabajo permitiría reconocer el tipo de actitud o respuesta predominante frente a la muerte que desarrolla la enfermera de emergencia para ser analizada y así evaluar la posibilidad de modificar dicha respuesta frente a la muerte del paciente y lograr mejorar el cuidado que permita humanizar el proceso de la muerte beneficiando al paciente fallecido y a los familiares que inician el proceso de duelo.

### **1.5 Limitantes de la investigación**

**Teórico** . Existen escasos trabajos en el Perú sobre el tema.

**Temporal**. El tiempo es muy breve para determinar los permisos correspondientes. Por ser el servicio de emergencia un servicio muy sobrecargado y extenuante, el realizar el llenado de la encuesta requiere mucha demanda de tiempo.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### A nivel internacional

Marchán S. (España - 2015) en su estudio de tipo descriptivo, titulado: “Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología”. Refiere como conclusión: Que un tercio de los profesionales (37%) presenta un mal afrontamiento de la muerte. También que el 60% de los profesionales considera que su formación es inadecuada para brindar cuidados al paciente terminal. Asimismo (83'1%), expresa no tener sistemas de apoyo por parte de la Institución. Las mujeres creen más en una vida después de la muerte que los hombres, pero éstos toleran mejor la muerte. Los creyentes admiten más la idea de una vida después de la muerte que los no creyentes. A pesar de ello , éstos aceptan la muerte como un aspecto natural de la vida.(3)

Edo M.(España-2015)en su estudio de tipo descriptivo, titulado “Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya”, concluyó que la muerte produce un gran efecto emocional en los estudiantes y que difícilmente se olvida ,de tal manera que repercute en conductas asistenciales futuras. Así mismo demostró que los estudiantes de enfermería que manifiestan mayor miedo y ansiedad ante la muerte muestran actitudes menos positivas ante el cuidado del paciente moribundo y su familia. (4)

González S. (España-2015) en su estudio de tipo descriptivo, titulado “Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería”, concluyó que los niveles de miedo y ansiedad ante la muerte de los estudiantes son conservados durante los cuatro años de su preparación académica. Asimismo, que los sujetos con actitudes negativas frente a la muerte presentaran niveles más bajos de los procesos emocionales estudiados inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia. (5)

Castañedo I. y colaboradores. (España -2010), en su estudio de tipo descriptivo, transversal, titulado: “Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo”, tuvo como conclusiones ,más resaltantes que los enfermeros manifestaron que ante la muerte no se ven afectados en su vida laboral, personal o familiar y relataron que cuando uno trabaja en un área así, aprendes a tomar la vida de un modo diferente o acabas mal, además la mayoría de los profesionales no han realizado ningún curso de formación continuada relacionado con el tema pero aceptan la importancia de estos y la necesidad de hacerlo extensible a la mayoría del personal.(6)

Maza M. y colaboradores. (Chile-2007): en su estudio de tipo descriptivo correlacional titulado “ Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” tuvo como conclusiones más significativas que los factores que influyen en que enfermería tenga una actitud positiva o negativa ante la muerte ,está dado por la variable edad, años de experiencia profesional, y preparación de pregrado en relación a la muerte. Además concluyo que

el 67,72% posee una actitud negativa ante la muerte y que esta desencadena respuestas como ansiedad, miedo y depresión. Asimismo el 69,43% de los encuestados admite que en su institución no existen sistemas de apoyo a los profesionales que afrontan día a día la muerte y solicitan consejería, apoyo psicológico y seminarios respecto al tema.<sup>(7)</sup>

### **A nivel nacional**

Salazar J. (Perú -2014) en su estudio de tipo descriptivo “Actitud ante la muerte en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería en oncología”. Refiere como conclusión: que la actitud ante la muerte de los estudiantes de enfermería es de indiferencia a rechazo puesto que al atender a un paciente en fase terminal eluden pensar que se puede morir durante su turno, así mismo consideran a la muerte como un hecho natural porque la consideran que forma parte de su vida. Además, recomiendan realizar estudios de tipo cualitativo con el fin de fortalecer la actitud ante el proceso de morir. <sup>(8)</sup>

Flores Y. (Perú-2013) en su estudio de tipo descriptivo, titulado “Actitud del Profesional de Enfermería hacia el cuidado del Paciente Moribundo en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. Concluyó que un gran porcentaje de los profesionales de enfermería muestran una actitud de indiferencia en la atención del cuidado del paciente moribundo, manifestado en las dimensiones fisiológica, espiritual y psicoemocional, en las que indican que debido a la condición del paciente es imprescindible

su higiene, apoyo espiritual y que la atención del paciente necesita mucho tiempo que podría ser utilizado en otro paciente. (9)

Álvarez M. (Perú-2010) en su estudio tipo descriptivo, titulado “Actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencias de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, concluye que la mayor parte de enfermeros manifiesta una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado ante la muerte, expresando que brinda orientación al paciente y familia sobre su estado de salud, además relatan que la atención al paciente moribundo requiere mucho tiempo, acompañan al médico a informar la noticia sobre el fallecimiento a la familia, pero a su vez esquivan tener contacto con la familia del paciente fallecido.(10)

Gonzales H.(Perú-2016) en su estudio tipo descriptivo, titulado “Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de un paciente Hospital General de Jaén”, concluye que los profesionales de enfermería presentan una actitud cognitiva favorable ante la muerte ,además manifiestan respecto a la actitud afectiva la mitad de los enfermeros tienen una actitud desfavorable ante la muerte, experimentan temor y elegirían no atender a un paciente moribundo. Asimismo, presentan una actitud conductual favorable con tendencia a desfavorable ante la muerte de un paciente. Y recomiendan realizar otra investigaciones en esta área profesional.(11)

## 2.2 Base teórica

**La muerte** es la ausencia de las funciones vitales, que a su vez es diagnosticada por cese permanente del latido cardiaco. (12)

Zamora Calvo Alicia en su artículo el Enfermo Terminal y la muerte manifiesta que vivir y morir forman parte de lo mismo, morir es uno de los parámetros de vivir. Comenta que las actitudes ante la muerte han ido cambiando a lo largo de las épocas, siendo la edad media y el siglo XIX los que definieron nuestras actitudes hacia ella.

Tal es así que en la edad media la muerte era percibida como algo familiar, y cercano, era considerada una ley de la naturaleza, la misma que era aceptada con humildad, se moría en el hogar rodeado por la familia y amigos, asimismo habían rituales y ofrendas.

En el siglo XIX, es totalmente diferente debido a que se oculta al enfermo la gravedad de su estado para protegerlo del sufrimiento, fallecen en sus hogares en los cuales los asistentes lloran y manifiestan dolor.

Actualmente queda aislada de la vida diaria, la escondemos, fallecen más en los hospitales que en su hogar. La muerte ha sido institucionalizada, quizá por el miedo de morir sin atención, o prolongar la vida, se ha alejado este acontecimiento de la familia, se muere rodeado de tecnología y sin alma ,sin ningún sujeto, con tanta tecnología y poder de la ciencia ,oculta la dolencia humana no solo del enfermo sino del profesional que lo atiende.(13)

Existen pocos autores que hablen sobre como el profesional de enfermería debe afrontar la muerte, los cuidados hacia el familiar, y también como el profesional de enfermería debe afrontar esos procesos. El personal de enfermería es un ser con sentimientos por ende los conocimientos no pueden ser separados de las prácticas, si se procura salvar la vida o si se determina permitir morir se basa en la experticia del profesional, creencias y consideraciones sociales.

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal, asimismo las actitudes hacia la muerte y hacia los moribundos son características de determinadas sociedades. (14)

Teoría de muerte según Templer:

Esta teoría establece que las actitudes ante la muerte están muy íntimamente vinculadas con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las escisiones y cambios (eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades) de las actitudes ante la muerte que una persona manifiesta, son resultado de una serie de experiencias personales e íntimas que cada uno de nosotros hemos tenido a lo largo de nuestra historia de vida.

La teoría de Templer, indica asimismo que ante la muerte la persona percibe:

- Miedo a la muerte.- Como un sentimiento caracterizado por una intensa sensación, habitualmente engorroso, provocada por la

impresión de un peligro, real o tácito, presente, futuro u además pasado, en este caso la muerte. El miedo hacia la muerte se presenta preponderantemente ante: la disfunción familiar, proceso de morir, al fallecimiento de algún familiar.

- Evitación de la muerte.- Consiste en procurar evitar las propias vivencias internas relacionadas con la muerte, la evitación proporciona alivio a corto plazo, pero ocasiona deterioro en la persona a largo plazo. Se expresa a través de: omisión en el pensamiento y omisión en la comunicación.
- Consentimiento de la muerte.- Encaminada a soportar una situación en este caso la muerte. Se puede vivir con ese acontecimiento penoso sin que eso cause un malestar excesivo, pero a pesar de vivir bajo una circunstancia que no nos gusta, se logra direccionar el interés y el foco de atención hacia otras áreas. Encontramos tres clases de consentimiento ante la muerte: neutral, escape y bienestar. (15)

La muerte es un tema prohibido, desencadena ansiedad y estrés, sobre todo en las personas que laboran en ese ambiente cotidianamente.

La percepción de la muerte representa en muchos casos el fracaso de la ciencia médica, esto desencadena en el profesional altos niveles de estrés, y puede repercutir en la calidad de vida, si no es afrontada correctamente.

La muerte ha transcurrido de ser un acontecimiento natural y social, a ser aceptado como algo vergonzoso e individual que quiere ser eludido. El profesional de enfermería no es ajeno a estos acontecimientos, también concibe la muerte como una frustración de sus aunados esfuerzos y acciones terapéuticas por socorrer una vida. La confrontación de la muerte por parte del profesional de enfermería está delimitada por diferentes sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento, miedo entre otros. (14)

El personal de enfermería es un ser humano, por ende, también tiene sentimientos y adolece ante estos acontecimientos trascendentales de la vida. (15)

Toda muerte genera un duelo. Según GUILLEN PORTA Y COLABORADORES, el cual etimológicamente proviene del latín dolus, que significa dolor. Puede presentar diferentes manifestaciones en el ser humano tales como:

#### Manifestaciones Fisiológicas

Estos efectos se presentan principalmente en la fase aguda

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho y garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Percepción de despersonalización

- Ausencia de aire
- Palpitaciones
- Agotamiento muscular
- Carencia de energía
- Dolor de cabeza y sequedad de boca
- Incremento de la Morbimortalidad

### **Manifestaciones conductuales**

Son modificaciones en la forma de comportarse respecto al patrón previo, y su importancia reside en que afectan al apropiado desenvolvimiento del ser en su mundo cercano y su relación con los demás.

- Trastornos del sueño: No es ajeno que las personas que están en las primeras etapas de la pérdida presenten trastornos del sueño. Estos pueden incluir impedimento para dormir y despertar temprano por las mañanas. Pueden corregirse solos en los duelos normales, necesitando a veces intervención médica. A veces, pueden representar miedos, incluso miedo a soñar, miedo a estar en la cama solo y miedo a no despertarse.
- Trastornos alimentarios: Se pueden presentar ingiriendo demasiado o demasiado poco, la reducción en la ingesta es una conducta que se describe con mayor frecuencia.

