



LA UNIVERSIDAD DE LAS COMUNICACIONES

UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

“ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO ACERCA DE LA ACTITUD ANTE LA MUERTE Y LAS VARIABLES BIOSOCIODEMOGRAFICAS DE LOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DE NIVEL SUPERIOR DEL ÁREA DE MEDICINA DEL HOSPITAL DR. MARIO SÁNCHEZ VERGARA DE LA CALERA”

Proyecto para optar al Grado Académico de Licenciado/a en Psicología y al Título Profesional de Psicólogo/a.

Profesor/a Guía: Claudio Barrales Díaz

Metodólogo/a: Claudio Barrales Díaz

Estudiante/s: Daniel Améstica Tobar

Pedro Bolbaran Galleguillos

Marcia López Maldonado

Santiago de Chile, Enero de 2015

Nota Obtenida: _____

Firma y Timbre autoridad responsable

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos de Pedro Bolbaran

Agradezco a mi familia por ser la fuente fundamental de fuerza, amor y comprensión siendo mi apoyo en todo momento dándome fortaleza en momentos de flaqueza. A mi amiga Lucia Vicentela por el apoyo incondicional que nos brindó en este proyecto. Además, mis agradecimientos a la dirección del Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de la Calera, Los técnicos Paramédico del Servicio de medicina por colaborar con esta investigación, y en especial a Dios por darnos la posibilidad de un nuevo logro en nuestra vida.

Agradecimientos de Daniel Améstica Tobar

Mis primeras palabras son para dar gracias a Dios por este momento de termino del proyecto y que después de tanto tiempo, ahora se ven los frutos con el término de esta Tesis y cierre de los estudios, una bendición de Dios, además de las personas que creyeron en mí y fueron un gran apoyo, a Carolina Donoso, Richard Pomeri y al profesor Claudio que nos acompañó con gran disposición, a ellos muchas gracias.

Agradecimientos de Marcia López Maldonado

Agradezco a Dios por permitirnos llegar hasta el final, por poner en mi camino personas especiales que han ayudado a hacer posible la realización de este proyecto, a mi esposo por apoyarme en este camino, a mis hijos por comprender y valorar el esfuerzo que hemos hecho, a mi hermano Cristian, a mi cuñado Marco, a mi amiga Betty que me apoyaron en este camino, a toda mi familia que siempre me alentaron y ayudaron. Agradezco a mi madre, su amor, su apoyo, sus recuerdos, me ayudan a luchar y alcanzar las metas propuestas.....¡¡he cumplido contigo madre, siempre supiste que era capaz de mucho mas!! A mis amigo (as) que siempre estuvieron apoyando, acompañando, escuchando... ¡Muchas gracia!

INDICE TEMÁTICO

INDICE TEMÁTICO	4
Resumen	7
Abstract	8
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES GENERALES	9
1.1 Introducción	9
1.2 Localización en el contexto provincial y regional	10
1.2.1 Misión y Visión de la red de salud Municipalidad de la Calera	11
1.2.2 Estructura del Hospital Mario Sánchez Vergara de la Calera	11
1.3 OBJETIVOS	12
1.3.1 Objetivo General	12
1.3.2 Objetivos Específicos	12
1.4 Descripción del tema en estudio	12
1.4.1 Descripción de la problemática actual	13
1.4.2 Justificación del problema	15
1.5 Alcances y limitaciones	16
1.6 Metodología y plan de trabajo	17
CAPÍTULO 2. MARCO TEORICO	18
2.1 Muerte y morir	18
2.2 Tipología de la muerte	20
2.3 Contextualización socio – cultural de la muerte	26
2.4 Definición de actitud	29
2.4.1 Componentes de la actitud	31
2.4.1.1 Componente cognitivo o perceptivo	31
2.4.1.2 Componente afectivo	32

2.4.1.3 Componente conductual	33
2.5 Formación y función de las actitudes	33
2.6 Medidas de las actitudes	35
2.7 Personalidad y actitudes	38
2.7.1 Constructos personales	38
2.7.2 Rasgos personales y muerte	39
2.8 Los profesionales de la salud y la vivencia de la muerte	40
2.9 Actitudes ante la muerte	40
2.10 Evaluación de las actitudes	42
2.11 Actitudes ante la muerte en ciencias de la salud	43
2.12 Las investigaciones con respecto al tema de la muerte	44
2.13 Afrontamiento de la muerte	48
2.14 Modos de afrontamiento	51
2.14.1 El afrontamiento como predisposición personal	51
2.14.2 Antecedentes de afrontamientos relacionados con la persona	51
2.14.3 Afrontamiento de la muerte en ciencias de la salud	52
2.15 Los profesionales de la salud ante la muerte de sus enfermos	54
2.16 TENS	57
2.16.1 Definición y creación del TENS	57
2.16.2 Formación del TENS	58
2.16.3 Rol del TENS	59
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	61
3.1 Factibilidad del proyecto	62
3.1 Tipo y diseño de investigación	62
3.2 Modelo mixto	63
3.3 Los métodos mixtos se fundamentan en el concepto de triangulación	64

3.4 El rigor en los métodos mixtos	67
3.5 Universo con muestra	68
3.5.1 Población de estudio	68
3.5.2 Descripción del instrumento	69
3.5.3 Primer instrumento utilizado CAM	70
CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE MUESTREO	70
4.1 Focus Group	70
4.1.1 Aplicación del instrumento	72
4.1.2 Hallazgos	73
4.1.3 Análisis preliminar de los datos	77
4.2. Entrevista	78
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS	78
5.1.1 Presentación de los datos encuesta Sociodemográfica	78
5.1.2 Presentación de los datos encuesta CAM	80
5.2 Triangulación de los datos	82
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES	83
6.1 Conclusiones	83
6.2 Discusiones	85
6.3 Sugerencias	86
CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA	87
CAPÍTULO 8 ANEXOS	95
8.1 Anexo figuras	95
8.2 Anexo tablas	98

Resumen

El presente proyecto de título se encuentra aplicado en el área de la salud, específicamente en la Psicología laboral. En el desarrollo del presente estudio, se propone comprender la situación laboral en la que se encuentran los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (en adelante TENS) enfocando el análisis en la actitud, que poseen estos funcionarios, ante el fenómeno de la muerte. Además, intenta identificar las principales condicionantes que poseen para desempeñar sus funciones a diario, identificando las consecuencias o trastornos que se derivan de un inadecuado manejo de estas situaciones.

Con la finalidad que este trabajo sea lo más representativo de la realidad nacional, es que se ha decidido realizar las muestras en un centro asistencial de la red pública. De esta manera, el análisis de la situación actual se realizó en el Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de La Calera.

Para este estudio fue necesario realizar un diagnóstico de la situación actual del trabajo de un TENS. Así, se decidió utilizar un sistema de muestreo de tipo mixto, mediante la aplicación de una encuesta ya definida y previamente validada para estos fines: "Cuestionario de Actitud hacia la Muerte" (CAM). Esta herramienta se complementó con una entrevista focal y una encuesta basado en condiciones Sociodemográficas, las cuales en su conjunto permitieron identificar actitudes ante la muerte en los TENS.

Con la finalidad de orquestar un correcto análisis de la información obtenida, se realizó una triangulación de los datos, identificando actitudes ante la muerte de los TENS y las variables que pueden influir en estos resultados.

Palabras claves: Muerte, Actitud frente a la muerte, Técnicos de Nivel Superior (TENS)

Abstract

This project title is applied in the area of health, specifically in labor psychology. In the development of this study, it is proposed to understand the employment situation in which are the Practical Nursing Higher Education (TENS) focusing the analysis on attitude, possessing these officials, to the phenomenon of death. It also tries to identify the main factors that have to perform their duties on a daily basis, identifying the consequences or disorders that arise from improper handling of these situations.

In order that this work is as representative of the national reality is that it has decided to make the samples in a hospital of the public network. Thus, analysis of the current situation was conducted in Dr. Mario Sanchez Vergara Hospital of La Calera.

For this study it was necessary to make a diagnosis of the current situation of the work of a TENS. So, we decided to use a sampling of mixed type, by applying an already defined and previously validated for this purpose survey "Attitude Questionnaire Death" (CAM). This tool is complemented by a focal interview and based on sociodemographic conditions survey, which together helped identify attitudes towards death in TENS.

In order to orchestrate a correct analysis of the information obtained, a triangulation of the data was performed, identifying attitudes towards death of TENS and variables that may influence these results.

Keywords: Death Attitude to death Technicians Higher (TENS)

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES GENERALES

1.1 Introducción

Antiguamente, la mayoría de las personas fallecían en sus hogares. Sin embargo, aquello ha ido cambiando, ya que en la actualidad las personas fallecen principalmente en los centros hospitalarios atendidos por personal sanitario, quienes son los encargados de otorgarle las mejores condiciones de salud.

El personal sanitario que trabajan para el Hospital Mario Sánchez de La Calera, se compone principalmente, por médicos, enfermeras, matronas, kinesiólogos, técnicos de enfermería de nivel superior (en adelante TENS), destacándose el fenómeno que a menor cantidad de años de formación mayor será la cantidad de tiempo que el profesional convivirá con paciente, por tanto los TENS constituyen el segmento de los funcionarios que posee mayor interacción con este. Sin embargo, estos técnicos de nivel superior forman parte de los funcionarios menos preparados en cuanto a conocimientos en la atención de los enfermos.

Debido a lo anterior se realizó el presente estudio, el cual pretende abordar el tema de la actitud ante la muerte, como factor condicionante de la relación con pacientes y familiares, de los técnicos de enfermería de nivel superior, respondiendo al renovado interés que suscita este tema en la actualidad y como esto incide en la formación en que los TENS enfrentan cotidianamente su trabajo. Además, se dejará evidencia de la importancia del soporte emocional que requiere el profesional y el enfermo, así como también la oportunidad de promover instancias de acompañamiento al funcionario desde el enfoque de la psicología, ya que a pesar que la muerte constituye un evento natural y esperado en todo proceso vital, esto preocupa al hombre y provoca en él un conjunto de actitudes y comportamientos que en ningún caso pueden ser calificados de indiferentes y en los que, a juicio de los autores, propone un campo atractivo de estudio, tanto a nivel teórico como práctico.

Finalmente, la muerte depara una gran gama de actitudes y respuestas emocionales, no menores, que se han de tener en cuenta en el momento de preparar al personal sanitario, con la finalidad de mejorar la calidad laboral de este y, conjuntamente, su desempeño de cara al paciente.

1.2 Localización en el contexto provincial y regional

La comuna de La Calera se ubica al centro del Valle Aconcagua, equidistante de las comunas de Concón y La Ligua. Está ligada al área de influencia de Valparaíso y cuenta con un buen sistema de vías de comunicación interna las que la posicionan como un paso “obligado” de los productos y recursos que se intercambian entre las comunas del interior de la región con las del borde costero.

Constituyen la red vial comunal, la Ruta 5 Norte que cruza la comuna en sentido norte-sur, en el sector de Artificio, y que permite conectar a la ciudad con el norte del país así como con la Región Metropolitana y la zona sur.

Luego se encuentra la Ruta Internacional 60 CH que cruza la comuna de este a oeste, desde el límite comunal con Hijuelas hasta el límite con la comuna de La Cruz, permitiendo unir a La Calera con las comunas de la Provincia de Quillota y las ciudades del litoral de Valparaíso, posibilitándose el intercambio productivo entre las comunas del interior con aquellas ubicadas en el borde costero de la región.

La Calera se constituye entonces en una comuna de paso y traspaso de productos entre las distintas zonas.

El objetivo esencial de mejorar los procesos se fundamenta en aumentar el nivel de satisfacción percibida por los clientes y optimizar la calidad de la prestación en el servicio, para ello los indicadores de desempeño, así como los procesos de selección resulta fundamental.

1.2.1 Misión y Visión de la red de salud municipalizada de La Calera.

La Calera está definida como una comuna saludable, lo que tiene implicancias diversas, las que van desde el ordenamiento económico/productivo, hasta una gestión municipal que se basa en servicios de calidad, con un énfasis particular en el tema de salud.

Lo anterior implica que los servicios sanitarios municipales estén permanentemente buscando fórmulas innovadoras, proactivas y eficaces en la solución de las problemáticas de la comunidad.

El permanente estado funcional de los servicios sanitarios corrientes, con características de presión/acción, genera entropías al interior de la organización, las que se manifiestan en desánimo y apatía laboral. Por esto, es que el Hospital Mario Sánchez de La Calera, ha ido incorporando estrategias variadas de intervención, desde lo sanitario hasta lo ciudadano, con un enfoque marcadamente psicosocial.

Visión del área de salud

“Incidir en el desarrollo de La Calera promoviendo un cambio cultural en la gestión y fomentando la participación ciudadana”

Misión área de salud

“Entregar un sistema oportuno, innovador, resolutivo y de calidad en la prestación de sus servicios, que trabaja con familias para el logro de individuos sanos y una ciudadanía saludable, participativa e integrada.”

1.2.2 Estructura del Hospital Dr. Mario Sánchez de La Calera.

El Hospital Cuenta con Atención de Emergencia, Consultorio Adosado y 3 servicios clínicos: Medicina, Pediatría y Maternidad. Uno de los pilares de este establecimiento ha sido la Humanización de la Atención con la implementación de un Servicio de Atención al Paciente y las relaciones con la comunidad.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Describir y analizar la actitud ante la muerte de los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior del Servicio de Medicina del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera, en relación a sus variables Sociodemográficas.

1.3.2 Objetivos específicos

- ❖ Describir las actitudes de los TENS ante la muerte.
- ❖ Describir la actitud ante la muerte de los TENS a través del análisis de contenido del Focus Group, como una forma de complementar el análisis anterior.
- ❖ Describir las variables sociodemográficas de los TENS.
- ❖ Analizar y comparar las actitudes ante la muerte de los TENS.

1.4.- Descripción del tema en estudio

En la actualidad, la muerte es percibida como una pérdida o una aniquilación de la existencia, esto quiere decir que la muerte es vista como un evento negativo o bien existe un estado de miedo ante ella. El mero hecho de hablar sobre la muerte se considera morboso y generalmente se cree que mencionarla configura un acto incitativo. Prueba de lo anterior, resultan las acciones de negación y ocultismo que adoptan los pacientes al enfrentarse a una enfermedad que se correlaciona directamente con la muerte.

En relación a lo anterior el TENS posee una relación directa con el paciente, con quienes a lo largo de su gestión genera lazos y está en directa presencia con el desencadenamiento del proceso de muerte.