- Conducta distraída: las personas que han presentado una pérdida reciente se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera ensimismada y haciendo cosas que al final les generan incomodidad o les hacen daño.
- Aislamiento social: es común que los deudos, durante el proceso de duelo, delimiten sus contactos sociales a los estrictamente necesarios y eviten las relaciones con personas que antes concurrían.
- Llorar y/o suspirar: El llanto constituye una forma muy natural de manifestar el dolor y la tristeza sentida, es importante permitir su libre expresión. El llanto frecuente tiende a disminuir con el paso de los días y la elaboración consciente de las tareas de duelo. Suspirar también es una conducta que se presenta con frecuencia entre las personas en duelo, es un análogo a la sensación física de falta de aire.

### **Manifestaciones afectivas**

Lo emocional, el área donde con mayor frecuencia se ubica el deudo en ese momento.

- Tristeza: Es el sentimiento más común y presente en todo el proceso de duelo y el primero que reaparece cuando, tiempo después, se rememora el hecho. Este sentimiento no se expresa precisamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a

menudo. Llorar es una señal que recuerda una reacción de comprensión y protección por parte de los demás y restaura una situación social en la que las leyes normales de conducta competitiva se suspenden (Parkes y Weiss, 1983). La tristeza suele presentarse junto con sentimientos de soledad, cansancio e indefensión.

- Rabia: La rabia y la agresividad son respuestas secundarias a la angustia y se soportan mucho mejor que ésta debido al sentimiento de actividad que producen. Pueden ser preponderantes en una primera fase de duelo.<sup>(16)</sup>

Según Worden el enfado proviene de dos fuentes: 1) de una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte, y 2) de una especie de experiencia regresiva que se produce después de la pérdida de alguien cercano. En la pérdida de cualquier persona importante hay una tendencia a la regresión, a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona, y luego a experimentar enfado y frustración. El sentimiento más frecuente ante la frustración de una necesidad es la cólera, y con ella, el despertar de la agresividad. Este es un impulso que una vez activado puede manifestarse en muchas formas, sean estas imaginarias, verbales o las más frecuentes, de agresividad física hacia objetos o sobre todo hacia otras personas.

En conclusión, los sentimientos de ira o cólera y su conducta derivada, la agresividad, pueden surgir de forma primaria, como consecuencia de la

ansiedad ante el peligro y la frustración por la insatisfacción de las necesidades de reunión del deudo.

- Culpa: Después de la tristeza, el sentimiento que más dolor produce es la culpa, que se puede acompañar de autorreproche. La culpa se debe a lo que se hizo y a lo que no se hizo y suele ser la causante de que se cometan muchos actos desesperados en el duelo y de que se sufra de forma exagerada. Ante la culpa, el doliente necesita sentir el perdón del otro pero, por la ausencia de éste, la situación se vuelve más compleja.

Como apunta Worden <sup>(17)</sup>, la culpa se manifiesta normalmente respecto a algo que ocurrió o algo que se descuidó alrededor del momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.

Ausencia de sentimientos: Después de una pérdida, algunas personas se sienten insensibles. La anestesia emocional o el embotamiento sensorial suelen ocurrir inmediatamente después de conocer la noticia de la muerte del ser querido. Suele durar desde unos instantes hasta unos días y es vivida como una extrañeza por no poder experimentar las emociones de dolor que naturalmente deberían sentirse. La persona permanece confusa, distraída y embotada sin tener claridad de lo que pasa. A menudo, es vivido con sentimiento de culpa por el deudo, al no estar sintiendo, en apariencia, un severo dolor, o por los cercanos que lo notan extraño y distante, no

involucrado en las circunstancias del presente, funcionando de forma autómatas. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar y permitir que se hagan todos conscientes sería muy desbordante; así la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

### **2.3. Base conceptual**

#### **Actitud**

La actitud palabra derivada del latín *actitūdo*, se define como la manifestación de un estado de ánimo o bien como una tendencia a actuar de un modo determinado.

Son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante.

Según la real academia de la lengua española actitud significa “disposición de ánimo manifestada de algún modo”.<sup>(18)</sup>

Eiser define la actitud como tendencia aprendida a responder de un modo resistente a un objeto social.

Floy y Allport “una actitud es una disposición mental y neurológica, que se constituye a partir de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica sobre las respuestas del individuo ,respecto a todos los objetos y las situaciones que le corresponden.” <sup>(19)</sup>

R Jefress,” La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida”.

Kimball Young. Define actitud como “la tendencia o propensión aprendida más o menos generalizada y de tono afectivo a responder de un modo perseverante y característico por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra) con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales ,o a una persona o grupo de personas.”

C.M.Judd: “las actitudes son valoraciones duraderas de diferentes aspectos del mundo social, valoraciones que se almacenan en la memoria”.

W.I. Thomas y F.Znaniecki: “Es la tendencia del individuo a reaccionar, ya sea positiva o negativamente, a cierto valor social”.

Warren: “Una actitud es una específica disposición mental hacia una nueva experiencia, por lo cual la experiencia es modificada, o una condición de predisposición para cierto tipo de actividad”.

Droba: “Una actitud es una disposición mental del individuo a actuar a favor o en contra de un objeto definido”.

Edwin Hollander. “las actitudes son creencias y sentimientos acerca de un objeto o conjunto de objetos del ambiente social; son aprendidas; tienden a persistir, aunque están sujetas a los efectos de la experiencia; y son estados directivos del campo psicológico que influyen sobre la acción.”<sup>(19)</sup>

La actitud se conforma de tres dimensiones esenciales:

- **Dimensión conductual:** Se refiere al modo en que son expresados las emociones o pensamientos.
- **Dimensión emocional.** Se refiere a los sentimientos que cada persona tiene.
- **Dimensión cognitivo.** Se refiere a lo que el individuo piensa.

El psicólogo social, Rodríguez Aroldo, remarca que la actitud se encuentra compuesta por diferentes elementos esenciales:

#### **Dimensión cognitivo.**

Para que exista actitud, es imprescindible que exista una representación cognoscitiva de objeto, la cual está formada por las percepciones, creencias e información que tenemos respecto al objeto.

Se encuentra conformado por la percepción que puede captarse sobre el objeto en cuestión, junto con las creencias y datos que se tienen previamente del mismo. Este elemento puede ser entendido también como modelo actitudinal de expectativa por valor.

Es el conjunto de conocimientos que tiene el sujeto referente al objeto del cual toma su actitud. Para que exista una actitud es importante e imprescindible que exista una muestra cognoscitiva del objeto.

Fishbein y Ajzen. Los objetos desconocidos o sobre los que no tenemos información, no pueden originar actitudes. Si la representación cognoscitiva es vaga el afecto relacionado con el objeto propenderá a ser poco intenso.

Cuando es errónea no afectará la intensidad del afecto.

Los indicadores de estas componentes son: creencias, valores y conocimiento.

Siendo las creencias el estado mental en el que la persona tiene como verídico el conocimiento o las experiencias previas que tiene acerca de un acontecimiento u objeto se expresa a través de una afirmación.

Los valores son estados a los que las personas dan importancia, tales como el éxito, seguridad amor felicidad. es elevado según la jerarquía de nuestros intereses.

El conocimiento, es la información adquirida mediante la experiencia o la educación.

**Dimensión afectivo.** Este elemento afectivo se compone por los sentimientos expuestos, sean positivos o negativos, frente a un objeto social, compuesto también por las sensaciones. Las actitudes se diferencian de las creencias y opiniones, tal es así, que las actitudes desencadenan reacciones positivas o negativas hacia un objeto determinado, mientras que las opiniones y creencias comprenden únicamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. Asimismo mientras que interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos, se va conformando el término actitud. El componente afectivo incluye emociones y sentimientos que acompañan a una idea nuclear o creencia.

Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es el componente más importante de las actitudes. Es considerado por Fichen Y Raven como el único componente representativo de las actitudes, y también es considerado como el que más renuente al cambio.

En resumen, el componente afectivo se refiere al sentimiento sea positivo o negativo hacia un objeto o situación determinada. Pero es necesario que exista un conocimiento previo de ello.

Los indicadores para medir son sensibilidad, apatía, temor y ansiedad.

Siendo la sensibilidad la capacidad para percibir el estado de ánimo, la forma de ser y de actuar de las personas y entenderlo así como el origen de las circunstancias para actuar en beneficio de los demás.

Apatía; desinterés, desmotivación, y falta de emoción, indiferencia en el que el ser humano no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

Temor; sentimiento desagradable generado por la percepción de un peligro.

Ansiedad; sentimiento de miedo y preocupación, comprende aspectos subjetivos o cognoscitivos,asimismo comportamientos poco adaptativos.

(20)

**Dimensión conductual.** Se refiere a las expresiones verbales, lo concerniente a las conductas en sí.

El componente conductual es la síntesis de la interacción entre los componentes afectivos y cognoscitivo y ambos componentes tendrán coherencia con lo que se habla.

Este componente está relacionado con el componente afectivo, tal es así que los sentimientos positivos tienden a desencadenar disposiciones en las personas para establecer un contacto más cercano y los sentimientos negativos que implican tendencias de evasión hacia un objeto tienden a aumentar la distancia entre la persona o el objeto de la actitud.

El elemento conductual es aquel que en todo momento se encuentra activo. Se define como la corriente actitudinal que se produce al reaccionar frente a un objeto de una forma específica. (20).

Las actitudes influyen a la hora de procesar la información del entorno, asimismo conducen las decisiones que tomamos a nivel conductual.

Hay diferentes conductas que fortalecen o disminuyen la relación entre actitud-conducta. Una de esas teorías es estudiada por Martin Fishbein e Izeck Aizen, señalan en su teoría de la acción razonada, la cual es un modelo de toma de decisiones racional, asimismo manifiestan que la conducta es un proceso racional y deliberativo, cuyo objetivo es predecir la actitud.

Creada en los años 1975-1980, ellos pretenden modificar, pronosticar la conducta humana, manifiestan que las acciones se fundamentan en las actitudes individuales, una teoría de una acción consiste en una descripción

de la actitud, la información de la actitud es de tipo cognitivo, cariñoso y conductual. Es así que las actitudes están estrechamente relacionadas con la conducta y serán influenciadas por el medio ambiente, y definirán la misma.

La posición de una persona con respecto de una acción u objeto es actitud y manifiesta el sentimiento favorable o desfavorable de una persona hacia un estímulo determinado.

Una actitud se obtiene automáticamente en cuanto se aprenden las asociaciones de este con otros objetos, objetos de los cuales ya se contienen actitudes previas.<sup>(21)</sup>

Los indicadores para medir el componente de la actitud conductual son. Responsabilidad, comodidad, vocación, aceptación y rechazo.

Responsabilidad, valor que se encuentra en la conciencia de la persona que le ayuda a reflexionar, reorientar y valorar las consecuencias de su acto.

Comodidad, es lo que produce bienestar.

Vocación, manifestación de la personalidad frente al mundo del trabajo o el estudio.

Aceptación, consentir de forma voluntaria una cosa.

Rechazo, oposición a permitir o aceptar algo, intentando apartarse de aquello que lo produce.<sup>(22)</sup>

## **Medida de la intensidad de las actitudes**

La magnitud de una actitud depende de su valor (positiva o negativa) y de su intensidad (grado o extremosidad de esa valencia). La intensidad o fuerza de una actitud depende de las siguientes variables:

- a) Importancia de la actitud para esa persona
- b) Intensidad o extremosidad de su evaluación
- c) Conocimiento del objeto de actitud
- d) Accesibilidad de la actitud (facilidad de activación de la actitud en la mente de la persona)

Cuanto más extensa es una actitud, más persistente es en el tiempo, más resiste al cambio y más influye en la conducta.

La medida de las actitudes se puede clasificar en 2 grandes bloques: medidas explícitas e implícitas.

**Medidas explícitas** la medición es explícita cuando se pregunta directamente a la persona.(20)

## **Características de la actitud de la enfermera .**

### **Cuidado y Enfermería**

La enfermería es la profesión que se dedica al cuidado integral del ser humano, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) señala que la profesión de enfermería es una profesión que abarca “los cuidados

autónomos y en colaboración que se brindan a las personas de todas las edades ,familias ,grupos y comunidades, enfermos o sanos , en todos los entornos e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos ,discapacitados y personas moribundas(CIE ,2014).(23)

Virginia Henderson refiere que la función de enfermería es “ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de las actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o lograr una muerte digna”. Actividades que ejecutaría solo si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.(24).

Margaret Jean Watson ,nacida en Estados Unidos ,licenciada en enfermería , con un doctorado en psicología de la educación, autora de muchos libros entre ellos Enfermería: ciencia y cuidados humanos.(Una teoría de Enfermería),Enfermería Post Moderna y Otros enfoques; su último libro, Ciencia del cuidado como ciencia sagrada, en ese libro nos motiva a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería .Watson admite que el cuidar es parte esencial del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser ,este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado tanto general como profesional propio de

enfermería. A su vez este cuidado es estructurado formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el fin de promover, mantener o recuperar la salud.

La teoría del cuidado de Jean Watson, se constituye en siete supuestos y diez factores de cuidados.

Los supuestos son premisas, verdades.

- El cuidado solo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa
- La práctica del cuidado es central en la enfermería.

Los factores del cuidado son los siguientes

- Formación humanista-altruista, en un sistema de valores, la enfermera en su práctica diaria requiere evolucionar en su desarrollo moral, es por ello que la introspección debería formar parte de nuestro quehacer diario. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos, se integra el cuidado amoroso con la ecuanimidad. El cuidado requiere un desarrollo evolutivo moral y del conocimiento.

- Incorporación de la Fe-esperanza. es importante la fe y la esperanza para el cuidado, se debe permitir que las personas mantengan sus creencias y realicen sus rituales para mantener su fe. La fe siempre es relacionada al cuidado.
- El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros. Para Watson el ser humano es un ser sintiente., es muy común que la práctica profesional se separe de los sentimientos. Por ende las personas esconden, niegan o disimulan sus sentimientos. Esto conllevará a no tratar con los propios sentimientos y a no cambiarlos cuando estos no son positivos. Un ser humano que se niegue a reconocer sus sentimientos, no lograra entender los sentimientos de los otros .Las conductas de evitación son frecuentes, así como el temor a enfrentar al paciente que va morir, la aprensión a contestar preguntas y enfrentar situaciones de duelo y dolor .Estas situaciones están presentes en el quehacer diario de enfermería .Fomentar un desarrollo evolutivo moral es tan importante como mantenerse actualizado en las técnicas y conocimientos.
- El desarrollo de una relación de ayuda y confianza .La relación de confianza está vinculada con la aceptación de sentimientos positivos y negativos. Se requiere sensibilidad, apertura y el altruismo y tiene que tener congruencia con la honestidad y la verdad.
- La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos. Las emociones son importantes en la conducta humana “es una

ventana en la cual se visualiza el alma”. La función del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos.

- El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial. La sistematización excesiva de normas, limitan el desarrollo creativo de esta profesión, esta sistematización no debe impedir investigar estudiar y desarrollar habilidades para afrontar situaciones nuevas.
- La promoción de una enseñanza -aprendizaje interpersonal. Este factor es muy importante porque ayuda al usuario a ser partícipe de su cuidado .La enfermera debe brindar un cuidado personalizado y reciproco, para poder lograr cambio de actitudes.
- “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico ,mental ,espiritual y sociocultural se convierte en :”creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia)ya sea el todo ,belleza , confort dignidad y paz”
- Asistencia con la gratificación de necesidades humanas, después llamado “la asistencia en necesidades básicas con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del SER y permitiendo a la espiritualidad emerger”. Las necesidades humanas son estratificadas. Tal es así que el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o biofísicas, tales como nutrición,

eliminación y ventilación. En el segundo nivel se encuentran las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo actividad y las sexuales. En el tercer nivel se encuentran las integrativas o necesidades psicosociales de pertenencia y logros .Asimismo en el nivel más elevado se encuentran las necesidades intra/interpersonales ,la necesidad de realización y crecimiento personal.

- “Reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. La fenomenología es una descripción de datos que aparecen en una situación determinada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión.

Jean Watson manifiesta que Enfermería debería preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado de enfermería dentro de nuestros sistemas.(25)

El código de ética y deontología manifiesta, en el capítulo III de la enfermera y el ejercicio profesional, en el artículo 23 que “la enfermera(o)debe tomar la decisión más adecuada y oportuna en el cuidado de la persona cuando está en riesgo la vida del paciente, considerando los principios de autonomía, justicia ,beneficencia y no maleficencia”.(26)

Los profesionales de enfermería son seres humanos pragmáticos, que no solo actúan, sino que también piensan y sienten. El personal de enfermería concibe sus propias actitudes, valores, creencias y prejuicios en la atención hacia los moribundos. Los profesionales de enfermería que coadyuvan a

mitigar los síntomas físicos que conlleva a la muerte, no viven esta situación con amenaza, pero si sienten ocasionalmente angustias y muchas dudas al involucrase en una relación terapéutica y significativa de apoyo al moribundo.

El fallecimiento de personas en medio hospitalario tiene importantes consecuencias preponderantes:

a) Para el propio individuo, más conocedor de sus circunstancias terminales, confrontando su fase final o agonía en un ambiente que puede resultarle frío y adverso, en estado de conflicto con su estilo de vida anterior, alejado de su familia.

b) Para la familia.

c) Para el conjunto de personas próximas (enfermos);

d) Incluso para el personal sanitario, para el que el contacto con la muerte se convierte, por una parte, en rutina y en algo impersonal, y por otra, en una tensión añadida provocada por su responsabilidad directa en la forma de aplicar los cuidados a enfermos terminales, es decir, la de manejar una muerte apropiada, con dignidad, o sea, una buena muerte.

El trabajo del profesional de enfermería se lleva a cabo en un contexto de relaciones que repercuten en sus representaciones y prácticas profesionales al cuidar a pacientes en proceso de muerte en los servicios de emergencia. El enfrentar la muerte es un proceso difícil y la atención a los seres humanos es compleja y llena de connotaciones biopsicosociales.

Teniendo en cuenta el aumento de proceso de muerte en los hospitales hace falta crear protocolos de acción de las conductas.

El profesional de enfermería interactúa con el paciente y muchas otras personas en el proceso de brindar cuidados de enfermería oportunos, pero su cultura, actitudes y creencias repercutirán en sus decisiones y prácticas. Este modo nos debe dejar salir del argumento positivista que considera las prácticas para el cuidado de la salud y la atención del proceso de muerte regidas por una racionalidad técnica, y deja de lado los condicionamientos sociales al momento de atender el proceso de muerte de los pacientes.<sup>(27)</sup>

Según la OMS, una de los deberes de enfermería es el manejo de situaciones cambiantes, las enfermeras tienen habilidad para afrontar situaciones cotidianas así como situaciones de emergencia, deben ser capaces de entender el problema planteado e iniciar tempranamente el tratamiento.<sup>(28)</sup>

Enfermería en Emergencias y Desastres brinda un cuidado integral, abordando al paciente con el equipo multidisciplinario, manejando con prioridad la “hora de oro”, para poder disminuir las complicaciones y reducir el número de secuelas invalidantes así como fallecimientos, para dar respuesta a todas estas necesidades en emergencias y desastres es necesario planificar, organizar y actualizar los cuidados extrahospitalarios e intrahospitalarios.<sup>(28)</sup>

## **La enfermería y la tanatología.**

La muerte se considera en el entorno de la cultura occidental, como un hecho trágico, para el cual no existe ni aceptación, mucho menos preparación, la muerte es uno de los grandes temores de la persona, por ende una de las principales expresiones del ser humano es no estar sólo cuando sus órganos dejen de funcionar.

La agonía ,fase que antecede a la muerte ,es descrita fisiológicamente como la cesación lenta de las funciones vitales o según refieren algunos psicólogos y psiquiatras es el cambio mediante el cual la esencia del ser abandona el cuerpo físico para adquirir otra presencia en una dimensión diferente .Una vez se manifieste la muerte es importante permitir a la familia la expresión de sentimientos y la resolución de la fase inicial del duelo, en la cual hay catarsis , con la presentación de una serie de actitudes que varían desde la indiferencia hasta la negación del acontecimiento.(30)

En 1858 Florence Nightingale redactó, que nuestro fin primordial como enfermeras es “Situación al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. Nuestra profesión de Enfermería es: Una ciencia, pero además un arte. Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Tenemos una obligación ética con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas diversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su principio de autonomía, consintiéndoles partir rodeado de

sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor y nosotros en su compañía. La enfermera debe brindar un cuidado con calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades biológicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor. La enfermera brinda al paciente moribundo ayuda caritativa y piadosa. Esta actitud debe nacer del profundo sentido de su trabajo y su madurez, sensibilidad, seguridad, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben diferenciar para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia.<sup>(31)</sup>

#### **2.4. Definición de términos básicos**

**Actitud.** se puede definir como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales.

**Muerte.** Muerte es todo fenómeno en el que se produce una cesación de la vida y en especial de la vida humana.

**Enfermería** Es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas asistenciales sanitarias, siguiendo pautas clínicas.

**Duelo.** Reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la persona.

**Profesional.** Es una persona cuyo propósito de vida se concreta a través de la práctica de una actividad laboral específica.

### **III. HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis general**

En nuestro estudio no existe hipótesis general porque es descriptivo simple.

#### **3.2. Definición conceptual de variables**

##### **Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte**

Las actitudes consisten en una serie de creencias que interactúan con otras predisponiendo a actuar o responder a alguna situación de manera predecible.

#### **3.3. Operacionalización de variables**

VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte	Tendencia a actuar o pensar de determinada manera respecto a un fenómeno, situación o estímulo concreto, derivada de la experiencia o la transmisión de puntos de vista concretos respecto a dicha realidad.	Cognitivo	Creencias Valores Conocimiento	Nominal
		Afectivo	Temor Apatía Sensibilidad Ansiedad	Nominal
		Conductual	Aceptación Rechazo Comodidad Responsabilidad Vocación.	Nominal

#### IV. DISEÑO METODOLÓGICO

##### 4.1 Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación es una investigación aplicada de enfoque cuantitativo, según el tiempo, es transversal porque se realizó en un período determinado de tiempo.

El estudio es de enfoque cuantitativo su intención es buscar mediciones sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias.