Así, este TENS sale de los Institutos de Formación Técnicas con una escasa formación en este ámbito, generándose una brecha importante entre las demandas impuestas entre sus labores cotidianas y lo aprendido en los centros de formación, generando en él una deficiencia en las herramientas que deben permitirle mejorar su gestión funcionario-paciente, así como proteger su integridad en el desenvolvimiento de sus funciones.

1.4.1 Descripción de la problemática actual

En el estado terminal de una enfermedad o un episodio de muerte inminente, se suelen adoptar acciones evasivas o de distorsión de la realidad, con la finalidad de mitigar o ahorrar el eventual sufrimiento que provocaría una noticia de esta magnitud al paciente. De esta manera, una muerte repentina y sin previo aviso es reconocida por la sociedad en general, como una muerte de un mayor valor o menos agravante, consiguiendo, con ello, establecer una burda fantasía de negación. A modo de facilitar el entendimiento, es válido citar la analogía entre dos niños jugando al escondite, uno se tapa la cara y como él o ella no ven a los demás piensa que los otros tampoco lo ven. De igual manera, al construir realidades que distorsionan lo evidente logramos tapar nuestra vista, sin embargo seguimos conviviendo con la muerte.

En torno a este tema, existen diversas definiciones, tipos y formas de afrontarla según la cultura, religión, creencias etc. Según Hernández, C. (2002)^[1], la muerte es un proceso biológico y psicosocial, en el que un gran número de actos vitales se van extinguiendo en secuencia tan gradual y silente, que escapa generalmente a la simple observación. Por otro lado, Rimpoché (1994)^[2] define la muerte como “una parte natural de la vida que todos deberemos afrontar tarde o temprano”. A la luz de lo antes expuesto, se puede identificar conceptos que se reiteran en ambas definiciones tales como: proceso inevitable y un acto natural. De esta manera, las actitudes que se pueden adoptar ante este fenómeno se reducen a no pensar en ella, o bien hacerle frente bajo la perspectiva de la propia existencia y reflexionando con claridad sobre ella, tratando de reducir al mínimo el sufrimiento que puede producir.

Por otro lado, el aspecto que acompaña al ser humano en situaciones difíciles es la incertidumbre, no saber que depara el destino, dejar todo al azar, a la suerte. Estos sentimientos surgen en momentos críticos de la vida del ser humano como es el caso de las enfermedades crónicas, en donde la persona enferma y sus familiares se suman a la ambigüedad del devenir, transitando en un ambiente lleno de preguntas y bajo un común denominador, el miedo a la muerte.

Según Rimpoché (1994)[3], un aspecto que acentúa ese sufrimiento de incertidumbre es que si no se interviene a tiempo esto puede acelerar el progreso de la enfermedad, llevando al paciente a un deterioro psíquico y/o físico lo que conduciría a una muerte rápida e inminente. En tal sentido, la muerte es sencillamente uno hecho más de la vida.

En la actualidad, el lugar donde se suscita con mayor frecuencia el evento de la muerte es en los hospitales, rodeados por familiares, profesionales y técnicos de salud, entre otros [4][5]. Así, las labores del TENS están enfocadas hacia el aseo, confort y promoción de la salud, la prevención de enfermedades y colaboración en quehaceres propios de enfermería, constituyendo la parte del equipo de salud que pasa la mayor cantidad de horas laborales con los pacientes, formando parte del alta, así como también están presentes en su fallecimiento. Además, establecen un nexo relacional funcionario-paciente y funcionario-familia pudiendo provocar en el técnico, en mayor o menor grado, un cuadro de ansiedad e intranquilidad que se puede manifestar en una atención inadecuada, como por ejemplo, actitudes de rechazo, huida o inseguridad, entre otras disfunciones, al tener que afrontar sus propios miedos ante la muerte. Es por ello, que resulta necesario que los TENS puedan integrar el fenómeno de la muerte como parte del proceso vital, minimizando las reacciones adversas como el miedo y la ansiedad, generando actitudes de acogida y calidez con el necesitado.

Esta investigación ahondará en las actitudes de los TENS en relación con la muerte de sus pacientes y la actitud ante sus familiares, el comportamiento del técnico, así como los impactos.

1.4.2 Justificación del problema

Las motivaciones que explican la elaboración del presente estudio, se basan en la escasa bibliografía relacionada a la actitud frente a la muerte por parte de los TENS. Sin perjuicio de lo anterior, existen variados trabajos relacionados a este tema que explican las repercusiones que se exhiben en otros profesionales de la salud, particularmente sobre el personal de enfermería. De esta manera, se han utilizado estos trabajos como guía o marco metodológico con la finalidad de estructurar en una matriz común de análisis el estudio que afecta a los TENS. Este trabajo pretende evidenciar la necesidad de cubrir en este tema a los TENS, como principales actores en la atención de pacientes, generando las bases a futuras aproximaciones más detalladas sobre este tema, donde se espera que las limitaciones de este trabajo puedan ser superadas en estudios posteriores con datos más analíticos y con poblaciones mayores de TENS.

Ante una gran gama de definiciones relativas a la muerte, la amplia diversidad cultural y la alta exposición que poseen los TENS frente a este tema, se hace perentorio desarrollar una forma de enfrentar este fenómeno con la finalidad de proteger la integridad del funcionario y mejorar las prestaciones de este con el paciente.

En el contexto nacional, destaca la promulgación de la nueva ley de derechos y deberes de los pacientes N° 20.584, promulgada el 1 de Octubre del 2012, que destaca el buen morir, tener conciencia sobre la muerte y tener la opción de aceptar o rechazar un tratamiento. Sobre la base de esta nueva ley, el funcionario debe estar lo más preparado posible para asumir la muerte de los pacientes, en especial aquellas relacionadas con la opción propia de negarse a recibir tratamiento médico. Esto marca un nuevo escenario sobre el modo de entender e interpretar las funciones de apoyo de los TENS frente al paciente, constituyendo un ámbito promisorio y fructífero de investigación en salud.

1.5 Alcances y limitaciones

Alcances

El presente proyecto de título será un estudio descriptivo y retrospectivo acerca de la actitud ante la muerte, de los técnicos de enfermería de nivel superior del área de medicina del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera.”, centrándose en la detección de las principales variables que condicionan el comportamiento del técnico, así como los impactos ulteriores que se manifiestan en la relación con los pacientes y sus familias. En relación a lo anterior, este proyecto solo atenderá a las variables más representativas del fenómeno en estudio, relacionando la actitud ante la muerte (CAM), el focus grup, con las variables sociodemográficas.

Limitaciones

La restricción del presente proyecto consiste en no considerar la validación empírica de los resultados y relaciones establecidos, así como el desarrollo de un programa de seguimiento al centro asistencial. Lo anterior, se fundamenta en que dichas tareas supondrían una extensión de al menos 12 meses en el horizonte del proyecto, lo cual contraviene a los plazos establecidos por la Universidad UNIACC para la finalización del trabajo de la titulación.

1.6 Metodología y plan de trabajo

I. Realizar un diagnóstico de la situación actual.

- ❖ Aplicar la herramienta CAM (Cuestionario de actitud hacia la muerte), con la finalidad de identificar actitudes ante la muerte en los TENS.
- ❖ Realizar un Focus Group, como una forma de complementar el análisis anterior.
- ❖ Aplicar encuestas de variables Sociodemográficas.

III. Comparar y validar los resultados obtenidos en las tres mediciones.

- ❖ Realizar una triangulación de datos, con la finalidad de comparar aspectos cuantitativos y cualitativos.

IV. Concluir en función de las principales relaciones establecidas, discutiendo el tema y entregando algunas sugerencias.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Muerte y morir

En el Diccionario del Español Actual, Manuel Seco (1991)[6] señala varios significados para la muerte: fin de la vida de un animal o vegetal; termino; fin; destrucción; ruina; cosa sumamente ingrata o insufrible y diferentes tipos de muertes: muerte agónica, muerte civil; muerte mortal. El morir es dejar de vivir, acabarse o terminarse.

Los términos muerte y morir no son sinónimos, la muerte es la cesación absoluta de las funciones vitales, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte. El morir se puede considerar un concomitante de desarrollo del vivir, un continuo desde el nacimiento hasta la muerte.

Ciertos rasgos del concepto de muerte le otorgan universalidad y, entre ellos, existen algunos que han trascendido en el tiempo y el espacio. Entre los rasgos universales del concepto de muerte están la suspensión definitiva de la respiración y de la función del corazón y la destrucción paulatina del cuerpo hasta la desaparición física definitiva.

Pero a estos criterios tradicionales se han sumado nuevos elementos relacionados con las funciones del cerebro, cerebelo, tálamo y bulbo.

Hace aproximadamente cuatro décadas se comenzó a hablar de la muerte cerebral y más tarde de la encefálica. En 1959, Mollaret[7], profesor del Hospital Bernard de París, empleó por primera vez el término de coma sobrepasado Machado Curbelo, (1992)[8] para referirse al estado que va más allá del coma profundo, en el cual se asocia “un cerebro muerto a un cuerpo vivo”. Luego surgió el concepto de muerte encefálica como “cese irreversible de todas las funciones del encéfalo, es decir, de los hemisferios cerebrales, del tal o encefálico y del cerebelo”. A finales del siglo pasado, en la década de los ochenta, Walker (1982) publicaba sus consideraciones acerca de las características que debían tener los criterios ideales para determinar la muerte encefálica.

Hay situaciones antagónicas en la definición y declaración de muerte del ser humano; de una parte, se considera como muerte la cesación de la vida biológica, y de otra, la centrada en la cesación de la vida de la persona, como es el caso de la muerte cerebral total con ausencia de conciencia que le da sentido y significado, en claro contraste con las estructuras mecánicas, químicas y biológicas. La muerte es, por supuesto, un hecho biológico (somos una especie animal) que se caracteriza por el cese irreversible de las funciones vitales, pero tiene además una dimensión social y cultural (somos humanos) que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece.

Hoy en día no sólo se teme a la muerte sino que la rechazamos, lo habitual en nuestra cultura actual es que no se piense en la muerte y que la negación y el olvido sean las actitudes más usuales al respecto. Vivimos en una cultura que niega la muerte y hace del hecho de morir un tabú. Esta situación tiene consecuencias (Cruz Quintana y García Caro, 2007)[9]:

- ❖ En primer lugar, que no se nos educa para la muerte y no se nos prepara con estrategias que nos permitan afrontarla de la forma menos dolorosa posible, cuando este hecho se presenta en nuestras vidas.
- ❖ En segundo lugar, que al negar la muerte también se está negando todo lo que se relaciona con ella, con el proceso de morir, y con el moribundo. Algunos de los efectos de la negación de este proceso son:
 - La indefensión y el aislamiento de las personas que están pasando por este proceso único, es decir los enfermos terminales.
 - La falta de atención y de consideración a sus deseos y a la expresión de su voluntad en el proceso de fin de vida.

- La ausencia de interés y de esfuerzo en la investigación del propio proceso de morir, o de la paliación del sufrimiento que genera el hecho de morir y la muerte en las personas para que su muerte sea una muerte en paz.

2.2 Tipología de la muerte

Si bien todos los hombres son mortales, no todos son semejantes en su manera de morir, dado que son distintas las formas que tienen de pasar de la vida a la muerte. No hay un solo tipo de muerte, sino muertes muy distintas, ya sea a causa del que muere, de los que lo cuidan o de los que le rodean.

En la bibliografía consultada vemos como diversos investigadores (Papalia y Olds, 1988; Stevens-Long, 1988; Hayslip y Panek, 1989) hacen referencia en sus escritos a los cuatro tipos diferentes de muerte que distingue Pattison (1977)[10].

A continuación estos cuatro tipos de muerte:

Muerte sociológica

Muerte psicológica

Muerte biológica

Muerte fisiológica

La Muerte Sociológica la define Pattison (Op.cit.) como la separación emocional definitiva que se efectúa entre el paciente y las figuras importantes de su vida, antes del deceso.

Normalmente cuando un paciente se halla en la fase final de su enfermedad mortal, tanto los familiares y allegados como el personal médico tienden a retirarse de su lado, les habla en tercera persona, los tratan como objetos; de este modo, se refieren al paciente con un lenguaje despersonalizado (el de la cama 4, el de la trombosis...) tratándolo como un número o una enfermedad siendo tratado prematuramente como si la muerte biológica se hubiese producido. En relación a este aspecto Kübler-Ross (1974)[11] defiende que a estos pacientes se les debe seguir tratando como personas.

La Muerte Psicológica consiste en que toda la actividad psicológica del individuo (sentimientos, necesidades y pensamientos) se detiene aceptando definitivamente su muerte inminente. Santo Domingo (1976)^[12] cree en la posibilidad de que esta forma de actuación psicológica humana y técnicamente adecuada puede ayudar a cada individuo a integrar su propia muerte en su vida de la mejor manera posible. Esta actitud se asemeja por lo demás a la última fase del modelo de Kübler-Ross (1969)^[13] del que nos ocuparemos más adelante. La ocurrencia normativa muestra que primero se da la muerte social y después la muerte psíquica. Mishara y Riedel (1986)^[14] por su parte, exponen e interpretan tres formas de muerte psicológica en las personas de edad.

La primera forma de muerte es la que persiste en el ánimo de aquellos supervivientes de desastres naturales o provocados por los hombres, los cuales quedan tan marcados por la muerte que sienten su presencia como si fuera parte integrante de ellos mismos. El "sentimiento de culpa" es la característica común que comparten estos supervivientes y los ancianos al vivir éstos en un "campo de batalla", como lo comparan los autores, donde ven morir a sus semejantes constantemente.

La segunda forma de muerte psicológica es aquella que presentan las personas que se encuentran psicológicamente ausentes, parecen extraños, tienen la mirada vacía y deambulan como "muertos que andan" (pp.192). La demencia y la psicosis se encuentran con mucha frecuencia en personas ancianas y llevan asociadas esta típica ausencia.

La tercera forma de muerte psicológica la denominan los autores "Alienación completa de Sí" y es la que experimentan aquellas personas que en el último período de su vida viven internadas en residencias, situación que suscita en ellas un profundo sentimiento de soledad y aislamiento.

La Muerte Biológica es el momento en que el ser humano deja de funcionar como un todo mientras que la Muerte Fisiológica es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico. La primera de ellas se identifica con la muerte cerebral y la segunda con la ausencia de signos vitales. Ambas han quedado tratadas en el apartado anterior de este trabajo por lo que no vamos a profundizar más en ellas.