#### **Diseño de la Investigación:**

Descriptivo simple

#### **4.2 Método de investigación**

**Descriptivo simple:** Es un método científico que conlleva observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él ,de ninguna forma.

**Prospectivo:** Porque el estudio se centra en hechos actuales.

**Transversal:** Se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población.

#### **4.3. Población y muestra**

La población está conformado por 40 enfermeras(os) que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.

#### **Criterios de inclusión**

- Personas que aceptan voluntariamente participar en el estudio.
- Personas que además, den su consentimiento informado.
- Personas que trabajan en el área de emergencias adultos del hospital nacional Sergio Enrique Bernales.

#### **Criterios de exclusión**

- Personas que no desean participar en el estudio.
- Personas que se encuentren de vacaciones o descanso médico.
- Persona que trabajen en otras áreas que no sea el servicio de emergencia.

**La muestra:** 40 enfermeras(os) que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique que cumplan con los criterios de inclusión.

#### **4.4. Lugar de estudio**

El estudio se desarrollara en el Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales, específicamente en el servicio de Emergencia, ubicado en la avenida Túpac Amaru N° 8000, del distrito de Comas, hospital del Ministerio de Salud con nivel III-I que brinda atención las 24 horas del día.

#### **4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

La técnica a utilizar será la encuesta y el instrumento será el cuestionario el cual consta de dos partes la primera de datos personales.

La segunda parte consta de 33 items y es el cuestionario CAM (cuestionario de actitudes ante la muerte) el cual fue elaborado por Martin y Salovey en 1996. En 1997 fue modificado y aplicado en Cuba por Gisela Hernández. Tiene una confiabilidad Alpha & de Crombach de 0,7139. Consta de tres componentes cognitivo, afectivo, conductual.

Se considerará la siguiente puntuación:

En las preguntas positivas 2,4,5,7,10,14,15,16,21,23,25,27,29 y 31, se otorgará un punto para cada respuesta de acuerdo y en las preguntas negativas 1,3,6,8,9,11,12,13,17,19,20,22,24,26,28,30,32 y 33 se otorgará 0 puntos por cada pregunta en desacuerdo. Al final se realizará la suma de puntajes de la siguiente manera.

18-33 puntos	Actitud positiva ante la muerte
17 puntos	Actitud indiferente ante la muerte
0-16 puntos	Actitud negativa ante la muerte

#### **4.6 Análisis y procesamiento de datos**

Antes de iniciar la recolección de datos se solicitó el permiso al Dr. Oscar Otoyá Petit Jefe del Dpto. Docencia e investigación así como a la Jefa del Departamento de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernal, Dra. Judith Danz a fin de obtener las facilidades pertinentes, los

cuestionarios se aplicaron a 40 licenciados (as) que cumplan con los criterios de inclusión.

La interpretación de los resultados del estudio, se realizó en base a los objetivos específicos propuestos en la investigación, Para el análisis de la información se usó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión, la información recolectada fue procesada y simplificada en frecuencias porcentuales simples, de las cuales se procedió a elaborar cuadros y gráficos, contruidos en relación a los indicadores del proceso de operacionalización de las variables usando el programa Excel versión Mac OS X 2019.

## V. RESULTADOS

Tabla N° 1

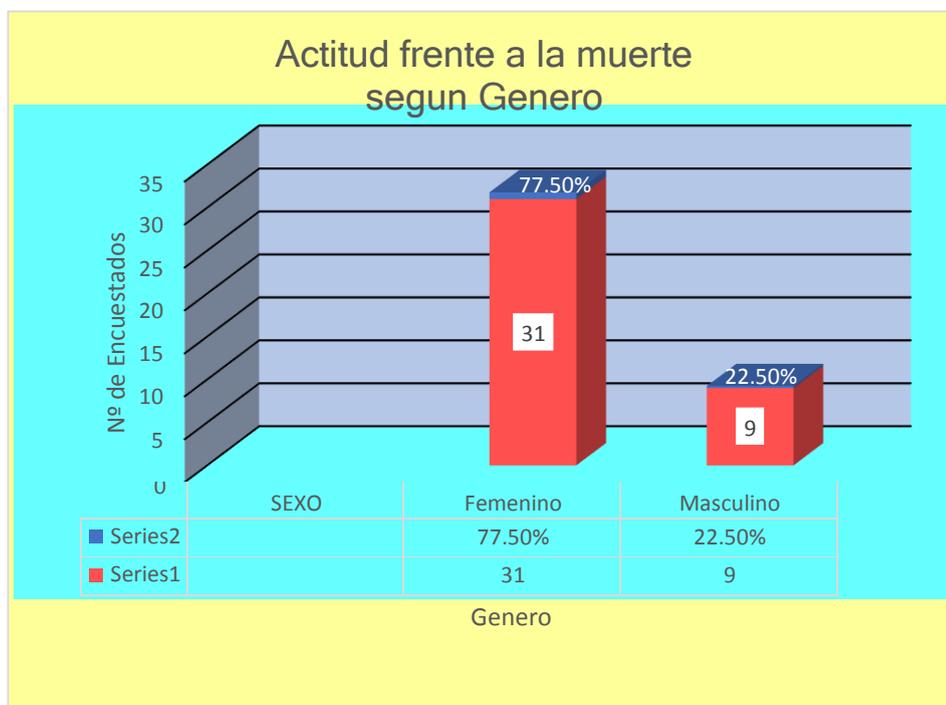
### ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN GÉNERO

CARÁCTERÍSTICAS GENERALES	N = 40	
	N°	%
<b>SEXO</b>		
Femenino	31	77.5%
Masculino	9	22.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

Podemos apreciar que el 75,5% de la población encuestada corresponde al sexo femenino y el 22,5% al masculino.

GRAFICO N°1



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

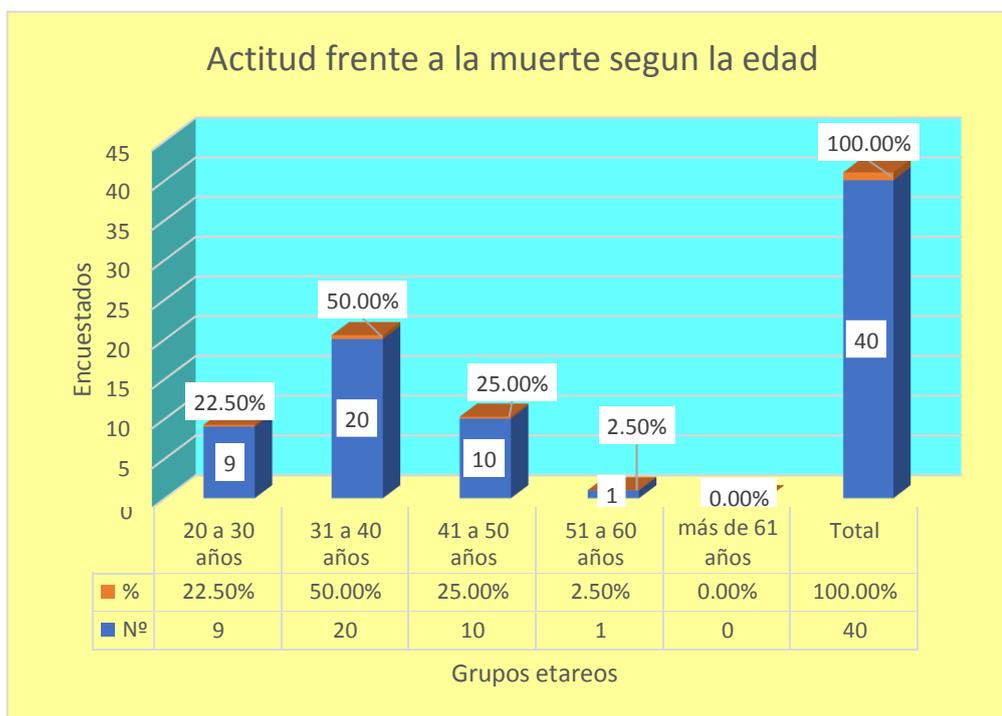
**Tabla Nº 2: ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN EDAD**

EDAD	Nº	%
20 a 30 años	9	23%
31 a 40 años	20	50%
41 a 50 años	10	25%
51 a 60 años	1	3%
más de 61 años	0	0%
Total	40	100%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

El 50% de la población encuestada corresponde al grupo etáreo 21 a 40 años seguido del grupo de 41 a 50 años.

**GRAFICO Nº 2**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 3**

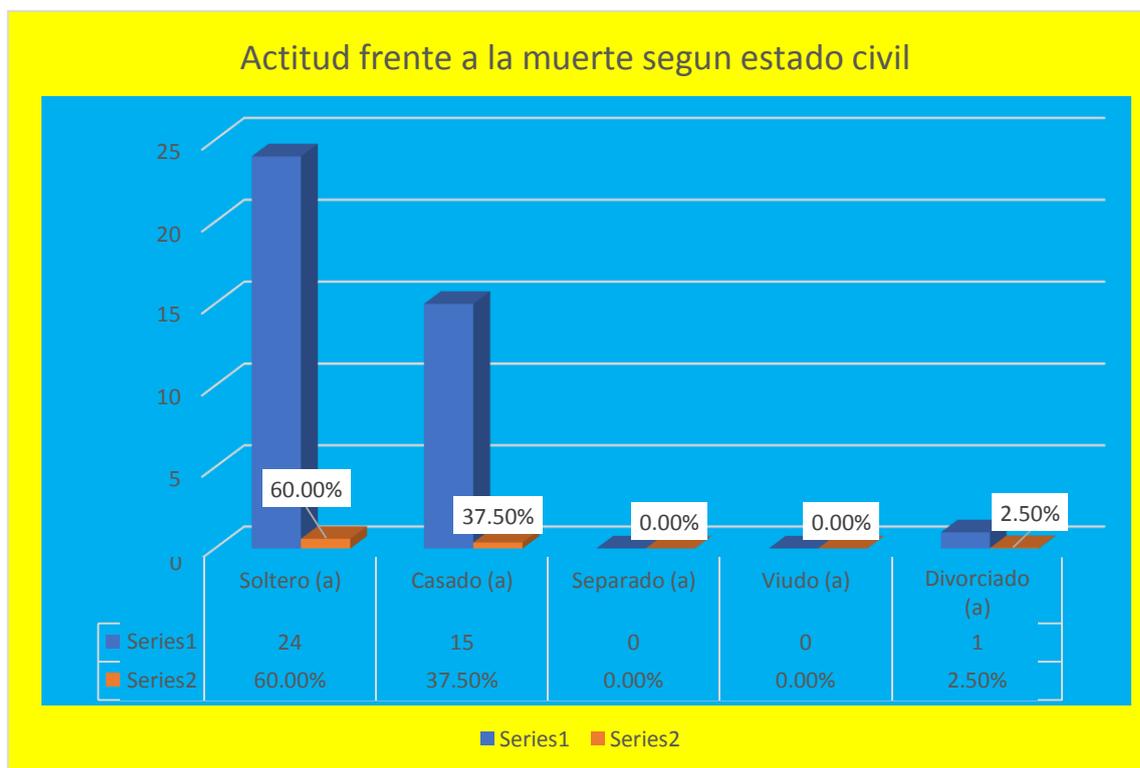
**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	Nº	%
Soltero (a)	24	60%
Casado (a)	15	38%
Separado (a)	0	0%
Viudo (a)	0	0%
Divorciado (a)	1	3%
TOTAL	40	100%