Respecto a la forma en que sobreviene la muerte también es posible distinguir varios tipos ya que a veces se puede presentar de manera inesperada, precipitada; otras, en cambio puede durar horas, días y hasta meses. En este sentido Jomain (1984)^[15], ha identificado dos tipos de muerte que no se parecen entre sí. Distingue, por un lado la Muerte Lenta y por otro la Muerte Súbita, de las cuales nos ocupamos a continuación, dado que merecen cierta atención.

Se habla de Muerte Lenta cuando la vida de un individuo se va retirando poco a poco y la muerte avanza gradualmente. Es como si dijéramos que la muerte va tomando terreno. Glaser y Strauss (1967)^[16] denominan a esta forma de muerte "la espera prolongada" la cual permite, tanto a la víctima como a la familia, la elaboración de sus reacciones emotivas. Se sabe que este modo de morir es el más frecuente, el que acaece a la mayor parte de la gente. El que muere así, gradualmente y de forma lenta, ha sido identificado desde siempre como moribundo, el que entra en agonía, es decir, en el período que precede a la muerte o lo que es lo mismo, la última etapa de la vida como la define Stevens-Long (1985)^[17].

Actualmente y debido a los avances tecnológicos y médicos este tipo de muerte es bastante habitual puesto que se está consiguiendo "retrasar" el momento de la muerte. Esta prolongación de la vida se ha convertido en una meta y si el enfermo se encuentra bajo los cuidados hospitalarios éste tomara todas las medidas necesarias tanto para calmar el dolor como para ofrecer los cuidados necesarios que mantengan esa vida aunque sea de forma artificial (Ariès, 1983). En todas las clínicas y hospitales importantes ha surgido un nuevo y singular servicio: la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde a muchos enfermos graves se les puede prolongar la vida por un tiempo más o menos largo.

Los problemas médicos, legales y éticos se plantean cuando hay que cuestionarse durante cuánto tiempo se deben aplicar estos medios capaces de prolongar artificialmente la vida a un determinado enfermo.

Por lo tanto, el tiempo de la muerte se ha prolongado a expensas de la Medicina, es decir, aunque ésta no puede suprimirla de ningún modo, puede regular su duración: así, de algunas horas que era en otro tiempo, algunos días, a algunas semanas, algunos meses, incluso a algunos años en ciertos casos, hecho que nos permite hablar de Muerte Lenta.

Por otra parte se habla de Muerte Súbita cuando ésta aparece de modo inesperado; se trata de una forma instantánea que hace pasar sin transición del estado de vida, al estado de muerte. En este caso el paciente carece de posibilidad alguna de reaccionar al respecto.

Ya se indicó anteriormente que en casi todas las personas la muerte va apareciendo gradualmente o incluso según unas pautas, pero, sin embargo, se pueden producir muertes de forma "repentina", como la denomina Slaikou (1988)[18], y sin señales de aviso, aconteciendo de modo tan rápido que no existe un período previo de preparación para ninguna de las partes, ni para el que muere ni para los que asisten al proceso. Esta forma de muerte surge asociada al azar, a un accidente, a un fallo imprevisto, a un error, a una enfermedad ignorada (Thomas, 1985)[19]. La muerte súbita no cuenta, por lo general, con una ubicación precisa y mucho menos institucional. Casi siempre, tales casos se presentan en un contexto de extrema urgencia, dando lugar a distintas situaciones según las circunstancias en que sobreviene.

En relación a este hecho una muerte súbita acaecida en el propio domicilio como consecuencia, por ejemplo, de una enfermedad que padece el individuo desde hace largo tiempo, pero que se agrava bruscamente reviste unos caracteres de intimidad, acontecimiento particular y distinto según las características del entorno, que la hace diferente de aquella que se produce fuera de él en cuyo caso adquiere un cariz más neutro y resulta más anónima (Hinton, 1974[20]; Veil, 1974[21]). El ejemplo más frecuente lo tenemos en el de la muerte a causa de un accidente de tráfico.

Imprevista y distingue tres clases:

1) La muerte prematura: es la desaparición de alguien en su temprana edad, maduración o desarrollo. Es cuando se considera la muerte de alguien (caso de un niño) como no oportuna, como acaecida a destiempo. Este tipo de muerte aunque puede ser completamente fortuita, nos puede conmocionar, confundir o desorganizar por eso se la considera también como injusta e innecesaria.

2) La muerte inesperada: se diferencia de la anterior en que puede ocurrir a cualquier edad, aunque también se caracteriza por ser repentina, impredecible y nos halla desprevenidos.

3) La muerte calamitosa: ésta no sólo es prematura o inesperada, sino que es violenta, impredecible, destructora y degradante. El suicidio y el asesinato, son calamidades, aunque la autodestrucción haya sido citada a veces como una de las libertades del hombre (Szasz, 1971)[22].

Sabemos que los sucesos repentinos adquieren un carácter sumamente estresante, no sólo por su impacto directo sino también por interrumpir los elementos estructurales de la vida de la gente. La literatura sugiere que las reacciones emocionales que acompañan a una muerte repentina atraviesan por varias fases (Lindemann, 1944 [23]; Parkes, 1970; Moos, 1976).

La primera, es la respuesta de Letargo o Negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte. Esta reacción se contempla como autoprotección natural, de manera que se admite sólo tanta realidad como uno pueda soportar.

En la segunda fase ya no puede ser eludida la realidad de la muerte y empiezan a sobresalir los sentimientos relacionados con la pérdida. Es un momento de preocupación y amor intensos por la persona muerta. El trastorno emocional y desorganización (depresión y cólera por el deceso), perturbación de las rutinas regulares (en el trabajo y en el sueño), y una incapacidad general para funcionar, son las características de esta fase.

Hasta la tercera fase no es cuando se produce una aceptación gradual de la realidad de la pérdida y se rompen los vínculos con el muerto. Esta etapa final comprende un movimiento hacia un funcionamiento vital sin el ser querido, y el desarrollo de nuevas relaciones para reemplazar al individuo perdido.

Así pues, la muerte preferida por la mayor parte de la gente, tanto para sí mismos como para los suyos, consiste en tener una vida larga, saludable y morir rápidamente sin sufrir el dolor que mutila el cuerpo (Kalish, 1977)[24]. Esto tal vez sea debido a la creencia de que una muerte lenta como la que describíamos anteriormente, es más trágica que una muerte repentina.

En todos los países existe esta marcada preferencia por la muerte repentina y discreta, por este tránsito rápido de la vida a la muerte. Asegura Kastenbaum (1973, 1974)[25] que si se brindara la posibilidad de elegir, por lo menos el 90% de las personas querrían perecer sin ninguna agonía. Esto podría interpretarse como una afirmación de la vida o como una negación de mortalidad que sólo deja a la muerte el instante final. Allué (1988)[26] aporta los resultados a los que llegan la mayoría de los sondeos, y concluye, también, que la mayor parte de los encuestados prefieren morir súbitamente, de manera brusca, sin apenas darse cuenta de lo que está ocurriendo, mucho más que viéndola llegar.

Sin embargo, aunque sea este estilo de muerte el preferido por la mayoría, no podemos olvidar que es el que conlleva peores consecuencias para los supervivientes, y es el que produce mayor dolor en los familiares. Es decir, a menudo, una muerte repentina deja tras sí uno o varios familiares que serán los que sufrirán emociones fuertes, debido, en su mayor parte, a una falta de preparación de esta pérdida (Kastenbaum, 1973,1974), dado que psicológicamente los sobrevivientes no han tenido tiempo para tratar con la muerte, no han tenido ocasión para procesar y comprender qué ha pasado, no han tenido oportunidad para adelantar el trabajo inacabado (Kalish, 1977). Además, la experiencia ha demostrado que mientras más jóvenes son los miembros que mueren súbitamente más alteración se produce en el resto de la familia, tanto a niveles prácticos como psicológicos.

En cierto modo, no están tan preparados para esa muerte que se ha producido, no tenían hecho planes y por ello los temas materiales y legales quedan en estado de confusión. Esta sería la muerte prematura de la que hablaba Weisman (1982)[27]. Pine (1972)[28], interesado en estas cuestiones, describe la forma en que los miembros de la familia normalmente recrean entre ellos los sucesos que llevaron a esa muerte repentina, con la idea de conectar el proceso del moribundo con un contexto social y probablemente para encontrarle un sentido, la gente necesita traer a la memoria repetidas veces y paso por paso todo lo que sucedió para darle algún sentido o explicación a todo lo ocurrido.

2.3 Contextualización socio – cultural de la muerte

Desde las ciencias sociales se ha investigado la concepción y significación de la muerte. (Álvarez, 2001; Ceriani Cernadas, 2001).[29]

La muerte y el morir como objeto de estudio han sido contemplados tradicionalmente en la antropología como parte de culturas aisladas. Con el nacimiento de la antropología crítica, el foco de atención se ha centrado en nuestra propia sociedad.

Ciertas teorías antropológicas contemplan el proceso de morir como una transición de un estado social a otro; Del viviente al no-viviente. Para gestionar el cambio de status, se articulan diferentes ritos de paso. Así aparecen ritos y rituales, cuya función es delimitar el mundo de los vivos y de los muertos, asegurando la transición del alma, espíritu, o individuo de un estado a otro de la existencia (Pacheco Borrella, 2003).[30]

Aunque la muerte es de hecho, algo que nos sucederá a todos, el proceso de morir y el duelo será diferente en función de las actitudes que cada individuo tenga ante la muerte. Las actitudes ante la muerte, el proceso de morir y el duelo van a estar estrechamente relacionadas con un proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. Podríamos decir que la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive (Allué Martínez, 1993; Azulay, 2000)[31]. El sistema de las actitudes por las cuales un determinado sujeto se enfrenta a la muerte y al duelo ha sido llamado “sistema de la muerte” o “death system” (Kastenbaum y Aisenberg, 1972). Un sistema de las actitudes ante la muerte tiene un componente cognoscitivo, uno afectivo y también uno comportamental, es decir, enseña qué pensar de la muerte, cómo sentirse ante ella y qué hacer respecto a ella.

Es la respuesta a todas las preguntas relacionadas con la muerte, el morir, la pérdida, el suicidio y la eutanasia en una cultura en un momento dado (Field y Cassel, 1997; Haynes, 1997)[32].

Sin duda, la representación y las actitudes del hombre ante la muerte (costumbres, mitos, creencias, ritos) han sido muy diferentes en distintas épocas y en distintas sociedades. Jean Ziegler (1976)[33] muestra en su obra “Los vivos y la muerte” el modo en el que diferentes culturas afrontan la muerte, destacando de forma precisa el hecho de que en nuestro entorno cultural los acontecimientos tanáticos eran silenciados y prohibidos, por lo que, al no existir un proceso de adaptación respecto a la muerte, esta generaba más angustia por el hecho de no haber desarrollado ningún medio para afrontarla. Marisel Hartfiel (2005)[34] señala que la muerte es mucho más que una cuestión médico científica y que por todas sus implicaciones culturales debe ser entendida como una Construcción Social e Histórica.

El historiador francés Philippe Aries (1981)[35] postuló que las actitudes respecto a la muerte son indicativas del conocimiento que una persona tiene de ella misma; así como, de su grado de individualidad. Dicho de otro modo, las actitudes sobre la muerte y la pérdida son diferentes en función de las diferentes concepciones existentes respecto a lo que es ser persona, las relaciones del sujeto con su comunidad, con el mundo y con Dios. Aries agrupó las actitudes ante la muerte a lo largo de la historia en cuatro orientaciones básicas que él llamó “la muerte domesticada” (hasta la Edad Media), “la muerte de uno mismo” (S. XII al S. XV), “la muerte del otro” (S. XIX) y “la muerte negada” (S. XX).

Para intentar entender las características que hoy socialmente ha tomado el tema de la muerte, es necesario recurrir a dos momentos históricos relevantes que marcan una ruptura y un cambio estructurales: El siglo XIX, momento en que los médicos comienzan a diagnosticar la muerte y el siglo XX con la introducción de la tecnología médica y la puesta en marcha de las unidades de cuidados intensivos. Estas rupturas instauran una nueva forma de ver y de hablar, una nueva concepción, una nueva mirada sobre la cuestión de la muerte. ¿Cómo se vive la muerte de los otros?, ¿Qué me imagino de mi propia muerte?

Para entender esta designación debemos mirar los parámetros de las actitudes contemporáneas de la muerte. Las diferentes actitudes entre culturas se deben a cuatro factores importantes:

i. La exposición a la muerte.

La exposición a la muerte y a la pérdida es el primer elemento para comprender la muerte. Si uno tiene poca experiencia en la pérdida de otros significados, las actitudes hacia la muerte estarán limitadas por esa inexperiencia.

ii. La esperanza de vida

La exposición a la muerte se relaciona con la esperanza de vida. La segunda mitad del siglo XX y el siglo XXI es una época en que en el mundo occidental se incrementa la esperanza de vida; por un lado debido a la disminución de la muerte perinatal y de las infecciones puerperales y por otro, relacionada con las medidas de asepsia, profilaxis, avances de la medicina, vacunaciones masivas. El siglo XX es el de los grandes avances médicos, el de la aparición de los cuidados intensivos. Estos avances científicos prolongan la vida, modifican los límites de la vida y la muerte; a la vez que la forma de morir. Con el nacimiento de la terapia intensiva la muerte se hace más científica, más técnica y se despoja aún más de todo carácter social y cultural. En este momento se suma a la muerte secularizada, la muerte solitaria, el hombre de hoy muere en el hospital, lejos de sus seres queridos. El moribundo ya no estará acompañado de sus familiares. Estos hechos suponen la medicalización de la muerte.

iii. La percepción de control sobre las fuerzas de la naturaleza.

El hombre, en su actividad socio - laboral, ha transformado y humanizado la naturaleza y ha desarrollado la sociedad a la que pertenece; unido a este proceso de transformación ha ido el de su propia naturaleza y así, ha podido desarrollar, conservar o restringir su propia vitalidad (Amaro Cano, 2005)[36]

iv. La comprensión de lo que es ser un ser humano.

En la sociedad occidental la mayoría de los individuos creen que la persona es única (Becker, 1973)^[37]. En una cultura que se enfatice la individualidad y los derechos individuales, los sujetos tendrán unas actitudes hacia la muerte diferentes a las que tengan los sujetos de otra cultura en la que formen parte de un conjunto, religioso o político, o en aquella cultura en la que la existencia de los sujetos no tenga ningún valor en absoluto.

2.4 Definición de actitud

Desde que Spencer utilizara por vez primera en 1862^[38] el término actitud en su obra Principios este concepto ha sido ampliamente utilizado, analizado y debatido tanto en la Sociología como en la Psicología social. De hecho, la actitud constituye uno de los conceptos más relevantes en psicología social (McGuire, 1969; Berkowitz, 1972)^[39] hasta el punto que ésta se ha considerado como la disciplina que tiene por objeto el estudio de las actitudes, aunque no se la considera como concepto exclusivo de ninguna escuela o tendencia en particular, lo que ha favorecido su general aceptación (Ortega, 1986)^[40]. Gracias a la proliferación de estudios a los que ha dado lugar, se sabe que no se trata de un concepto aislado, sino que se halla interrelacionado con otros conceptos psicológicos tales como la motivación (en el sentido de que la actitud tiene fuerza impulsora); la percepción (la actitud es sólo una fase de ella, según Fraisse (1967)^[41]); la personalidad (que considera a ciertas estructuras actitudinales como patrones de la personalidad bastante estable, (Rokeach, 1976)^[42] y constituyen un instrumento psicológico que permite explicar y modificar la conducta.

La mayoría de los autores se inclinan por una definición "operacional" de la actitud conceptualizándola como una categoría mediacional de la conducta. Desde que Allport (1935)^[43] definió la actitud como un estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que

ella está relacionada (citado por Pinillos, 1975), los autores coinciden en la función disposicional dirigida a la acción (Murphy, 1947; Meili, 1964; Duijker, 1967; Pinillos, Op.cit., , Kelvin, 1970; Krech y cols, 1973)[44]; es decir, su función es facilitar al sujeto la clase de respuesta que debe dar en una determinada situación.

La mayoría de los psicólogos que han estudiado las actitudes lo han hecho considerándolas como un constructo, que integra estos tres diversos componentes a través de los cuales se puede analizar la conducta. Es decir, una estructura no directamente observable, pero que se pueda inferir indirectamente como explicación de buena parte de la conducta humana (aspecto explicativo); son, a su vez, un medio para predecir las conductas y, por fin, son predisposiciones que inducen al sujeto a responder favorable o desfavorablemente a determinados estímulos sociales.

Berkowitz (1972)[45] propone que las definiciones de actitud se deberían clasificar según tres categorías básicas:

- a) como evaluación o reacción afectiva (como las propuestas por Osgood y Thurstone, 1957)[46].
- b) como disposición a actuar de cierto modo.
- c) como mezcla de tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual).

Rosenberg y Hovland (1960)[47] realizaron un esquema ambicioso en función de los tres componentes de que consta la actitud, del objeto y de las respuestas que se producen:

- a) variable independiente (mensurable): el objeto o estímulo de la actitud.
- b) variable interviniente: la actitud (componente afectivo, cognitivo y conductual) del sujeto.
- c) variable dependiente:
 - i) respuesta del sistema nervioso (asociadas al componente afectivo) y/o enunciados verbales.
 - ii) respuestas perceptivas (asociadas al componente cognitivo) y/o enunciados verbales.
 - iii) conducta pública (asociado al componente conductual) y/o enunciados verbales

No se puede definir la actitud sin hacer referencia a sus componentes, ya que existe cierta congruencia entre ellos. El modo de producir un cambio en las actitudes es la creación de incongruencia entre los tres componentes presentando alguna información nueva (Whittaker, 1979)[48]. Bien es cierto que también influyen en el cambio la fuente (credibilidad y atractivo), el canal de comunicación y el mensaje transmitido (los cambios de actitud no se producen, en general, de inmediato; existe un efecto de latencia). Asimismo, la disonancia cognitiva (Festinger, 1957)[49] puede ser el revulsivo que posibilite dicho cambio.

Por otra parte, habría que diferenciar entre creencia, actitud y opinión, dado que con frecuencia se toman como sinónimos de actitud. Así pues, es conveniente destacar las diferencias que separan estos dos conceptos de la actitud.

2.4.1 Componentes de la actitud

Las actitudes de un individuo se hallan integradas en su personalidad global y son condicionadas por ella. No debe por tanto extrañar que en toda actitud se hallen presentes las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: percepción, emoción y motivación.

2.4.1.1 Componente cognitivo o perceptivo

El hecho de que necesitemos la representación cognoscitiva de un objeto para poder formarnos una actitud hacia él, hace que se admita, en general que la actitud conlleva una idea más o menos definida acerca de la probabilidad de que un determinado objeto o situación posea unos determinados atributos. La actitud hace referencia a la evaluación favorable o desfavorable de la persona hacia un objeto. Se comprende, por tanto, perfectamente que las distintas ideas que los sujetos sustenten conducirán a actitudes distintas.

Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea. Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tenderá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto no afectará en nada a la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad (Rodríguez, 1978)[50].

2.4.1.2 Componente afectivo

Ciertamente toda idea está siempre envuelta o impregnada de emotividad. Este mayor o menor grado de emotividad que acompaña a toda formación y posesión de una actitud positiva o negativa.

Algunos psicólogos (Fishbein y Raven, 1962; Fishbein, 1965,1966)[51] consideran que el afectivo es el único componente característico de una actitud. Para ellos actitud es el sentimiento que en favor o en contra de un objeto tiene una persona. El tema se presta a que las personas adopten distintas posiciones.

Por lo general se lo toma como la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva a un objeto de la actitud. Se forma el componente afectivo por los contactos que hayan ido ocurriendo entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables.

Gran parte de los investigadores piensan que el componente emotivo de una actitud surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos efectos recompensantes o de castigo. A partir de allí se recompensará la emoción asociada con la categoría a todos los reactivos que concuerden con esta última. Además en varios estudios (Rosenberg y cols, 1960) se ha demostrado que hay congruencia entre los componentes cognoscitivos y afectivos de una actitud y que si hay cambio en uno de ellos, un cambio similar ocurrirá en el otro.

2.4.1.3 Componente conductual

Por último, las actitudes predisponen a actuar o reaccionar de una determinada manera a un objeto específico o situación. Sería el componente que ejerce una influencia determinante o dinámica sobre las respuestas del individuo de la definición de actitud de Allport (1.935). Desde un punto de vista teórico podemos considerar este componente como fundamental. En realidad, cuando se estudia una determinada actitud, generalmente interesa porque, a través de su estudio se pueden predecir, con mayor o menor precisión, el comportamiento de los sujetos. Es componente conductual la activación, o la disposición a actuar de modo específico hacia un objeto de la actitud.

Ya que no existe consenso respecto al papel de una actitud como activador de la conducta, gran parte de los teóricos están de acuerdo en que la actitud se relaciona de alguna manera con alguna conducta observable.

Con relación a éste componente de comportamiento de toda actitud Schulmann y Tittle (1968)[52] señalan que, en el estudio de una determinada actitud por medio de escalas, cuanto mayor sea la proporción de puntos referentes al yo que se utilicen en la escala, más segura será la predicción del comportamiento del sujeto.

2.5 Formación y función de las actitudes

Entre los numerosos determinantes de la formación de actitudes Krech y cols (1973)[53] resaltan dos como importantísimos: la afiliación del individuo a un grupo y con el cual se identifica, es decir, la familia, los amigos o compañeros de trabajo, y su personalidad. A estos dos elementos Munné (1980)[54] añade un tercero la información que recibimos, ya sea a través de la enseñanza o los medios de comunicación o bien a través de nuestra experiencia directa. De esto se desprende que el mecanismo de formación de actitudes más general es la interacción social por las que pasa el individuo.

Dentro de esta interacción podemos destacar como factores más poderosos en la creación de actitudes, la experiencia directa que el individuo tiene con el objeto de la actitud, el papel que ocupa un individuo dentro del grupo y el efecto de la comunicación en general.

Una vez formadas las actitudes, ni que decir tiene que poseen una valiosa utilidad y por consiguiente, son muchas las funciones que pueden desempeñar.

Existen numerosos estudios dedicados al Análisis Funcional de las actitudes. Los autores principales que han tratado este tema son Smith (1947), Smith, Bruner y White (1956), Katz y Stotland (1959); Katz (1960)[55].

Simplificando y esquematizando los estudios de estos autores podemos decir que las actitudes sirven:

- a) Para comprender mejor el mundo que nos rodea.
- b) Para ajustarnos en un mundo complejo.
- c) Para proteger nuestra autoestimación.
- d) Para expresar nuestros valores fundamentales.

La información que continuamente estamos recibiendo del mundo exterior tenemos que codificarla con toda rapidez, para emitir respuestas más adecuadas. Pues bien, las actitudes juegan un papel decisivo en esta codificación y en esta respuesta. Si en base a nuestra experiencia nos comportamos (respuesta) de una manera determinada ante una situación (estímulo) y este comportamiento nos resulta provechoso, iremos formando una actitud positiva determinada (Casanueva, 1984)[56].

De esta forma, las actitudes nos ayudan enormemente a ajustarnos, en todo momento, a un mundo complejo y continuamente variante. Por su función adaptativa, las actitudes proporcionan gratificaciones y alejan de los castigos (Mann, 1977)[57]. Los individuos tratan de hacer máxima la recompensa o gratificación y mínimo el sufrimiento o castigo.

Por la función expresiva de valores, el individuo obtiene satisfacción mediante la expresión de actitudes apropiadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Estos valores personales y este auto

concepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez y, constituyen el núcleo central de la personalidad.

Las actitudes también tienen una función de defensa de nuestro yo, pues ayudan al individuo a protegerse a sí mismo de las tensiones y angustias asociadas a realidades desagradables de su propia personalidad. Dicha función proporciona protección impidiendo el conocimiento de verdades básicas, pero desagradables, acerca de la vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte.

Por medio de nuestras actitudes es como manifestamos ante los demás nuestra propia jerarquía de valores básicos.

En cualquier caso, con todos estos datos aportados, se deduce que las actitudes juegan un papel funcional primordial en la economía de la personalidad.

2.6 Medidas de las actitudes.

Quizá el problema más grave que afronta la investigación sobre actitudes sea el problema de su Medición. Del concepto de actitud antes expuesto se deduce que no podemos observarla, medirla o cuantificarla directamente. Tan sólo podemos llegar a su existencia por inferencias basadas en manifestaciones explícitas o implícitas de un individuo respecto al objeto de actitud: su comportamiento, sus expresiones verbales, las manifestaciones de sentimientos respecto a un determinado objeto o situación, etc. Podrían llevarnos a inferir qué clase de actitud mantiene un determinado individuo.

Con objeto de aprovechar el concepto de actitud para la comprensión y predicción del comportamiento necesitamos un medio para medir las actitudes, es decir, de asignar a cada individuo una puntuación numérica que indique su posición en la dimensión de una actitud determinada (Krech y cols, 1973).

Tradicionalmente los instrumentos más utilizados para recoger datos sobre los que basar tales inferencias son las llamadas Escalas de Actitudes o sistemas de medidas directas, aunque también pueden medirse por medios indirectos. Estas medidas directas, por lo general, se limitan a recoger la

información verbal o escrita que el propio sujeto nos da. Estas escalas miden la aceptación o rechazo del sujeto respecto del objeto de actitud (componente afectivo), así como la intensidad de dicha aceptación o rechazo.

Las más utilizadas son la Escala de Distancia Social de Bogardus (1925), la escala de Thurstone (1928), la técnica de Likert (1932), y el Diferencial Semántico de Osgood (1957). No vamos a entrar en la exposición de cada una de ellas, dado que se aleja del objeto de nuestro estudio, tan solo hacer una breve referencia a algunas de sus limitaciones. En la medida de las actitudes por medio de Escalas se han hallado ciertos problemas, entre ellos, su alto grado de reactividad; el individuo se percata fácilmente de cuál es la actitud que se pretende medir, lo cual le induce a manifestar lo que se ha dado en llamar deseabilidad social y no su verdadera conducta (Crowne y Marlowe, 1960, Deutscher, 1969, 1973, Fishbeim y Ajzen, 1972)[58]. También se encuentran deficiencias en la construcción de los ítems (Ostrom, 1971-72), la congruencia entre las respuestas emitidas a los ítems y el pensamiento y el sentimiento de los sujetos, la generalidad de las conclusiones, la uni/multidimensionalidad de la Escala y la fiabilidad y validez de constructo.

Todas estas dificultades van a presentarse tanto a la hora de medir las actitudes en general, como a la hora de medir las actitudes ante la muerte, aunque en este último caso parece que existen dificultades más acusadas que en otras áreas, tal y como señala Urraca (1981)[59].

- 1) En primer lugar, no podemos deshacernos del rechazo, bastante generalizado, por parte de los individuos a hablar o manifestar sus sentimientos y pensamientos acerca del tema de la muerte.
- 2) En segundo lugar, encontramos con que el significado de la muerte para la persona, puede modificarse debido a experiencias vicarias o personales.
- 3) Es posible que coexistan actitudes contradictorias (de aceptación y rechazo) en el mismo individuo (Feifel, 1965).
- 4) Otro problema fundamental radica en la dificultad en definir operativamente los diversos constructos: preocupación, ansiedad, temor, etc.
- 5) Resulta bastante complejo detectar si las Escalas que se emplean están midiendo las actitudes habituales (generales) ante la muerte o son los mismos cuestionarios los que favorecen u originan el miedo y/o la ansiedad larvados.

Es aquí donde hay que tener en cuenta los niveles de aquiescencia, sugestionabilidad y deseabilidad social a que inducen el auto informes.

6) La carencia de técnicas psicofisiológicas eficientes.

7) Asimismo, puede darse la incongruencia entre los resultados obtenidos por distintos procedimientos (medidas directas, medidas indirectas).

8) Por último, señalar el exceso de temas y problemas que dificultan una unificación teórica y metodológica.

No obstante, a pesar de todas las dificultades que parece entrañar el tratamiento del tema, desde una perspectiva psicológica, se han cuestionado algunas dimensiones de las actitudes ante la muerte y actualmente se están haciendo tentativas para someter a examen diversos aspectos de los sentimientos y actitudes personales empleando gran variedad de técnicas de investigación que van desde los test proyectivos y medidas de reacciones fisiológicas hasta entrevistas de muestras de sección mixtas.

Se han obtenido las reacciones de varios segmentos particulares de población: niños, ancianos, moribundos, enfermos físicos y mentales. Se han estudiado también ciertas características del individuo (sexo, edad, religión, educación, salud, etc.) como posibles factores que tal vez influyan en las actitudes con respecto a la muerte (Riley, 1979)^[60].

Incluso hay autores (Volkart y Michael, 1957)^[61] que han intentado explicar las actitudes individuales mediante el examen de sus interrelaciones con las normas de la cultura y proyectar nuevas investigaciones partiendo de un cuadro de conceptos más amplios.