Fuente: Documento propio de las investigadoras

La mayor población corresponde al personal soltero 60%

**Gráfico N°3**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

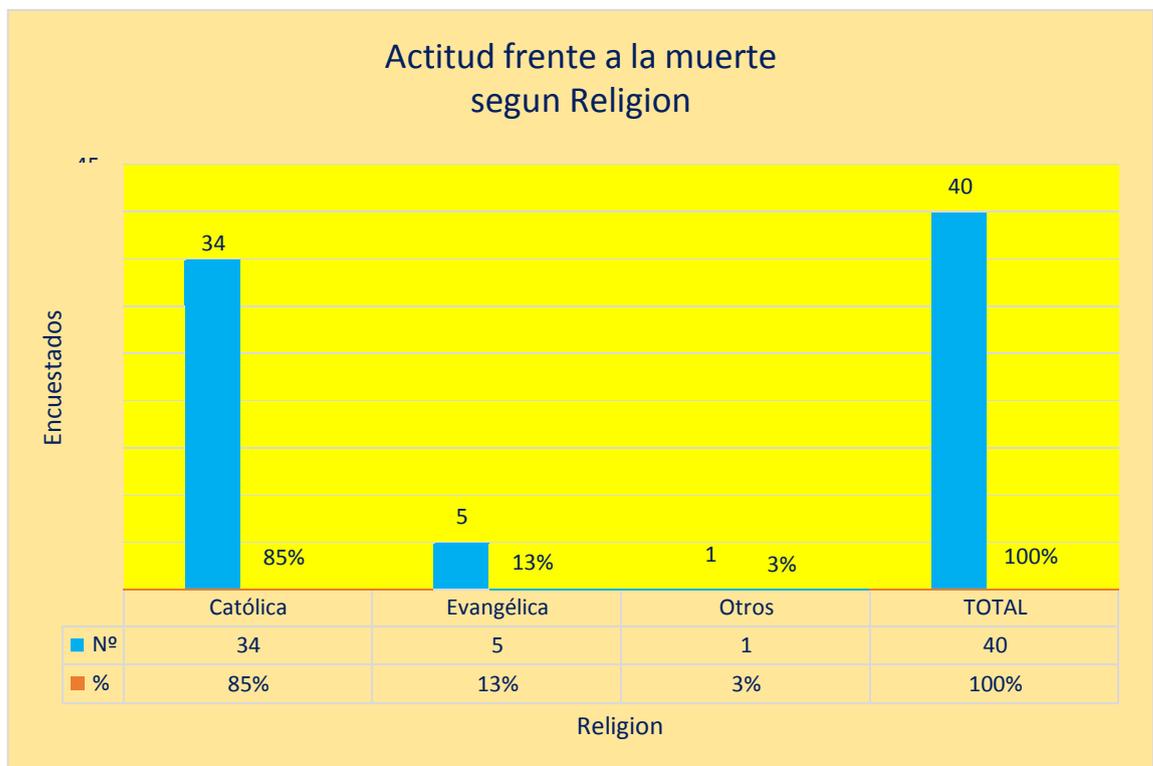
**TABLA Nº 4**  
**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN RELIGION**

RELIGIÓN	Nº	%
Católica	34	85%
Evangélica	5	13%
Otros	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

De los encuestados el 85% era católica y el 13% evangélica.

Gráfico Nº 4



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

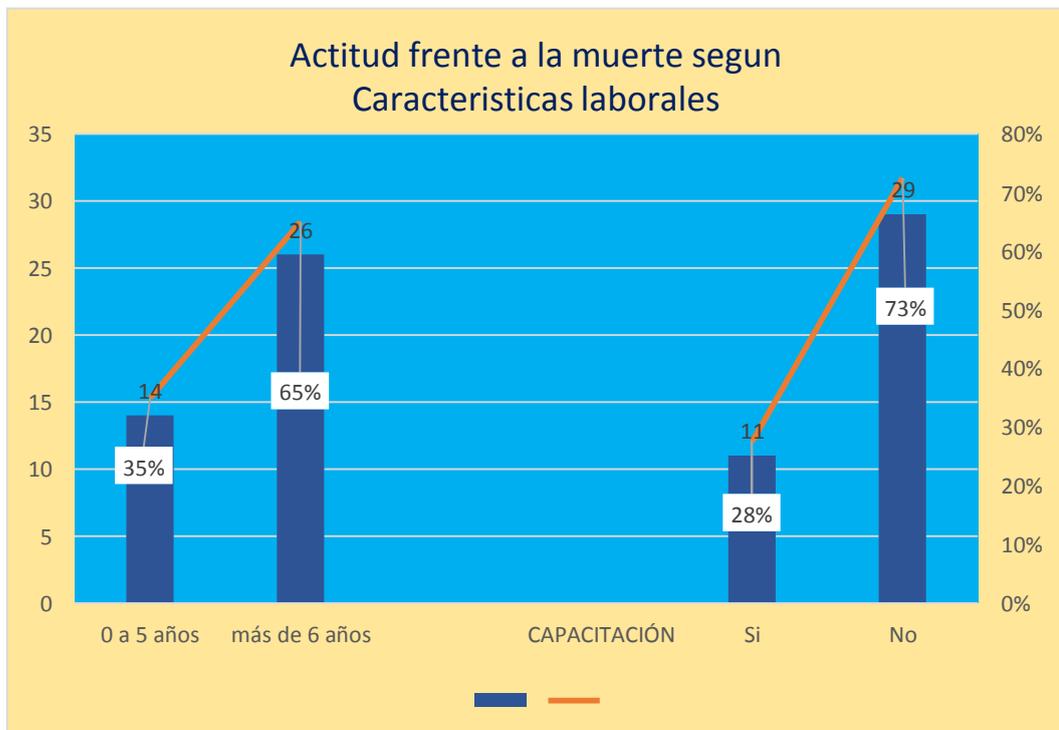
**Tabla N° 5**  
**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN CARACTERÍSTICAS**  
**LABORALES**

CARACTERÍSTICAS LABORALES		
	Nº	%
<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>		
0 a 5 años	14	35%
más de 6 años	26	65%
<b>CAPACITACIÓN</b>		
Si	11	28%
No	29	73%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

Según las características laborales el 65% de los encuestados tiene 6 o más años de servicio en emergencia.

**Gráfico N° 5**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 6**

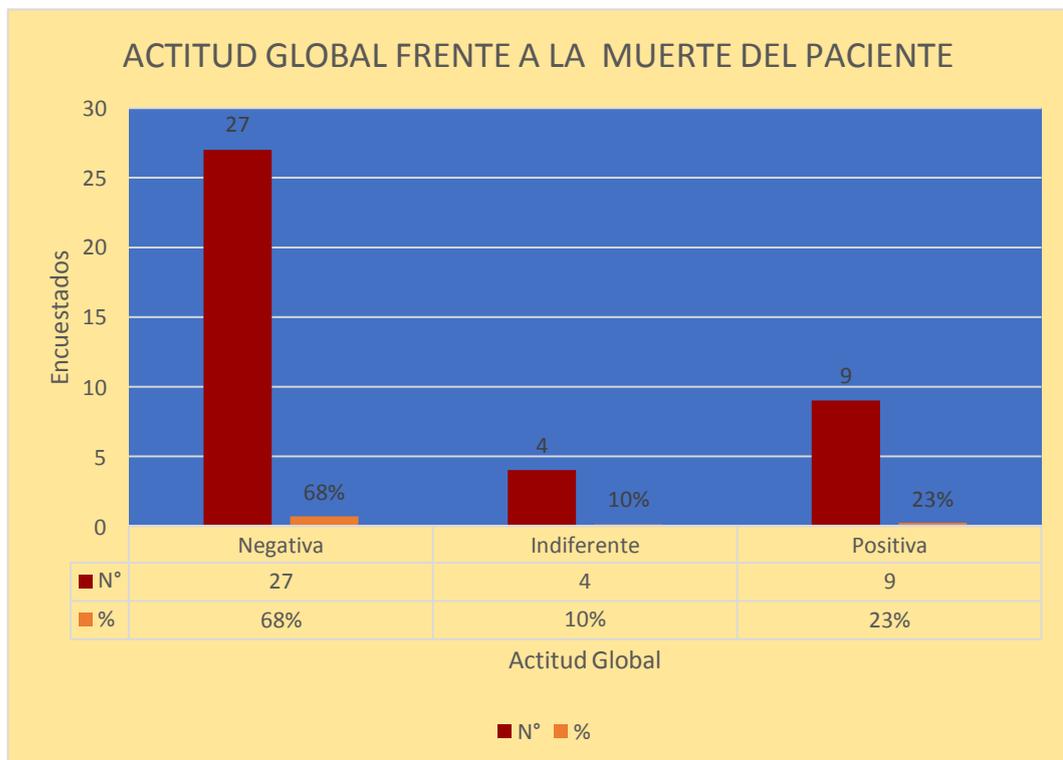
**ACTITUD GLOBAL FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE**

ACTITUD: GLOBAL	N°	%
Negativa	27	68%
Indiferente	4	10%
Positiva	9	23%
TOTAL	40	100%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras.

La actitud predominante es la actitud negativa con un 68%.

**Gráfico N°6**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 7**

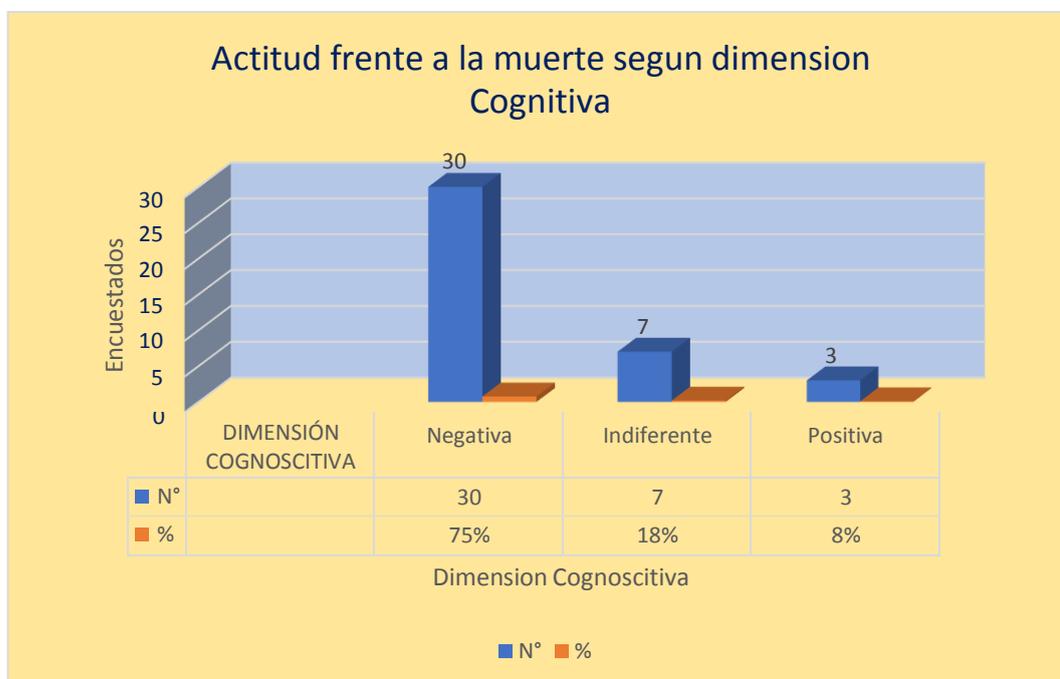
**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN DIMENCIÓN COGNITIVA**

ACTITUD: DIMENSIÓN COGNITIVA	N°	%
Negativa	30	75%
Indiferente	7	18%
Positiva	3	8%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

La actitud frente a la muerte en su dimensión cognitivo resulta negativa en un 75%.