2.7 Personalidad y actitudes.

2.7.1 Constructos personales.

La teoría de los constructos personales formulada por Kelly (1955)^[62] ocupa una posición destacada dentro del estudio de la Personalidad, al insistir en las categorías perceptivas y conceptuales del individuo como claves para entender todos sus procesos psicológicos. Su base se halla en la afirmación siguiente: los procesos de una persona están canalizados psicológicamente a través de medios por los que se anticipa los acontecimientos (1955, p.46).

Esto nos viene a decir que todos los procesos psicológicos de una persona, incluida su conducta externa, están determinados por el modo en que un individuo anticipa lo que va a pasar en el futuro (Avia, 1985)^[63]. Esta posición contrasta en muchos sentidos con las teorías de personalidad basadas en dimensiones o rasgos, dado que las premisas (interpretaciones) en que se basa la persona en dicha construcción son de índole tanto externa como interna. Es decir, la persona es la que elabora sus relaciones interpersonales. Ello supone que el hombre es un ser activo a la hora de relacionarse con su entorno; estructura e interpreta el significado del entorno, de modo que su conducta no es posible interpretarla sin apelar a la construcción de su realidad (Pinillos, 1978; Alonso Tapia, 1979)^[64]. El individuo, pues, percibe, procesa y elabora la realidad. Por eso, el ser humano puede adoptar sus propias estructuras mentales y actitudes ante la muerte, ya que tiene la posibilidad de elaborar la percepción personal sobre ella (en general, de modo vicario). Esto es así, puesto que cada persona desarrolla y elabora de modo característico y de acuerdo a su conveniencia sus propios constructos (jerárquicamente organizados) y esto hace que difieran unas de otras. Además todo constructo es útil para anticipar cualquier acontecimiento. De ahí, el poder anticipativo de la propia muerte. Kelly (1955) al hablar de la muerte, la menciona como algo que atemoriza a la mayoría de la gente... porque la perciben como algo que les va a suceder y como algo que puede dar lugar a cambios drásticos en la estructura de su esencia (p.490).

La persona tiene un constructo del mundo (Krieger y Epting, 1974)^[65] que supone una amenaza para su integridad (se siente insegura). Estos autores confirman la hipótesis de que aquéllos individuos que perciben mayor amenaza tendrán mayor temor a la muerte y ocurrirá lo contrario en quienes creen y

esperan una vida después de la muerte. A los primeros, su sistema de constructos no les sirve para anticipar los hechos, y por tanto carecen de recursos para funcionar ante ellos y por lo tanto, se sienten más atemorizados e inseguros que los segundos a quienes no les acompañan ese sentimiento de amenaza en sus percepciones.

Así, quienes posean un esquema estructurado, de modo que puedan prever anticipadamente su muerte, tendrán menos miedo y se sentirán menos amenazados por ella que los que organizan su mundo de manera que éstos asuman su inmortalidad personal (exclusión de la muerte como un hecho real personal).

2.7.2 Rasgos personales y muerte.

El rasgo podría conceptualizarse como una disposición del individuo, relativamente consistente y estable a responder de una cierta manera que lo diferencia de otros individuos. Para Allport (1970)^[66] los rasgos serían disposiciones flexibles y dinámicas que resultan, al menos en parte, de la integración de hábitos específicos, es decir pueden adquirirse por medio del aprendizaje, o ser constitucional o genéticamente inherentes.

En cuanto estructura disposicional podría describirse como un atributo funcional, relativamente persistente y generalizado, con una alta consistencia transituacional y que ejerce efectos causales hacia cierto tipo de respuestas ante cierta clase de situaciones.

Así pues, al hablar de rasgo, se hace referencia a la predisposición generalizada de conducta y esto se pondrá en marcha, se transformará en conducta manifiesta tan solo cuando las características de la situación la activen adecuadamente (Bermúdez, 1985)^[67]. Pero es preciso resaltar un hecho evidente, y es que ningún rasgo determina per se, ni incide directamente sobre la conducta, sino que ésta vendrá determinada por las concreciones puntuales en función de la situación de las disposiciones de conducta (Valdés, 1986)^[68]. El rasgo a diferencia de la actitud, es una manera más general o menos definida, es una disposición menos específica para un comportamiento. El rasgo no tiene una dirección definida, es

más bien una orientación no específica y más generalizada del individuo a responder (Allport, 1970). La semejanza con la actitud estriba en que no se observa directamente, sino que se infiere a partir de la conducta.

Por consiguiente, los rasgos de personalidad sí que inciden en la concepción de la muerte, tal y como afirma Wolf (1966)[69], y son los que hacen que cada individuo presente una actitud diferente ante ella.

2.8 Los profesionales de la salud y la vivencia de la muerte.

Gracias a la especialización la salud ha alcanzado un gran desarrollo; pero ese afán de especialización tiene una gran desventaja; pues lleva a la despersonalización de la atención de los pacientes. Ya no se trata de un sujeto enfermo, sino de un órgano enfermo. De este modo el paradigma de la atención “biosanitaria” queda consolidado.

El modelo biomédico y el enfoque rehabilitador que las instituciones de salud propugnan, influyen en la visión negativa que los profesionales tienen de la muerte. (Kayser Jones, 2002)[70]. Entre los factores que hacen que los profesionales comprendan mejor la muerte de sus pacientes, destaca el hecho de que en su vida hayan tenido experiencias de proximidad con la muerte y, por lo tanto, recursos personales. (Black y Rubinstein, 2005)[71].

2.9 Actitudes ante la muerte.

La actitud frente a la muerte es el rasgo natural mediante el cual el hombre se escapa parcialmente de la naturaleza y se vuelve animal culturalizado (Thomas, 1991)[72]. En cuanto a esto, se puede afirmar que entre las especies animales vivas, la humana es la única para quién la muerte está omnipresente en el transcurso de la vida (aunque no sea más que una fantasía), la única especie animal que rodea

la muerte de un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo; la única especie que ha podido creer y que a menudo cree todavía, en la supervivencia y renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada por la muerte como hecho de cultura.

El concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En este sentido, las actitudes que las personas manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias (Limonero, 1994)[73]. En general, la muerte genera una gran diversidad de actitudes y emociones, principalmente de naturaleza aversiva.

Las actitudes incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo, el abandono, la finalidad de la muerte, una vida posterior y el sino del cuerpo, entre otros.

En el entorno anglosajón donde se inicia la investigación en esta área. Hermann Feifel en los años 50 y 60 (1955; 1956; 1959; 1965; 1969) se constituye como el pionero en la investigación sobre las actitudes hacia la muerte y el morir en un amplio abanico poblacional. Pero es sin duda a partir de los 70 cuando proliferan los trabajos e investigaciones que tratan el tema de la muerte y comienzan a desarrollarse múltiples instrumentos que evalúan las actitudes hacia la misma (Col et y Lester, 1969; Hooper y Spilka, 1970; Marshal, 1982; Neimeyer, Bagley y Moore; 1986; Gesser, Wong y Reker, 1987-1988; Wong, Reker y Gesser, 1997). Se destaca la revisión de Neimeyer, Wittkowsky y Moser (2004) en la que los autores desmenuzan y analizan los artículos relacionados con la ansiedad, el miedo, la percepción de amenaza y aceptación vinculada a la muerte y el proceso de morir. Valoran una serie de instrumentos y realizan una serie de recomendaciones respecto a la puesta en marcha de futuras investigaciones en este campo. Una de las recomendaciones es el uso de escalas multidimensionales y fehacientemente validadas para determinar actitudes hacia la muerte (Neimeyer, Moser y Wittkowski, 2003); a pesar de que, la mayoría de los investigadores continúan utilizando instrumentos unidimensionales. Además, señala la importancia de poder utilizar los resultados obtenidos en la clínica de modo que no sirvan únicamente como descriptores de la realidad sino que se utilicen para la puesta en práctica de programas de formación de los cuidadores formales e informales que sirvan para mejorar el proceso de fin de vida de las personas que están a su cargo. Constatamos que la mayoría de los estudios empíricos se han centrado en la ansiedad ante la muerte como tema dominante (Montoya, 2006)[74],

quedando de manifiesto cuando comprobamos la cantidad de instrumentos que nos permiten valorar ansiedad e incluso miedo ante la muerte respecto a otras posibles actitudes (Marshal , 1981)[75].

El miedo a la muerte es un hecho universal y que su ausencia reflejaría negación de la misma (Bakan, 1971; Becker, 1973; Marshal , 1980). Pero la muerte y el proceso de morir son complejos, se teme a la muerte por múltiples razones: la pérdida de sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento durante el proceso, la oportunidad de pérdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, son sólo algunas de las causas de miedo a la muerte (Feifel y Nagy, 1981; Fry 1990; Feifel,1990 ; Cruz Quintana y García Caro, 2007).

Otras investigaciones sobre las actitudes hacia la muerte derivan de una perspectiva existencial que postula que los individuos tienden a buscar un significado personal de sus vidas. Esta corriente señala que el miedo a la muerte proviene del fracaso a la hora de encontrar un significado personal a la propia vida y a la propia muerte. Durlak (1972)[76] informó que los sujetos para los que la vida tenía un propósito y significado mostraban menos miedo a la muerte y actitudes más positivas y de aceptación hacia la misma; Quinn y Reznikoff (1985)[77] encontraron niveles de ansiedad hacia la muerte más elevados en aquellos sujetos que manifestaron no tener una sensación de propósito en sus vidas.

Podemos decir que los individuos no siempre se enfrentan a la muerte desde actitudes negativas, en ocasiones la muerte se encara como una parte integral de la vida (Kübler-Ross, 1969)[78] y en este sentido estar vivo supone vivir con la muerte y con el proceso de morir (Sauders y Baines, 1983; Armstrong, 1987)[79] en este caso hablaríamos de aceptación neutral de la muerte.

2.10 Evaluación de las actitudes.

Sin duda la medición de las actitudes es una tarea compleja y aparecen distintas formas de medirlas. Se puede hacer mediante: auto informes creencias, conductas, valores...), la observación sistemática de conductas en situaciones naturales (poco operativo para muestras de estudio amplias), medición de reacciones fisiológicas ante el objetivo, la situación o su representación. De estos procedimientos el más ampliamente utilizado ha sido el auto informe o cuestionario. Los cuestionarios están compuestos

por un cierto número de proposiciones a las que el sujeto contesta con un sentido positivo o negativo indicando además el grado en que lo hace. Los resultados se someten a análisis cuantitativo, y como resultado se asigna al sujeto una posición en el continuo de aceptación-rechazo, siendo el reflejo de la actitud de dicho sujeto con respecto al objeto en cuestión (Escámez y Ortega, 1988). En ocasiones se utiliza el cuestionario de Ansiedad ante la muerte de Templer (Raja Hernández et al., 2002; Tomás Sábado y Gómez Benito, 2004; Aradil a Herrero y Tomás Sábado, 2006), la Escala de Collet- Lester (1990) de miedo a la muerte (Bayés et al., 1999; Tomás Sábado, Limonero y Abdel Khalek 2007) o el desarrollado por Dickinson y Pearson (1980-1981), utilizado por Kvale et al. (1999).

2.11 Actitudes ante la muerte en ciencias de la salud.

La mayoría de los estudios relacionados con las actitudes hacia la muerte, particularmente los setenta y ochenta, estaban centrados en el estudio de la ansiedad ante la muerte. Destacamos el artículo de revisión de Marshal (1982). El instrumento más utilizado, con diferencia, es la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) que aparece en ocasiones en la bibliografía española con sus siglas inglesas, DAS o Death Anxiety Scale (Ray y Najman, 1974; Twelker, 2004; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton- Oldfield, 2007). Tal y como señala Montoya (2004) existe una carencia de estudios cualitativos acerca de la muerte y el morir. Mucho de lo publicado en nuestro idioma son artículos que hablan del proceso de morir desde un punto de vista teórico, o están dedicados a la implementación de protocolos (Poveda Monge et al., 2000).

2.12 Las investigaciones con respecto al tema de la muerte.

Aun cuando la muerte forma parte irrenunciable de la condición humana y suscita intensas emociones, hasta hace pocos años han sido escasos los trabajos que la han estudiado desde un punto de vista psicológico (Bayés, Limonero, Buendía, Burón y Enríquez, 1999; Kastembaum y Costa, 1977; Limonero, 1990). Más abundantes han sido los estudios dedicados a precisar cuándo ocurre la muerte desde el punto de vista biológico. En 1956, bajo los auspicios de la American Psychological Association (APA) se organizó un simposio, sobre “el concepto de muerte y su relación con el comportamiento” (Feifel, 1990). Durante los años 60 y 70, varios autores han tratado de abordarlo desde un punto de vista científico (Kastembaum y Aisenberg, 1972; Kübler-Ross, 1969; Parkes, 1972; Templer, 1970). La aparición de la revista Omega, en 1969, casi simultáneamente con el desarrollo del movimiento Hospice, por C. Saunders, y la posterior y rápida expansión por todo el mundo de los cuidados paliativos, han generalizado el interés por su investigación (Bayés y Limonero, 1999). En los últimos años, se ha subrayado cada vez más la necesidad de profundizar en el papel que juegan los aspectos emocionales en los pacientes con enfermedades en etapas terminales, al tiempo que crece la exigencia de prestar a los mismos una atención terapéutica adecuada (Bayés, 1997, 1998, 2000, 2006; Bayés, Limonero, 1999; Bayés, et al., 1999; Comas, Schröder, 1996; Field, Cassell, 1997; Gómez Sancho y Grau, 2006; Gómez Sancho, 2005, 2006, 2007; Limonero, 1990; Sanz, Gómez-Batiste, Gómez Sancho, Núñez Olarte, 1993; Spiegel, 1994; OMS, 1990).

Exceptuando las primeras descripciones de Kübler-Ross, las investigaciones desde el punto de vista psicológico se han centrado en dos temas, aparentemente distintos, pero que se interpenetran: a) la investigación de la ansiedad ante la muerte, y, b) el estudio de las actitudes en los profesionales de la salud (Bayés, et al. 1999). La investigación de la ansiedad ante la muerte surge de forma expresa en el campo de la Psicología de la Salud, a partir de los años 70 (Fernández Abascal y Palmero, 1999). Hace casi 20 años, Neimeyer (1988), al revisarlo, encontró algo más de 500 trabajos sobre el tema, y unos años más tarde, presentó en un libro varias de las herramientas metodológicas más utilizadas para investigarlo (Neimeyer, 1994). La ansiedad ante la muerte se podría conceptualizar como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza –reales o imaginadas– a la

propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales” (Limonero, 1997). Esta ansiedad favorece el distanciamiento social del tema e, incluso, su consideración como tabú. Aunque el fenómeno es importante para todos los seres humanos, es especialmente relevante para los médicos de familia y para los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados paliativos, servicios de Oncología, SIDA, o en todas aquellas unidades asistenciales en las que la muerte o su amenaza se encuentran permanentemente presentes. Las razones son elocuentes y han sido referidas en la literatura señalada y en muchos otros materiales bibliográficos (Gómez Sancho y Grau, 2006; Neimeyer, 1997; Sanz, 1995)[80].

Para evaluar la ansiedad ante la muerte, al igual que sucede con la ansiedad en general, posiblemente la mejor forma de hacerlo sea a través del auto informe. Paradójicamente, la mayoría de las escalas de ansiedad ante la muerte que se conocen no son éticamente aplicables a las personas que se encuentran gravemente enfermas o próximas al fin de su vida, ya que, en la generalidad de los casos, al plantear a los enfermos las preguntas que con tienen, éstas podrían sugerirles nuevas amenazas, generarles mayor ansiedad ante la muerte y aumentar el sufrimiento. Por ello, la mayoría de los investigadores optan por administrar sus escalas a colectivos que no se encuentren bajo una amenaza de muerte inminente: estudiantes universitarios y personas sanas extraídas de la población general, profesionales sanitarios, enfermos aquejados de enfermedades crónicas sin peligro inminente, trastornos leves o personas jóvenes que han superado una enfermedad grave (Sanz, 1995)[81]. Ante esta realidad, estamos de acuerdo con Bayés y colaboradores (Bayés, Limonero, Buendía, et al, 1999) en un cuestionamiento esencial: ¿hasta qué punto los datos así obtenidos se pueden generalizar a situaciones reales que suscitan una amenaza mortal, en la medida en que al plantear las preguntas en situaciones emocionalmente neutras, los sujetos pueden tomarlas como componentes de un simple juego intelectual?.

En un trabajo conducido por estos investigadores españoles (Bayés, et al, 1999)[82], en estudiantes universitarios, utilizando la escala Colett-Lester (Lester, 1994), tradicionalmente usada en otros países, se hizo un intento de conocer el hipotético nivel de ansiedad ante la muerte, tratando de establecer el mismo en función de su grado de distanciamiento cognitivo ante la muerte y de su experiencia pasada con ella. Para ello, se completó esta escala con 4 escalas análogo-visuales sobre la percepción de la propia muerte y varias preguntas complementarias sobre creencias religiosas y experiencia con la

muerte real o su proximidad. Se obtuvo como resultado interesante que de las 4 escalas de la Colett-Lester modificada, la que generaba mayor ansiedad en los estudiantes es la que se refería a “Tu propio proceso de morir”, mientras que “Tu propia muerte” es la que producía menos ansiedad. Las otras dos subescalas: “La muerte de la persona más querida” y “El proceso de morir de otras personas” ocupaban posiciones intermedias. Los resultados avalaron la conclusión, ya anticipada en páginas anteriores, acerca de que la muerte en sí misma preocupa mucho menos que el proceso que conduce a ella. Los datos obtenidos en este trabajo sugirieron que: a) en muchos casos, resultaba posible atenuar el sufrimiento a través de una actuación paliativa, b) con la mayoría de las personas no resultaba necesario abordar problema filosófico de la muerte, ante el cual el mismo profesional de la salud podía sentirse inseguro.

La otra línea de investigación frecuente ha sido la de las actitudes ante la muerte (Bayés, 2006; Grau y Chacón, 2002; Hernández, 1997; Marí, 2003), centrándose más bien en la actitud de los profesionales de la salud. Se parte aquí del supuesto de que la actitud del médico de un paciente es vital para el manejo adecuado de los enfermos, y en gran medida, condiciona la actitud de los propios pacientes ante su enfermedad terminal y la proximidad de su muerte. Está claro que debemos gestar el desarrollo de actitudes adecuadas ante la muerte o el cambio significativo de actitudes hacia ella, un movimiento de comprensión y respeto hacia las circunstancias de la muerte, donde equipos multidisciplinares aborden a pacientes y familiares.

Una actitud es un fenómeno psicológico complejo, que se va formando y desarrollando a lo largo de la vida, que muestra carácter de tendencia o disposición y que influye en las respuestas conductuales del sujeto (Ministerio de Educación –Mined–, 1974). Para que exista una actitud tiene que haber un objeto frente al cual el sujeto reacciona (por ejemplo: el médico ante la posibilidad de la muerte de su paciente), una dirección o signo positivo o negativo hacia el objeto (digamos, aceptación o rechazo) y una intensidad o magnitud (mínima, media o máxima), que generalmente se reseña en forma de una determinada conducta (por ejemplo, asumir con determinada entereza la respuesta a una pregunta que nos haga un moribundo). Desde el punto de vista de su estructura, toda actitud tiene: a) un componente afectivo, como aspecto central; b) un componente cognoscitivo, derivado de las ideas, la información, las creencias, y, c) un componente conductual, que puede ser pasivo y no siempre se evidencia (Mined, 1974). De esta forma, las actitudes se relacionan con las creencias, las emociones y sentimientos, las

conductas y los motivos y necesidades del ser humano. Componentes cognoscitivos estereotipados pueden ser la base de actitudes prejuiciadas, como suele ocurrir ante el problema que nos ocupa. Cuando las actitudes se vinculan mediante metas comunes, globalizándose, se constituyen los valores, organizados alrededor del núcleo central de la personalidad.

Algunos instrumentos han sido diseñados con el propósito de evaluar las actitudes ante la muerte. Desde la Psicología Existencial, Henrion (1983) establece una línea de base del sentido de la vida con un instrumento: el PIL (Purpose in Life Test), desarrollado en pacientes con cáncer del Veterans Administration Medical Center, en Estados Unidos, a partir de una integración de la logoterapia con los conceptos de Kubler-Ross sobre la muerte y el morir.

La autora considera que este instrumento ayuda a identificar pacientes que necesitan de ayuda adicional y terapia individual, además de las sesiones de grupo. Otro instrumento, que a su vez evalúa la ansiedad ante la muerte, es el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), de Wong, Reker y Gesser (Neimeyer, 1997), que contiene una escala de 7 puntos en un continuo que expresa el grado de acuerdo-desacuerdo con 32 proposiciones; los autores diferencian miedo y evitación de la muerte y tres maneras de aceptar la muerte: la aceptación neutral, la de acercamiento y la aceptación de escape. Las actitudes ante la muerte se han estudiado con la versión modificada de un instrumento diseñado para estudiar actitudes: el cuestionario conocido como "Death Attitudes and Self-Reported Health/relevant Behaviors", de Martin y Salovey (1996). Este instrumento fue sometido a criterios de expertos en la elaboración de la versión cubana, siendo convencionalmente reformulado como "Cuestionario de Actitudes ante la Muerte" (CAM-1) (Hernández, 1997). Esta versión estaba compuesta por 33 proposiciones o reactivos (ítem), distribuidas, a lo largo del texto del instrumento, en 6 dimensiones que corresponden a diferentes aspectos actitudinales ante la muerte: 1) de evitación, 2) de aceptación, 3) de temor, 4) con base en la creencia de que la muerte es un pasaje o tránsito, 5) con fundamento en la concepción de la muerte como una salida o solución, y, 6) involucrando la perspectiva profesional.

2.13 Afrontamiento de la muerte.

Podemos decir que el afrontamiento consiste en hacer frente o encarar un peligro o una situación negativa, es el proceso a través del cual hacemos frente a un acontecimiento estresor, planteándolo en términos neutros y dándole solución; yendo un poco más allá diríamos que son las estrategias que un individuo pone en juego ante un problema para mantener su integridad física y psicológica (Zabalegui Yarnoz et al. 2002)[83].

El afrontamiento es uno de los términos más asociados con el estrés. El afrontamiento o coping es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos. Según Hombrados (1997)[84], el afrontamiento puede ser entendido, en alguna medida, como el intento de extraer recursos de la falta de recursos, es decir, sacar fuerzas de flaqueza y esto es así porque se asocia a la doble evaluación del estresor: un momento que es el de la evaluación primaria, en el que se puede apreciar el evento fuente del estrés como dañino, amenazante y/o desafiante, y otro momento de evaluación secundaria en el que se vuelve a apreciar la situación y se valoran también los propios recursos para afrontarla.

En términos generales, actualmente se entiende por afrontamiento, los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente a una situación nociva o percibida como negativa. Por tanto el objetivo del afrontamiento es poder manejar tanto las demandas externas o internas generadoras de estrés como el estado emocional desagradable que suele ir vinculado al mismo (Hombrados, 1997; Sundín, 1995; Robles y Peralta, 2006). Kohl Mann (1993), ha realizado una compilación de los estilos de afrontamiento y ha propuesto cuatro patrones de afrontamiento:

- Modo vigilante rígido. Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación.
- Modo evitador rígido: característico en personas de baja vigilancia y alta evitación.
- Modo flexible: estas personas usan de manera flexible las estrategias relacionadas con la situación, tienen un patrón de baja vigilancia y baja evitación.

- Modelo inconsistente. Afrontamiento ineficaz. Alta vigilancia y alta evitación. Sufren fuertemente tanto por la incertidumbre de la situación relevante como por la activación emocional por las señales anticipatorias.

Cuando los modos de afrontamiento van dirigidos a la emoción, los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Todas estas estrategias son utilizadas para que la situación estresante no produzca daño psicológico y por tanto, no cause depresión, ansiedad etc. Ciertas formas de afrontamiento del estrés dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación sin cambiar objetivamente. Los principios básicos sobre el proceso de afrontamiento según estos autores son:

- El afrontamiento debe separarse de los resultados, no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, ya que ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro, etc.
- El afrontamiento depende del contexto. Es una aproximación orientada contextualmente más que como disposición estable.
- Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las diversas situaciones estresantes.
- Existen dos funciones principales de afrontamiento. La función de afrontamiento focalizado en el problema y la función de afrontamiento focalizado en la emoción.
- El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación (Sandín, 1995)[85].

Lazarus y Folkman (1986)[86], proponen ocho formas habituales de afrontar las situaciones de estrés: Confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape -evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

- **CONFRONTACIÓN:** acciones directas y, en cierto grado, agresivas para alterar la situación.
- **DISTANCIAMIENTO:** esfuerzos para separarse de la situación tratando de olvidarse del problema o negándose a tomarlo en serio.
- **AUTOCONTROL:** Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones guardando los problemas para uno mismo y procurando no precipitarse.
- **BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL:** acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión de alguna persona. Se trata de hablar con alguien que puede hacer algo concreto.
- **ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD:** El reconocimiento de la responsabilidad del problema, muchas veces implica culparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema.
- **HUIDA-EVITACIÓN** de la situación de estrés: Implica quedarse parado ante una situación esperando que ocurra un milagro. Puede que la persona con esta estrategia evite el contacto con la gente o tome alcohol o drogas.
- **PLANIFICACIÓN:** Esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a esta. Normalmente se establece un plan de acción y se sigue, intentando cambiar algo para que las cosas mejoren.
- **REEVALUACIÓN POSITIVA:** Esfuerzos para crear un significado positivo de la situación estresante centrándose en el desarrollo personal. Esta estrategia modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.

El afrontamiento es un claro mediador de la relación entre la situación estresora y la enfermedad /salud, influyendo a través de las respuestas emocionales como las fisiológicas. Dependiendo del estresor en sí y de la propia personalidad del individuo sería más adecuado utilizar un tipo de estrategias de afrontamiento que otras.

Si nos centramos en el medio sanitario, el afrontamiento se define como el esfuerzo individual que el paciente con problemas de salud realiza para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella (McHaffe, 1992)[87].

Sin embargo, si al paciente no se le está permitido hablar, si no hay lugar para la comunicación ¿cómo se puede enfrentar a lo que cree que está ocurriendo, pero se le niega?..

2.14 Modos de afrontamiento.

2.14.1 El afrontamiento como predisposición personal.

Algunos investigadores consideran que el afrontamiento es más un rasgo estable de la personalidad que un proceso contextual. A pesar de que los investigadores utilizan instrumentos dirigidos a identificar rasgos o características estables de la personalidad, lo que en muchos casos se encuentra es una considerable variabilidad en los estilos de afrontamiento (Tomás Sábado y Gómez Benito, 2004; Zabalegui et al, 2006)^[88]. Se han realizado múltiples estudios cualitativos que han permitido Identificar las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con cáncer durante su tratamiento. Gotay (1984)^[89] indica que las estrategias de afrontamiento más habituales en fases tempranas de la enfermedad fueron iniciar una actividad y buscar información, y en fases avanzadas fueron actividades religiosas, rechazo y negación del hecho. Holland (1998)^[90] encontró que en los casos que existe apoyo social, éste está relacionado con un mejor afrontamiento de la situación.

2.14.2 Antecedentes de afrontamientos relacionados con la persona.

Diversos grupos han intentado identificar las variables personales que influyen el afrontamiento. Los principales determinantes individuales de las estrategias de afrontamiento incluyen las creencias, los compromisos, los valores y las actitudes entorno a la vida.

La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y creencias que ha ido incorporando con los años (Kroeff, 1999; Zabalegui Yarnoz et al, 2002; Montoya, 2004).

Varios autores han identificado las actividades religiosas, dentro de las creencias, como la estrategia de afrontamiento más frecuente utilizada para aplacar la desesperanza en pacientes con cáncer.

Los compromisos en la vida influyen en la percepción de los peligros y provocan la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento. Los compromisos que las personas tienen en sus vidas les sirven para orientarles en situaciones que amenazan, dañan o benefician su integridad, como señala Hilton(1993)^[91], las personas con un nivel bajo de sentimiento de compromiso hacia la vida y en una situación valorada como de incertidumbre y de amenaza evitaran enfrentarse a la situación, (afrontamiento enfocado en las emociones);mientras que aquellas que valoran la situación como controlable, a pesar de reconocer su amenaza, utilizaran el afrontamiento enfocado en el problema(resolución de problemas, búsqueda de apoyo social) a la vez que el afrontamiento centrado en la emoción (autocontrol).

2.14.3 Afrontamiento de la muerte en ciencias de la salud.

El afrontamiento de la muerte es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la muerte. Las estrategias de afrontamiento se centran en la valoración de la situación para intentar resolver el problema, en el mismo problema para eliminar las situaciones que lo originan y en la emoción para regular el estrés emocional producido por éste.