**Gráfico N° 7**



Fuente: Datos propios de las investigadoras

**TABLA N° 7 A**  
**ITEMS DE LA DIMENSION CONGNITIVA**

ITEMS	En desacuerdo		De acuerdo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Pensar en la muerte es perder el tiempo.	33	82.5%	7	17.5%	40	100.0%
2. Después de la muerte habrá un lugar mejor.	9	22.5%	31	77.5%	40	100.0%
3. Viviré después de mi muerte.	22	55.0%	18	45.0%	40	100.0%
4. Las personas sólo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.	22	55.0%	13	32.5%	35	87.5%
5. Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.	18	45.0%	22	55.0%	40	100.0%
6. Mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi muerte.	19	47.5%	21	52.5%	40	100.0%
7. Vale la pena vivir.	2	5.0%	38	95.0%	40	100.0%
8. Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi crecimiento personal.	10	25.0%	30	75.0%	40	100.0%
9. El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.	14	35.0%	26	65.0%	40	100.0%
10. He pensado en mi muerte como un hecho imposible.	33	82.5%	7	17.5%	40	100.0%
11. No he pensado en la muerte como una posibilidad real.	31	77.5%	9	22.5%	40	100.0%
12. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.	37	92.5%	3	7.5%	40	100.0%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 8**

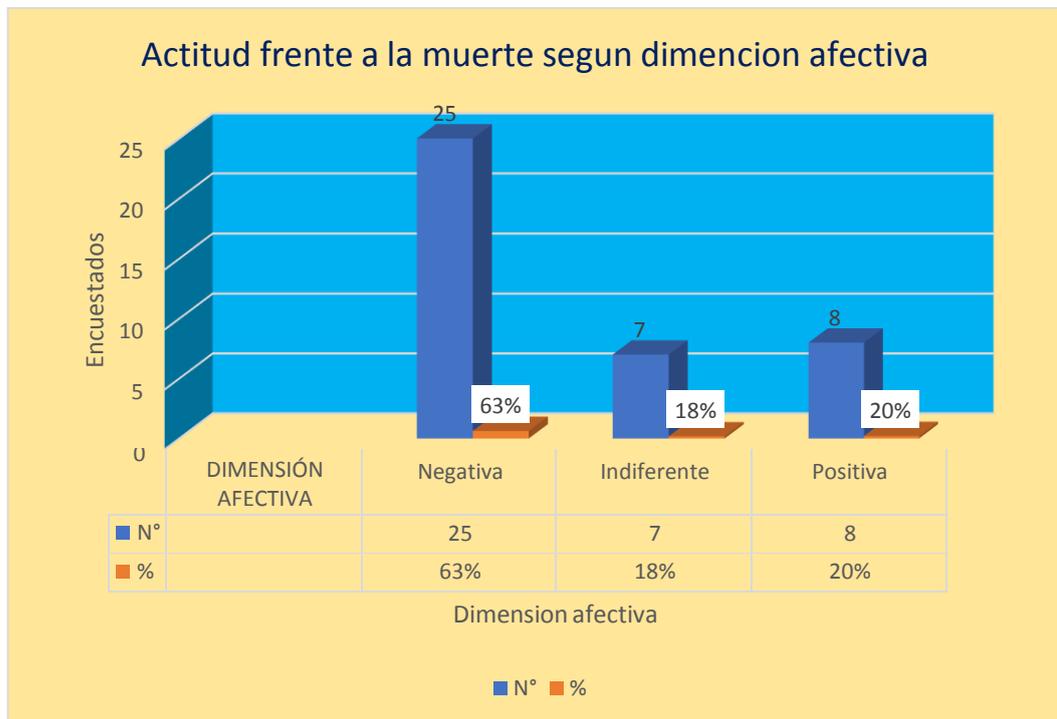
**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN DIMENSION AFECTIVA**

ACTITUD: DIMENSIÓN AFECTIVA	N°	%
Negativa	25	63%
Indiferente	7	18%
Positiva	8	20%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

La actitud frente a la muerte del paciente en el personal en el profesional de enfermería resulto en un 63% negativa.

**Gráfico N° 8**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 8A**  
**ITEMS DE LA DIMENSION AFECTIVA**

ITEMS	En desacuerdo		De acuerdo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
13. Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.	33	82.5%	7	17.5%	40	100.0%
14. Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.	24	60.0%	16	40.0%	40	100.0%
15. La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida	37	92.5%	3	7.5%	40	100.0%
16. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.	16	40.0%	24	60.0%	40	100.0%
17. Veo con placer la vida después de mi muerte.	27	67.5%	13	32.5%	40	100.0%
18. Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.	19	47.5%	21	52.5%	40	100.0%
19. No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi lado un paciente que se va morir.	11	27.5%	29	72.5%	40	100.0%
20. Me siento perturbada(o) cuando pienso en lo corta que es la vida.	28	70.0%	12	30.0%	40	100.0%
21. Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.	15	37.5%	25	62.5%	40	100.0%
22. Me conmueve enfrentar a la familia de los enfermos moribundos.	7	17.5%	33	82.5%	40	100.0%
23. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente.	29	72.5%	11	27.5%	40	100.0%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 9**

**ACTITUD FRENTE A LA MUERTE SEGÚN DIMENSION CONDUCTUAL**

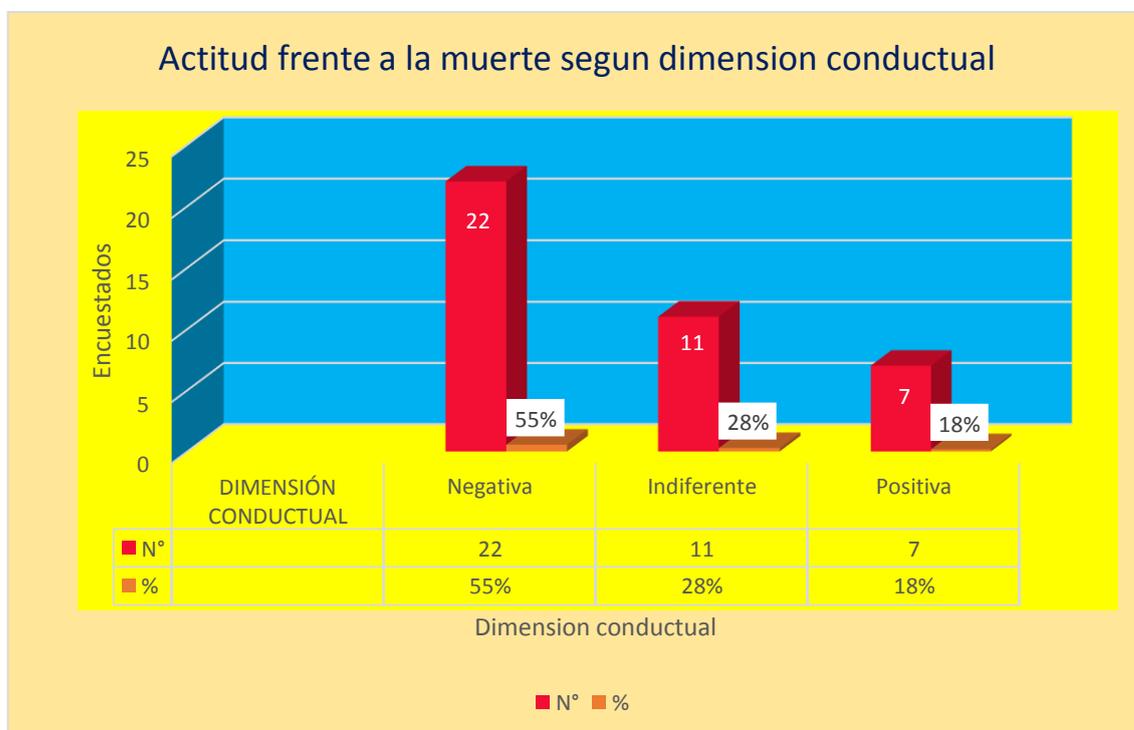
ACTITUD:	N°	%
DIMENSIÓN CONDUCTUAL		
Negativa	22	55%
Indiferente	11	28%
Positiva	7	18%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

La actitud frente a la muerte en su dimensión conductual resulto

Negativa en 55% e indiferente en 22%.

**Gráfico N° 9**



Fuente: Documentos propios de las investigadoras

**Tabla N° 9 A**  
**ITEMS DE LA DIMENSION CONDUCTUAL**

ITEMS	En desacuerdo		De acuerdo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
24. Temo la posibilidad de contraer una enfermedad que conlleve inevitablemente a la muerte.	16	40.0%	24	60.0%	40	100.0%
25. Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.	23	57.5%	17	42.5%	40	100.0%
26. Me siento más cómodo si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.	25	62.5%	15	37.5%	40	100.0%
27. La muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante mi vida.	4	10.0%	36	90.0%	40	100.0%
28. La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.	32	80.0%	8	20.0%	40	100.0%
29. El sentido de mi trabajo es salvar la vida de mis pacientes.	4	10.0%	36	90.0%	40	100.0%
30. Ya no hay nada que ver en este mundo.	4	10.0%	36	90.0%	40	100.0%
31. Temo morir.	38	95.0%	2	5.0%	40	100.0%
32. Prefiero no pensar en la muerte.	15	37.5%	25	62.5%	40	100.0%
33. Encuentro difícil encarar la muerte.	19	47.5%	21	52.5%	40	100.0%
34. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente.	24	60.0%	16	40.0%	40	100.0%

Fuente: Documentos propios de las investigadoras

## 5.2 Resultados Inferenciales

El 76% de la población encuestada corresponde al sexo femenino y el 23% al masculino.

El 50% de la población encuestadas corresponde al grupo atareó entre los 21 a 40 años. Cuyo estado civil corresponde a la condición de soltera(o) en un 60% seguido del personal casado 38% y el 85% de los encuestados son católicos.

Según las características laborales el 65% de los encuestados tiene 6 o más años de servicio en emergencia.

La actitud predominante es la actitud negativa con un 68%.

La actitud frente a la muerte en su dimensión cognitiva resulta negativa en un 75%.

La actitud frente a la muerte del paciente en el personal en el profesional de enfermería resultó en un 63% seguido de una actitud negativa en su dimensión afectiva.

La actitud frente a la muerte en su dimensión conductual resultó negativa en 55% e indiferente en 22%.

## **VI. DISCUSION DE RESULTADOS**

### **6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados**

Nuestro estudio tiene una sola variable, por lo tanto no tiene resultados inferenciales que conducen a la prueba de hipótesis.