El afrontamiento del dolor y la muerte constituyen una de las tareas más difíciles y estresantes a las que se enfrentan los estudiantes de Ciencias de la Salud. En la última década numerosos estudios han mostrado que el sentimiento de pérdida, el dolor, el sufrimiento y la muerte son factores estresantes muy potentes en los estudiantes de enfermería; además ponen de manifiesto la insuficiente formación

que reciben los profesionales de la salud para el correcto afrontamiento y la escasez de recursos que poseen para atender correctamente a los pacientes y familia en estas situaciones (Rhead, 1995; Sal6n, 1995)[92].

Las experiencias cl6nicas generan un elevado impacto emocional en profesionales de enfermer6a, existen numerosos estudios que desde las diferentes perspectivas, ponen de manifiesto la complejidad del proceso de adaptaci6n a dichas experiencias e identifican en algunos casos la presencia de altos niveles de estr6s, un notable impacto emocional y un alto costo psicol6gico.

Las experiencias hospitalarias que mayor impacto emocional produce, se identifican con los aspectos relacionados con la muerte, el sufrimiento y el cuidado de enfermos terminales. Ante las caracter6sticas de estas vivencias, los estudiantes deben desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas en la resoluci6n de problemas, habilidades que les permitir6an mantener niveles aceptables de ansiedad y estr6s y as6 no dificultar el proceso ense1anza aprendizaje.

Son m6ltiples los estudios que comparan los niveles de estr6s entre profesionales de enfermer6a y el que sufren los estudiantes de otras disciplinas del 6mbito sanitario.

Los estudios realizados por Beck et al., (1997)[93], con muestras de estudiantes de medicina, farmacia y trabajo social, arrojan datos muy interesantes. Se comprueba que en todos los casos existen mayores niveles de estr6s, tanto de origen fisiol6gico como psicol6gico en el grupo de estudiantes de enfermer6a. Sus puntuaciones resultaron significativamente m6s altas con independencia del curso en el que se encontraban matriculados.

2.15.4 Los profesionales de la salud ante la muerte de sus enfermos.

Para los profesionales de la salud, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, porque engloba toda su actitud hacia el paciente; es muy difícil para ellos sostener una actitud serena y madura frente a ella. Cuando sucede, ellos tratan enseguida de sentirse bien, y esto no es más que una forma de ocultamiento, un mecanismo de defensa ante el dolor que produce.

Se supone que el profesional de la salud, y el médico en particular es el profesional más íntegramente educado por, para y contra la muerte, vista ésta como una realidad biológica, como un fenómeno humano y como un valor cultural. Sin embargo, no es siempre así, y con frecuencia se refleja en la poca atención a estos enfermos.

Gómez Sancho (1999)^[94] enumera algunas razones. En primer lugar, por un déficit de formación, ya que no se enseña lo que hay que hacer con enfermos incurables y esto no se compensa con el buen deseo de ayudar, pero da lugar a una situación defensiva del profesional, a que éste responda a su ansiedad con mecanismos de defensa inadecuados: cólera, actitudes negativistas, etc. En segundo lugar, porque en realidad la muerte constituye para los profesionales de la salud, y muy especialmente para los médicos, una sensación de fracaso profesional; a ellos se les enseña a salvar vidas, y aunque todos saben que la muerte es inevitable, el médico tiende a sentirse culpable de no ser capaz de curar a su enfermo; la situación terminal es entendida como signo de impotencia, muchas veces a un nivel inconsciente.

La muerte se ve como un enemigo, y las Facultades de Medicina y de Enfermería refuerzan involuntariamente esta ilusión.

Para los médicos que consideran su trabajo como la lucha por todos los medios contra la muerte, habría dos maneras de evitarla: una, consistente en intentar retrasarla más o menos obstinadamente (encarnizamiento terapéutico); otra, en resignarse y adelantar la (eutanasia). El encarnizamiento terapéutico y la eutanasia son así las tentativas extremas para evitar la confrontación con la hora de la muerte. Para las enfermeras, sus primeros encuentros con la muerte y la agonía son muy fuertes

(Grau, Chacón, 2002)^[95], ellas no se pueden escapar tan fácilmente como los médicos. Algunas tienden a dedicarse a alguna labor innecesaria y a ignorar el significado de lo que les está sucediendo; otras, por la razón de ser de su trabajo y de su formación, suelen tener menos sensación de fracaso ante la muerte y se convierten frecuentemente en “defensores” de los enfermos ante los galenos, insistiéndoles en que vayan a visitar al paciente, que les receten algún analgésico más energético, etc. En tercer lugar, la confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte, estos profesionales son también seres humanos, y en escenarios como éste afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y la historia personal de cada uno. Es inevitable que los médicos pongan inconscientemente en juego mecanismos de defensa que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta la hiperactividad terapéutica.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar: una toma de conciencia de las razones ocultas que le empujan a huir ante tales situaciones permitiría muchas veces rectificar su actitud y estar más cómodo en semejantes circunstancias (Gómez Sancho, 2006)^[96]. De cualquier manera, el enfermo terminal y su familia, la mayoría de las veces bajo un gran impacto, generan un ambiente con una gran carga emocional, en la que hay que saber estar; debe cada quien prepararse y formarse para ello. El profesional debe aprender que la muerte es algo natural. Cuando es capaz de aceptarla así, se dedicará a cuidar y consolar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso.

Los profesionales, así como los familiares, atraviesan por las mismas etapas psicológicas por las cuales pasa un enfermo al afrontar su muerte y esto contribuye a generar también determinadas actitudes.

En determinadas etapas, los profesionales cada vez más hablan menos con los enfermos, y también los escuchan menos. Establecen una excesiva distancia emocional con los pacientes y se centran y ocupan exclusivamente en sus síntomas y aspectos físicos.

Esta actitud bloquea la capacidad terapéutica del médico, quien no tiene posibilidades de reconocer y encarar lo más grave del enfermo: su incomunicación, su aislamiento, su enfrentamiento con el derrumbe de su escala de valores familiares. Al aislarse del enfermo, se aísla de la realidad, se

empobrece su capacidad para elaborar su propia impotencia ante la muerte, la cual se vuelve abrumadora y dañina para el propio médico. (Gómez Sancho, 2006, Grau y Chacón, 2002).

Todo esto, en gran parte, es causado por considerar la intención paliativa en medicina como de “segundo nivel” (Bayés, 2000)[97]. Ayudar a los enfermos a morir en paz se reconoce como una tarea ante todo humana y digna de elogio, pero permanece como un objetivo médico de menor categoría que vencer a la muerte, y sólo se admite cuando fallan por completo los medios para evitarla. La muerte, realmente, no es un fracaso del conocimiento y del ejercicio médico, no puede retrasarse indefinidamente, es el fin natural e inevitable de la existencia que nos afectará a todos. Los grandes avances y descubrimientos médicos como la ingeniería genética y los anticuerpos monoclonales, las técnicas de tomografía axial computarizada y de resonancia magnética nuclear, el genoma humano, los candidatos vacunales para el SIDA, los nuevos antibióticos y retrovirales la moderna neurocirugía, todos ellos son notables y ayudarán a preservar la salud y alargar la vida del hombre, pero no podrán evitar que las personas sigan muriendo.

Los profesionales de la salud deberían sentirse tan inclinados a investigar y tratar el sufrimiento que frecuentemente acompaña al proceso de morir o a la pérdida de un ser querido, como para investigar los factores y mecanismos que pueden ayudar a prolongar la vida (Bayés, 1998). En la dirección de resaltar la relevancia de este serio y urgente problema, razón de ser de la medicina paliativa, Cassell (1991) y Callahan (2000) proponen cambios radicales en un proceso de reestructuración del concepto y fines de la medicina; alertan en que son dos sus metas y ambas tienen la misma categoría y la misma importancia: evitar la muerte cuando se pueda y lograr que los pacientes vivan bien hasta final, que fallezcan en paz, cuando ya lo primero no es posible.

En consecuencia, un elemento cardinal en el enfoque paliativo moderno es no distanciarse del enfermo y su familia (Grau y Chacón, 2002)[98].

El paciente percibe, a un nivel inconcebible, la fatalista expresión médica de que “ya no hay nada más que hacer”, y eso lo llena de desesperación y desesperanza. El médico cambia rotundamente sus actitudes y conductas ante la conclusión de un estadio terminal, la enfermera pierde la motivación desafiante de sus habilidades y se muestra descontenta con los inexplicables cambios de humor del

paciente, el psicólogo no encuentra herramientas para enfrentarse a un enfermo que no fantasea con la muerte, sino que se está muriendo de verdad..., el psiquiatra recetará inútilmente antidepresivos, los familiares rehuirán estar a solas con esa persona, “a quien ya no hay de qué hablarle”, y siempre estarán dispuestos a mantener la llamada conspiración del silencio: “yo sé que tú sabes que yo sé...pero hagamos de cuenta que ninguno de los dos sabe que el otro sabe” (Grau y Chacón, 2002)...El hospital, como institución, no puede brindarle todas las comodidades que necesita, la sociedad en general se aleja del enfermo...Todos vamos a morir, es una realidad irrefutable, quizás la única “gran verdad”. Y por eso, hay que desarrollar el sentimiento que deriva de encontrar nuestro sentido vital, aprender a saludar lo que nos quede de vida como un dulce regalo diario, controlando en lo que podamos nuestros achaques, pérdidas y limitaciones, y sin conferir a la realidad de nuestro final esa trágica relevancia que solemos imprimirle.

2.16 TENS

2.16.1 Definición y creación del TENS

El Técnico en Enfermería de Nivel Superior, TENS, es una carrera acreditada en Chile, que se imparte en establecimientos de educación superior reconocido por el estado, a través del Ministerio de Educación. El Ministerio de Salud, MINSAL, preparaba a sus propios auxiliares de enfermería, egresados de curso de capacitación de a lo menos 1500 horas, en sus propias unidades de capacitación o a través de convenio con instituciones privadas, por lo que llevaba un registro único, que lo habilitaba para trabajar tanto en el área privada como pública. (Decreto Ley 2147/1978 y Decreto Supremo N° 261/78 SALUD)

A partir de la acreditación en el Mineduc, de la carrera de TECNICO EN ENFERMERIA DE NIVEL SUPERIOR, TENS, a principios de 1997, por el Centro de Formación Técnica PROPAN, Santo Tomas.

2.16.2 Formación del TENS

Los TENS tienen como característica los 2 años y medio de estudio y las 1500 horas de prácticas antes de describir, obteniendo el grado de TENS, estando capacitado para desempeñar labores en diversos centros de salud desde el área primaria hasta el área cuaternaria, sin embargo depende de cada institución darles una especialización los técnicos.

La carrera de Técnico en Enfermería de Nivel Superior, se imparte en los CFT, IP, y en algunas Universidades, su duración es de 5 semestres y solo en las universidades es de 6 semestres académicos.

Continuación se presenta una malla tipo de formación del TENS en Chile en las cuales es importante destacar la formación académica el módulo de Psicología no es obligatoria pero si el Cuidados Paliativos del Dolor, para enfermos terminales.

Técnico en Enfermería (Cód. 48-480-6)				
Primer Semestre	Segundo Semestre	Tercer Semestre	Cuarto Semestre	Quinto Semestre
PSICOLOGÍA DEL CICLO VITAL	COMUNICACIÓN EFECTIVA	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	COMPETENCIAS DE EMPLEABILIDAD	PRÁCTICA PROFESIONAL
AUTOGESTIÓN	ANATOMOFISIOLOGÍA	ADMINISTRACIÓN Y PRODUCTIVIDAD	INGLÉS II	
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN	MICROBIOLOGÍA APLICADA	INGLÉS I	BIOÉTICA Y LEGISLACIÓN	
BIOQUÍMICA	PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERÍA DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR	ENFERMERÍA GINECOOBSTÉTRICA Y NEONATAL	
FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERÍA	PROCESO DE ENFERMERÍA	FARMACOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	ENFERMERÍA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE	
MATEMÁTICA APLICADA	PSICOLOGÍA DE LA SALUD	ENFERMERÍA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	ENFERMERÍA EN URGENCIAS	

■ Asignatura Pre-requisito
 ■ Asignatura Referenciada
 ■ Asignatura Requisito Relacionada

Tabla 1.2 Malla Tabla 1.2 Malla curricular TENS.

Fuente: AIEP.

2.16.3 Rol del TENS

El Técnico en Enfermería de nivel superior está capacitado para integrarse al equipo de salud, colaborando con los profesionales del área en la ejecución de procedimientos básicos de enfermería y en acciones de:

- Cuidar de la higiene, aseo personal y bienestar físico y psíquico del paciente en el hogar.
- Alimentar al paciente según indicación médica.
- Controlar y registrar signos vitales.
- Efectuar control y prevención de escaras, atención de ano contra natura y otras atenciones indicadas en enfermos crónicos.
- Cuidar recién nacidos, lactantes e infantes en el hogar, atendiendo a su higiene personal, vestuario y alimentación.
- Preparar al paciente para los exámenes médicos.
- Tomar muestras para exámenes de laboratorio: según indicación del profesional médico.
- Administrar medicamentos por las diferentes vías, según prescripción médica.
- Efectuar en pacientes curaciones prescritas por el médico tratante.
- Efectuar preparación pre-operatoria y cuidados post-operatorios.
- Desempeñar labores de auxiliar de pabellón quirúrgico y arsenalera.
- Prestar primeros auxilios.
- Mantener privacidad y pudor del paciente.
- Proteger la seguridad del paciente.

- Mantener temperatura del paciente y ambiente térmico adecuado.

- Realizar técnicas de aseo y confort del paciente, según requerimiento:
Aseo matinal, lavado de pies, corte de uñas, lavado de cabello, aseo genital, baño de esponja, cambio de ropa o cuna según corresponda, muda, etc.

- Confeccionar diferentes tipos de camas y cunas según técnicas, objetivos de la atención y tratamiento, según normas e indicaciones especiales.

- Realizar cambios de posición y prevención de escaras.

- Realizar baño o aseo al ingreso del paciente, según indicación.

- Asistir a pacientes incapacitados en funciones de evacuaciones y eliminación.

- Asistir a pacientes incapacitados en funciones motoras.

- Colaborar en tareas de rehabilitación.

- Realizar procedimientos de profilaxis en recién nacido inmediato (sala de partos o puerperio).