### **6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares**

En el presente estudio se observa que el 77.5% es de sexo femenino, esto se ve reflejado en las aulas de las carreras de enfermería, donde el mayor porcentaje que estudia esta carrera es de sexo femenino. Similar estudio fue el de Osses realizado en Chile titulado "Hombres en la enfermería profesional". (32) manifestó que 8 de cada 10 personas son mujeres, enfermería era desde antes una carrera muy feminista, ahora en los últimos tiempos está aumentando más enfermeros con la igualdad de género. Además la mayoría de enfermeras 50% oscila entre las edades de 31 a 40 años, que es la edad laboral mas productiva, este grupo profesional es en su mayoría católico 60%, concordando con los datos del INEI donde manifiestan que el 76% de peruanos es católico.(33)

Las actitudes son según R. Jeffress, son nuestras respuestas emocionales y mentales a las circunstancias de la vida, estas actitudes a su vez tienen componentes emocionales, conductuales y cognitivos. Durante el quehacer del profesional de Enfermería en el área de Emergencias a pesar de los aunados esfuerzos y el cuidado humanizado que brinda con el equipo multidisciplinario suceden desenlaces fatales como la muerte.

Respecto a las actitudes frente a la muerte en nuestro estudio el 67.5% tiene una actitud negativa. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Maza y colaboradores en Chile, en los cuales la actitud frente a la muerte también es negativa, en otro estudio similar del estudio realizado por Marchan Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología en España el cual manifiesta que el 37% de profesionales presenta un mal afrontamiento de la muerte, lo cual reafirman nuestras conclusiones.

Estos resultados se ven respaldados en el estudio realizado por Celma A. y colaboradores, el proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte, el cual dice que el profesional de enfermería no es ajeno a la muerte, también la percibe como un fracaso de sus esfuerzos y actividades terapéuticas para salvar la vida, además menciona que el profesional de enfermería es un ser humano con sentimientos, que padece ante estos acontecimientos trascendentales de la vida, esto puede influenciar en las actitudes ante la muerte que presenta, inclinándolas a ser negativas. Mientras que en nuestro estudio sólo el 23% tiene una actitud positiva.

Respecto a la actitud frente a la muerte en su dimensión cognitiva. El 75% tiene una actitud negativa ante la muerte, estos resultados no coinciden con los resultados de Gonzales Hernan en su estudio Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un hospital de Jaen, quien manifiesta que

el profesional de enfermería tiene una actitud cognitiva favorable ante la muerte, quizás no coincidan los resultados porque nuestra población son enfermeras que laboran en el servicio de emergencia que está en contacto constante con estos acontecimientos trascendentales ,mientras que la población del estudio en mención, abarca a todos los profesionales de su institución.

Similar estudio realizado por Marchan ya antes mencionado concluyo que el 60% de los profesionales considera que su formación es inadecuada para proporcionar cuidados al paciente terminal. Según FISHBEIN Y AJZEN, de los objetos que no tenemos información la representación cognoscitiva será poco intensa, esto concuerda con nuestros resultados en el cual el 73% no ha realizado cursos de capacitación frente a la muerte.

Por otra parte respecto a la actitud frente a la muerte en su dimensión afectiva, el 63% tiene una actitud negativa frente a la muerte en su dimensión afectiva, el componente afectivo se constituye por los sentimientos positivos o negativos frente a un objeto social, en nuestro estudio predominan los sentimientos negativos, similar estudio realizado por Maza M. y colaboradores mencionado anteriormente , refiere que una actitud negativa ante la muerte genera respuestas como ansiedad, miedo y depresión, esto se ve reflejado en nuestro estudio en el ítem 19, en el que la mayoría el 72,5% manifiesta estar de acuerdo en que no puede evitar pensar en su familia ,cuando tiene a su lado un paciente que se va morir,

en el ítem 21, el 62,5% de los encuestados manifiestan que cuando asisten a un paciente en fase terminal entra en su pensamiento la probabilidad de su muerte, asimismo en el ítem 22 al 82,5% le conmueve enfrentar a la familia de los enfermos moribundos, nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Gonzales , en el que la mitad de los encuestados tienen una actitud desfavorable ante la muerte, sienten temor y prefieren no atender a un paciente moribundo. Cabe mencionar que Edo en su estudio titulado actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya, concluyó que la muerte produce un gran impacto emocional en los estudiantes muy difícil de olvidar, guardando estos resultados relación con nuestro estudio.

En cuanto a la actitud ante la muerte en su dimensión conductual el 55% tiene una actitud negativa, y el 22% indiferente, esta manifestado por las expresiones verbales y las conductas. En nuestro estudio el 52,5 % de los encuestados encuentra difícil encarar la muerte y el 62,5% prefiere no pensar en la muerte. Según Watson las conductas de evitación así como el temor a enfrentar al paciente que va morir, la aprensión a contestar preguntas y enfrentar situaciones de duelo y dolor, están presentes en el cuidado diario de enfermería, por lo que considera importante fomentar el desarrollo evolutivo moral a la par de mantenerse actualizado de técnicas y conocimientos.

## CONCLUSIONES

- En nuestro estudio la actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital nacional Sergio Enrique Bernales, el 67,5% es negativa, y sólo el 23% es positiva, predominando así la actitud negativa frente a la muerte en el servicio de emergencia, los acontecimientos trascendentales como la muerte pueden influenciar en una actitud negativa.
- La actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en su dimensión cognitiva el 75% es negativa y el 18% es indiferente, es muy importante mencionar que de los encuestados solo recibió capacitación respecto a la muerte el 73%.
- La actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en su dimensión afectiva el 63% es negativa el 18% es indiferente, manifestado preponderantemente en que no pueden evitar pensar en su familia cuando ven a alguien que se va morir y además les conmueve enfrentar a la familia del enfermo moribundo.
- La actitud frente a la muerte del profesional de enfermería en su dimensión conductual el 55% es negativa y el 28% es indiferente, así mismo el 6% encuentra difícil encarar la muerte, siendo esta última ,la más frecuente en el quehacer de enfermería.

## **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a la jefatura de enfermería realizar estudios cualitativos respecto a la actitud frente a la muerte.
- Se recomienda al director del hospital. Área de capacitaciones, realizar capacitaciones permanentes frente a la muerte en los servicios de emergencia para fortalecer las actitudes.
- Se recomienda a la jefatura de enfermería realizar Protocolos de atención de Enfermería frente a la muerte, para poder tener un mejor afrontamiento del proceso del duelo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. RAÚL CHAVARRÍA SALAS, GABRIEL GARCIA COLORADO, MARÍA DE LOURDES PERUSQUIA, **Bioética y Tanatología**, disponible en <https://www.bioeticamexicana.org/libros-de-tanatolog%C3%ADa/>. Artículo web. Consultada el 30 de abril del 2019.
2. JOHN C. MAXWELL. **El ABC de la actitud**, Disponible en [https://www.academia.edu/9048597/Abc de la actitud JOHN C. MAXWELL](https://www.academia.edu/9048597/Abc_de_la_actitud_JOHN_C._MAXWELL). Artículo web. Consultada el 28 de abril del 2019.
3. MARCHAN ESPINOZA SONIA. **Afrontamiento del profesional de oncología**. Disponible en: [www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/789/702](http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/789/702) artículo web. Consultada el 2 de marzo del 2019.
4. EDO GUAL, MONTSERRAT. **Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya**. Tesis doctoral. España. Universidad Intenacional de Catalunya. 2015
5. GONZÁLEZ CERVANTES, SERGIO. **Actitudes Ante la Muerte en Estudiantes de Grado de Enfermería**. Tesis doctoral. España. Universidad Complutense de Madrid. 2015.
6. CASTANEDO CORDOVA, ISABEL, SUAREZ SOLANA, CARMEN, VIVAR MOLINA CATALINA. **Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo**. Disponible en:

<http://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf> . artículo

web.consultado el 10 de diciembre del 2108.

7. MAZA CABRERA MARITZA,ZAVALA GUTIERREZ MERCEDES,MERINO ESCOBAR JOSE.**Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes.** Revista Ciencia y enfermería XV.abril 2009 Vol. 15 (no 1):39-48.Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>. artículo web consultado el 29 de junio del 2019.

8. SALAZAR PUELLES, JENIFER MIRELA. **“Actitud ante la muerte en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería en oncología”**.

Tesis de la segunda especialidad. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos .2014.

9. FLORES BENITES, YULIANA KARINA. **“Actitud del Profesional de Enfermería hacia el cuidado del Paciente Moribundo en el Servicio de Emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue”**.Tesis de la segunda especialidad. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos .2014

10. ALVAREZ MANTARI, YENNY MERY. **“Actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en el servicio de emergencias de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”**. Tesis de la segunda especialidad. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos .2010.

11. GONZALES TORRES HERNAN. **Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de un paciente. hospital general de Jaén.** Tesis de licenciatura. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca.2016.
12. AGUSTIN VASQUEZ, DOMINGO. **Diccionario de Enfermería.** España. Editorial Complutense. Edición .2006
13. ZAMORA CALVO, ALICIA. **El Enfermo Terminal y la Muerte,** disponible en <https://www.bioeticacs.org/>. Artículo web. Consultado el 10 de diciembre del 2018.
14. CELMA PERDIGÓN ,ALBA, STRASSER GEORGINA: **El proceso de muerte y la enfermería :un enfoque racional .Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte .Phisys Revista de Saude Colectiva,** Vol 25 (no 2):485-500. Río de Janeiro. Marzo. 2015.
15. TOMAS SABADO Y COLABORADORES. **Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.** Revista de Psicología General y Aplicada. Vol 56(no 3):257-279.Barcelona.Marzo.2003.
16. GUILLEM PORTA V, ROMERO RETES R,OLIETE RAMIREZ E,**Manifestaciones del duelo.** Disponible en [www.seom.org>stories>duelo08](http://www.seom.org>stories>duelo08) . artículo web consultado el 15 de abril del 2019.
17. WORDEN WILLIAM J. **El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia.** España. Paidós .4ª edición.2013.

18. REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. **Actitud**. Disponible en <https://dle.rae.es/?id=0cWXkpX>. artículo web. Consultada el 20 de mayo del 2019.
19. WIKIPEDIA. Actitud. Disponible en: <http://es.m.wikipedia.org/>. artículo web. consultada el 2 de febrero del 2019.
20. AGUILERA, SERGIO FABIAN Y COLABORADORES. **Actitud de enfermería frente al paciente terminal**. Proyecto de investigación .Córdoba 2012.
21. REYES RODRÍGUEZ LUIS. **La teoría de la acción razonada, implicancias para el estudio de las actitudes**. Dialnet. Vol 39. (no 7):66-77. México. Septiembre 2007.
22. MORALES VALLEJO PEDRO. **Guía para construir escalas de actitudes**. Disponible en <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruirescalasdeactitudes.pdf>. Artículo web consultado el 11 de enero del 2019.
23. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. **La definición de enfermería**. Disponible en <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>. Artículo web consultado el 3 de julio del 2019.
24. WIKIPEDIA. **Virginia Henderson**. disponible en [http://es.m.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](http://es.m.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson). Artículo web consultado el 15 de mayo del 2019.

25. URRRA M. EUGENIA, JANA A. ALEJANDRA, GARCIAV. MARCELA.  
**Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales.** Ciencia y enfermería. Vol.17.(no 3):11-22.Concepción.Nov. 2011.
26. COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ .**Código de ética y deontología.**Lima.2009.
- 27.LIZANA GARCIA KATIA,PALOMINO PARRAGA PAOLA, “**Percepción y actitud de la enfermera sobre el proceso de la muerte en la unidad de cuidados intensivos en el hospital regional de docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2018**”.Tesis de la segunda especialidad. Universidad Nacional del Callao.2018.
28. OMS. **El ejercicio de la Enfermería. Informe de un comité de Expertos de la OMS.**1996.
29. CARDENAS MATTO ROSA MARIA. , COBEÑAS JACOBO CARMEN ROSA, GARCIA HOYOS JANETH ROCIO, “**Calidad del cuidado de enfermería en pacientes del servicio de emergencia del hospital Hipólito Unanue Lima 2017**”.Tesis de la segunda especialidad .Universidad Peruana Cayetano Heredia.2017.
- 30.ZAMORA EDITORES, **Manual de enfermería.**Colombia.editorial Atlas.5° Edición.2017.

31. MAQUEO VELASCO MARIA DEL PILAR, **El papel de la enfermera en la tanatología.** Revista mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol 8.(no4):69-73.Mexico.feb/abril.2000.
- 32.OSSES C.VALENZUELA S, SAHUENZA O. **Hombres en la enfermería profesional.**Enfermería global vol feb 18 disponible en <http://scielo.isciii/php>
33. INEI.Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Base de datos de los censos nacionales 2017 y el perfil sociodemográfico del Perú .**Lima .2018.

## VIII. ANEXOS

### Matriz de consistencia

**TITULO: ACTITUD FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES 2019**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION MUESTRA	TECNICAS INSTRUMENTO
¿Cuál es la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales?	Determinar la actitud frente a la muerte del paciente en profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio Enrique Bernales.	No existe hipótesis porque es un estudio descriptivo simple.	<b>Actitud</b>  <u>Dimensión Cognitivo</u>  Creencias valores Conocimientos  <u>Dimensión Afectivo</u>  Temor Apatía Sensibilidad Ansiedad  <u>Dimensión conductual</u>  Aceptación Rechazo Comodidad. Responsabilidad. Vocación	1.-Enfoque: Investigación cuantitativa  2.- Tipo: Aplicada  3.- Nivel: Descriptiva Simple  4.-Diseño: No experimental de corte trasversal.	Población:  40 enfermero(a)s del servicio de emergencia del HNSEB.  Muestra:  40 enfermero(a)s que cumplan con el criterio de inclusión.	Técnicas:  Encuesta Entrevista  Instrumentos:  Cuestionario  Actitud frente a la muerte.(CAM)

## **CUESTIONARIO**

### **UNAC: FACULTAD DE ENFERMERÍA. ESPECIALIZACIÓN EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**PRESENTACIÓN:** Estimada Licenciada(o) en Enfermería, a continuación, se le presenta el siguiente cuestionario cuyo objetivo es recolectar datos sobre la actitud del profesional de enfermería frente a la muerte en el servicio de emergencia. El cual será exclusivamente para fines de la investigación; es de carácter anónimo, solicitándole su veracidad en sus respuestas.

**INSTRUCCIONES:** A continuación, se le presenta una serie de interrogantes, marque con una X la respuesta que Ud. considere correcta.

#### **CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA ACTITUD FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO ENRIQUE BERNALES.**

##### **1. Datos Socio demográfico**

1.- Sexo:

a) Masculino

b) Femenino

2.- Edad:

20 - 30 años ( )

31 - 40 años ( )

41 - 50 años ( )

51 - 60 años ( )

> 61 ( )

3.- Estado civil:

a) Soltera

b) Casada

c) Separada

d) Viuda

e) Divorciada

4.- Religión:

a) católica

b) Evangélica

C) Otros

5.- Experiencia:

a) 0- 5

b) 6- a más años

6.- Capacitación para atender al paciente en su proceso de muerte

a) Si

b) No

**I ESTRUCTURA COGNITIVA**

ITEM	En Desacuerdo	De acuerdo
1.Pensar en la muerte es perder el tiempo.		
2.Después de la muerte habrá un lugar mejor.		
3.Viviré después de mi muerte.		
4.Las personas sólo pueden pensar en la muerte cuando son viejos.		
5.Percibo a la muerte como un paso a la eternidad.		
6.Mi vida tiene mas significado porque acepto el hecho de mi muerte.		
7.Vale la pena vivir.		
8.Reconozco mi muerte como un hecho inevitable, que cada día me ayuda a mi crecimiento personal.		
9.El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		

10.He pensado en mi muerte como un hecho imposible.		
11.No he pensado en la muerte como una posibilidad real.		
12.Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.		

## II ESTRUCTURA AFECTIVA

ITEM	En Desacuerdo	De acuerdo
13.Después de la muerte voy a encontrar la felicidad.		
14.Prefiero morir a vivir sin calidad de vida.		
15.La muerte puede ser una salida a la carga de mi vida		
16.Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio ante el sufrimiento.		
17.Veo con placer la vida después de mi muerte.		
18.Pensar deliberadamente en mi muerte es un hecho morboso.		

19.No puedo evitar pensar en mi familia cuando tengo a mi lado un paciente que se va morir.		
20.Me siento perturbada(o) cuando pienso en lo corta que es la vida.		
21.Cuando asisto a un paciente en fase terminal entra en mi pensamiento la probabilidad de mi muerte.		
22.Me conmueve enfrentar a la familia de los enfermos moribundos.		
23.No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente.		

### III ESTRUCTURA CONDUCTUAL

ITEM	En Desacuerdo	De acuerdo
24.Temo la posibilidad de contraer una enfermedad que conlleve inevitablemente a la muerte .		
25.Pensar en la posibilidad de mi propia muerte me genera ansiedad.		
26.Me siento mas comodo si la petición de cuidar a un paciente moribundo proviene de alguien conocido.		
27.La muerte me ayuda a tener mas responsabilidad ante mi vida.		
28.La muerte de un paciente me conlleva a un fracaso profesional.		
29.El sentido de mi trabajo es salvar la vida de mis pacientes.		
30.Ya no hay nada que ver en este mundo .		
31.Temo morir.		
32.Prefiero no pensar en la muerte.		
33.Encuentro difícil encarar la muerte.		

# Base de Datos

## 1. Datos sociodemográficos

MATRIZ TEMOR A LA MUERTE - DRA. ZOILA - Excel

		DATOS GENERALES						DIMENSIÓN COGNOSCITIVA												SUMA		DIMENSIÓN AFECTIVA												SUMA
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	COD		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
ENF16	1	1	1	3	1	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	8	3	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	5		
ENF17	2	2	2	1	2	2	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	6	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	7		
ENF18	2	2	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	6	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3		
ENF19	2	2	1	2	2	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3		
ENF20	2	3	2	1	2	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4		
ENF21	2	3	1	2	2	2	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	6	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	6		
ENF22	2	3	2	1	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	4		
ENF23	2	2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	5		
ENF24	1	2	1	1	2	2	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4		
ENF25	2	2	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3		
ENF26	2	2	2	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	5		
ENF27	2	3	1	1	2	2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	7	2	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	6		
ENF28	2	2	2	1	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	4		
ENF29	2	3	2	1	2	2	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	7		
ENF30	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4		
ENF31	2	2	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	7	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	3		
ENF32	2	3	2	1	1	2	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3		
ENF33	2	2	2	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	7		
ENF34	2	3	1	2	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5		
ENF35	1	2	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	6		

## 2. Dimensión cognitiva

MATRIZ TEMOR A LA MUERTE - DRA. ZOILA - Excel

		DIMENSIÓN COGNOSCITIVA												SUMA		DIMENSIÓN AFECTIVA												SUMA	DIMENSIÓN					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	COD		13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23			24	25	26	27	28	
ENF1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	7	3	1	0	0	0		
ENF2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	4	1	0	0	1	1	0		
ENF3	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	7	3	1	0	1	0		
ENF4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	5	1	1	1	1	0	1	1		
ENF5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	3	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	6	2	1	0	1	1	0		
ENF6	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	7	2	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	7	3	0	0	0	1	0		
ENF7	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	7	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6	2	1	0	0	1	0	
ENF8	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	6	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0		
ENF9	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	1	0	
ENF10	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	7	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	0	
ENF11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0	0	1	1
ENF12	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	
ENF13	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	6	2	0	1	1	1	0	
ENF14	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	0	1	0	
ENF15	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4	1	1	0	0	0	1	0	
ENF16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	8	3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	0	
ENF17	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	7	3	1	0	0	1	0	
ENF18	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	
ENF19	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	
ENF20	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	1	0	1	1	1	0	

### 3. Dimensión Afectiva

MATRIZ TEMOR A LA MUERTE - DRA. ZOILA - Excel

	DIMENSIÓN COGNOSCITIVA												SUMA	COD	MIEDO A LA MUERTE												SUMA	COD	DIMENSIÓN									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			25	26	27	28						
ENF1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	0	1	1	1	1	1	0	7	3	1	0	0	0									
ENF2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	0	1	1	0							
ENF3	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	7	3	1	0	1	1	0						
ENF4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	5	1	1	1	0	1	1	0					
ENF5	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8	3	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	6	2	1	0	1	1	1	0					
ENF6	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	7	3	0	0	0	1	1	0					
ENF7	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	6	2	1	0	0	1	1	0				
ENF8	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	6	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	1	1	0	0	1	1	0				
ENF9	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	1	0				
ENF10	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3	1	0	0	0	1	0	1	0			
ENF11	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1		
ENF12	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0		
ENF13	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	6	2	0	1	1	1	0	1	1	0		
ENF14	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	0	1	0	1	0	
ENF15	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	5	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	
ENF16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8	3	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0
ENF17	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	6	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7	3	1	0	0	1	0	0	1	0	
ENF18	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	0	1	1	0	
ENF19	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0
ENF20	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0

### 4. Dimensión Conductual

MATRIZ TEMOR A LA MUERTE - DRA. ZOILA - Excel

	MIEDO A LA MUERTE												SUMA	COD	DIMENSIÓN CONDUCTUAL												SUMA	COD	SUMA	COD							
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					37	38	39	40			
ENF1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7	3	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	4	1	1	1	7	2					
ENF2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3	1	1	1	3	1					
ENF3	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	7	3	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5	1	1	1	8	3				
ENF4	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	5	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	7	3	1	9	3						
ENF5	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	6	2	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	6	2	2	0	3					
ENF6	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	7	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	7	2						
ENF7	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	6	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	6	1						
ENF8	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6	2	1	6	1						
ENF9	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	3	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	5	1	1	2	1						
ENF10	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	3	1						
ENF11	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	8	1						
ENF12	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	1	1	1						
ENF13	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	6	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	6	2	1	6	1						
ENF14	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	6	2	1	5	1						
ENF15	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	4	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	4	1	1	1	3	1						
ENF16	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	5	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	5	1	1	1	8	3					
ENF17	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	7	3	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	6	2	1	9	3						
ENF18	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	2	1							
ENF19	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	1	0							
ENF20	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	4	1	0	4	1							