- Dar atención de enfermería al paciente moribundo y terminal.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

Según la lectura realizada por los investigadores de este estudio, se dice que la **Teoría Fundamentada** es una de las tradiciones de investigación cualitativa, la cual se define como aquella que permite formular una teoría que se encuentra subyacente en la información obtenida en el campo empírico. Emplea técnicas de investigación cualitativa como: la observación, las entrevistas en profundidad, la implementación de memos, entre otras. Los primeros trabajos donde se aplicó la Teoría Fundamentada están enmarcados en el área de la Salud, precisamente de la mano de sus fundadores: Anselm Strauss y Barney Glaser (1967)[99]. En la presente investigación, se utilizara la teoría fundamenta (Corbin,. J. 2002)[100], ya que con ella se pretende generar nuevos conocimientos, a partir de datos investigados, analizados y comparados de forma sistemática y simultánea (28). También se usara esta teoría porque nos permite usar datos tanto cualitativos, como cuantitativos.

Esta teoría la constituyen 3 tipos de codificación:

- Codificación Abierta: es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones.
- Codificación Axial: es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones.
- Codificación Selectiva: es el proceso de integrar y refinar la teoría.

Aparte de esto, los métodos cualitativos se pueden usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprender por métodos de investigación más convencionales (29)

Básicamente, existen tres componentes principales en la investigación cualitativa. Se abordara el primero, en que están los datos, que pueden provenir de fuentes diferentes, como entrevistas, observaciones, documentos, películas y registros.

Se utilizara para recopilar información, la **entrevista semi-estructurada**, que produce a la vez una buena interacción personal entre el sujeto investigado y el sujeto investigador, no se desvía del tema de investigación, y permite a los entrevistados expresarse libremente.

3.1 Factibilidad del proyecto

El análisis del trabajo de los TENS, desde el punto de vista de la praxis en los centros hospitalarios, promueve un cambio en la preparación teórica sobre la muerte y de cómo enfrentarla. En la misma línea de acción y luego de una entrevista con el director del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera, considero al presente trabajo un aporte adecuado y una revisión necesaria para conocer el real estado de preparación de los TENS frente al tema de la muerte. De esta manera, y luego de exponer las implicancias del trabajo, mostro una disposición favorable a la realización del estudio, validando de esta forma la factibilidad del proyecto desde el punto de vista de la aplicabilidad y relevancia del mismo.

3.1 Tipo y diseño de investigación.

Este estudio es de **tipo descriptivo y retrospectivo**, será un estudio descriptivo en la medida en que las variables en estudio sean medidas y será al mismo tiempo retrospectivo, porque los hechos a trabajar se dieron en la realidad.

El diseño de investigación es mixto,” La meta de la investigación mixta no es remplazar a la investigación cuantitativa ni cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” Roberto Hernández Sampieri.

3.2 Modelo mixto

Este modelo representa el más alto grado de integración o combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. Ambos se entremezclan o combinan en todo el proceso de investigación, o al menos, en la mayoría de sus etapas. Requiere de un manejo completo de los dos enfoques y una mentalidad abierta. Agrega complejidad al diseño de estudio; pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques.

La investigación oscila entre los esquemas de pensamiento inductivo y deductivo, además de que por parte del investigador necesita un enorme dinamismo en el proceso. Lleva a un punto de vinculación lo cualitativo y lo cuantitativo, que suele resultar inaceptable para los "puristas".

En los últimos años ha surgido una controversia entre dos enfoques para la investigación: el cuantitativo y el cualitativo.

Los defensores de cada uno argumentan que el suyo es el más apropiado y fructífero para la investigación.

El enfoque cuantitativo se fundamenta en un esquema deductivo y lógico, busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas, confía en la medición estandarizada y numérica, utiliza el análisis estadístico, es reduccionista y pretende generalizar los resultados de sus estudios mediante muestras representativas. Además de que parte de la concepción de que existen dos realidades: la del entorno del investigador y la constituida por las creencias de éste; por ende, fija como objetivo lograr que las creencias del investigador se acerquen a la realidad del ambiente.

Los experimentos y las encuestas basadas en cuestionarios estructurados son ejemplos de investigación centrada en este enfoque.

El enfoque cualitativo, por su parte, se basa en un esquema inductivo, es expansivo y por lo común no busca generar preguntas de investigación de antemano ni probar hipótesis preconcebidas, sino que éstas surgen durante el desarrollo del estudio. Es individual, no mide numéricamente los fenómenos

estudiados ni tampoco tiene como finalidad generalizar los resultados de su investigación; no lleva a cabo análisis estadístico; su método de análisis es interpretativo, con textual y etnográfico. Asimismo, se preocupa por capturar experiencias en el lenguaje de los propios individuos y estudia ambientes naturales.

Las entrevistas abiertas y la observación no estructurada son ejemplos asociados con el enfoque cualitativo. Estos dos enfoques son formas que han demostrado ser muy útiles para el desarrollo del conocimiento científico y ninguno es intrínsecamente mejor que el otro.

Ambos llegan a mezclarse ya incluirse en un mismo estudio, lo cual, lejos de empobrecer la investigación, la enriquece; son visiones complementarias.

Tanto el enfoque de investigación cualitativo como el cuantitativo, con sus diferencias, tienen cabida en el proceso de investigación científica. Es posible seguir, al menos, tres modelos para mezclarlos: 1. Modelo de dos etapas, 2. Modelo de enfoque dominante y 3. Modelo mixto.

En el modelo de dos etapas se aplica primero un enfoque y luego el otro, de manera independiente, en un mismo estudio; con el modelo de enfoque dominante, una de las modalidades prevalece sobre la otra y se incluye un componente de esta segunda; en el modelo mixto se entremezclan ambos enfoques durante todo el proceso de investigación. (Sampieri, Collado, & Lucio, Primera edición 1991; segunda edición 1998; tercera edición 2003)[101].

3.3 Los métodos mixtos se fundamentan en el concepto de triangulación.

El concepto de triangulación ha sido esencial para los métodos mixtos. Pero esta noción se extendió más allá de la comparación e integración de datos cuantitativos y cualitativos, por lo que podemos hablar de diversos tipos de triangulación (Denzin y Lincoln, 2000; Todd, Nerlich y McKeown, 2004; Mertens, 2005; Greene, 2007; Hernández Sampieri y Mendoza, 2008; Creswell, 2009; Onwuegbuzie, Slate, Leech y Collins, 2010, y Nagy Hesse-Biber, 2010)[102].

1. Triangulación de datos:

a) De distinta naturaleza (cuantitativos-cualitativos).

b) De diferentes fuentes (archivos, cuestionarios estandarizados, observación, etcétera).

c) De distintos tiempos (pre prueba/ post prueba, series de tiempos, experimentos cronológicos; inducción enfocada paulatinamente).

d) De bases de datos (conversión de una clase de datos a otra y viceversa).

2. Triangulación de métodos:

a) Dentro de cada método.

b) Entre métodos (cuantitativo y cualitativo):

- Diseños concurrentes.

- Diseños secuenciales.

- Diseños de conversión.

- Diseños de integración.

3. Triangulación de investigadores:

a) Mismo método (auditoría).

b) Distintos métodos (colaboración en equipo).

4. Triangulación de teorías:

a) Construir una nueva teoría que aglutine principios de otras.

b) Desarrollar una perspectiva teórica para una investigación en particular.

c) Concurrencia de varias teorías y modelos para consolidar y ampliar el entendimiento de un fenómeno o problema de estudio.

5. Triangulación de ciencias o disciplinas:

a) Enfocar el problema desde varias ciencias o disciplinas.

b) Convocar conocimiento y técnicas desde distintas ciencias o disciplinas.

Todd, Nerlich y McKeown (2004)^[103] señalan que la triangulación de métodos sólo se aplica cuando éstos son complementarios. Si poseen los mismos riesgos, no resulta una verdadera triangulación. Si diversas investigaciones mono metódicas (cuantitativas o cualitativas) no producen los resultados esperados o éstos no son convincentes, puede ser favorable el empleo de un diseño mixto.

Cuando se logra la triangulación total, la riqueza es máxima, pero el riesgo de que la investigación se disperse y se convierta en una especie de “torre de Babel”, también aumenta si no se procede con rigor (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008).

Rodríguez (2005)^[104] nos presenta las ventajas y retos de la triangulación, que reproducimos en la tabla 2.2.

Ventajas	Retos
Mayor confianza y validez de los resultados.	Acumulación de gran cantidad de datos sin efectuar un análisis exhaustivo y completo.
Más creatividad en el abordaje del estudio.	Dificultad de organización de los materiales en un marco coherente y congruente.
Más flexibilidad interpretativa.	Mayor complicación para controlar los sesgos que provienen de muy diversas fuentes y con distintas características.
Productividad en la recolección y el análisis de los datos.	Complejidad derivada de la multidimensionalidad de los casos estudiados.

Más sensibilidad a los grados de variación no perceptibles con un solo método.	Carencia de directrices para determinar la convergencia de resultados.
Posibilidad de descubrir fenómenos atípicos y casos extremos.	Costos elevados para implementar el estudio (ya mencionado como un obstáculo de los diseños mixtos).
Cercanía del investigador al fenómeno de estudio.	Dificultad de réplica del estudio.
Posibilidad de innovación en los marcos conceptuales y metodológicos.	El enfoque global puede “monopolizar” los resultados de la teorización y hacer a un lado la teorización de cada método.

Tabla 2.2 Ventajas y retos potenciales de la triangulación

Fuente: Elaboración propia.

3.4 El rigor en los métodos mixtos

La investigación mixta, a pesar de que posee mayores fortalezas, también enfrenta el reto de la validez. Onwuegbuzie y Johnson (2008)[105] señalan tres problemas fundamentales que enfrentan los diseños híbridos, que Hernández Sampieri y Mendoza (2008) los refieren como “retos”:

- 1) El reto de la representación, que se refiere a la dificultad para “capturar” las experiencias vívidas y realistas de los participantes mediante un texto en general y en particular con palabras y números.
- 2) El reto de la legitimización, que implica la dificultad de obtener descubrimientos, resultados e inferencias que sean creíbles, confiables, transferibles y con posibilidad de confirmación. De hecho, en algunas instancias, tales retos son exacerbados en la investigación mixta porque tanto el componente cuantitativo como el cualitativo de un estudio introducen sus propios problemas de representatividad y legitimidad.
- 3) El reto de la integración, que involucra la dificultad de combinar datos cuantitativos y cualitativos, ya sea de manera secuencial o en paralelo. A veces resulta muy difícil su reunión en una misma base de

datos y en ocasiones se contradicen. Circundando este problema se encuentra el grado en que la combinación de enfoques puede lograr los propósitos básicos de los métodos mixtos: triangulación (convergencia o corroboración de resultados), complementación (elaboración, ilustración, mejora y clarificación de inferencias), desarrollo (usar los resultados de un método para informar al otro), iniciación (descubrir paradojas y contradicciones que nos lleven a reformular ciertas cuestiones de un estudio, incluso replantear el problema de investigación) y expansión (rango y amplitud de la indagación).

3.5 Universo con muestra

3.5.1 Población de estudio

La población de estudio corresponde a funcionarios con el cargo de Técnico en Enfermería de Nivel Superior del Servicio de Medicina del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera (en total existen 20 TENS en la institución). De este universo se busca trabajar con una muestra de 16 mínimos y 18 máximos de TENS, siempre y cuando cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

i. Criterios de Inclusión:

- ☐ TENS de ambos sexos y todas las edades.
- ☐ TENS desde seis meses de experiencia profesional.
- ☐ TENS del servicio de medicina.
- ☐ TENS funcionarios de cuarto Turno.

ii. Criterios de Exclusión:

- ☐ TENS que tengan menos de 6 meses de trabajo profesional.
- ☐ TENS que no pertenezcan al hospital donde se realiza el estudio.

3.5.2 Descripción del instrumento.

En esta investigación se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos:

1.- CAM

2.- Focus Group

3.-Encuesta de características sociodemográficas.

Se definió las variables demográficas como aquellas características socio demográficas de los encuestados . Conviene recordar que no siempre la relación de implicación entre ambas variables es de tipo causal, sino que en muchos casos esa relación simplemente quiere decir que las variaciones producidas en una de las variables se acompañan de variaciones en la otra. De acuerdo a investigaciones anteriores, se consideró de interés recolectar información acerca de variables que se presentan a continuación con sus respectivas categorizaciones:

3.5.3 Primer instrumento utilizado CAM

Cuestionario de Actitud hacia la Muerte, en este estudio se utilizo el CAM, adaptado por Hernández en Cuba en 1997, el CAM es un instrumento que está diseñado para medir en las personas, componentes actitudinales de la muerte; constituido por 31 proposiciones o reactivos (ítem), distribuidas, a lo largo del texto del instrumento, en este cuestionario los individuos tienen 2 alternativas de respuesta (acuerdo o desacuerdo), donde un total de 141 puntos o más corresponde a actitud positiva ante la muerte y puntajes inferiores a actitud negativa ante la muerte.

CAPÍTULO 4. APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE MUESTREO

En el presente capítulo se expondrán las distintas herramientas que fueron detalladas anteriormente y que constituyen la base sobre las que se realizarán las conclusiones ulteriores del estudio.

Con la finalidad que el lector pueda indagar con mayor profundidad los antecedentes expuestos se dispondrán, en el Anexo, el cuestionario (CAM) y la encuesta Sociodemográfica realizada a los distintos grupos seleccionados.

4.1 Focus Group

Dentro de la recolección de información para la investigación sobre la actitud ante la muerte de los técnicos de nivel superior, que laboran en el servicio de medicina del Hospital Mario Sánchez Vergara de la Calera, se encuentra la entrevista focal o Focus Group, esta se realizó a dos grupos, siendo el objetivo principal recolectar mayor información sobre el tema para sustentar la validez de esta investigación.

En el cuadro que se muestra a continuación se detalla el contenido de las preguntas que serán dispuestas en la aplicación del Focus Group.

Pregunta	Información Requerida	Opiniones de los TENS
1.- ¿Cual es su relación con la muerte?	Conocer experiencias frente a la muerte	- Han tenido experiencias dolorosas, lo que ha contribuido en la mayoría de los TENS a relacionarse con temor al enfrentar la muerte.
2.- ¿El darse cuenta que nosotros inevitablemente nos vamos a morir...cierto?..... al igual que el señor que está en la cama siete que ustedes están cuidando...¿qué le pasa a ustedes con eso?...¿cambia su relación con el paciente al momento que él está por morir? ¿Qué comportamiento hacen? ¿Qué actitud toman?	Si existen actitudes frente a la muerte	-En ambos grupos existen actitudes evasivas, se habla de los familiares y no del paciente, estos son su preocupación dejando al paciente solo.
3.-¿Se sienten capaces de manejar la muerte y el proceso de morir de su paciente y en general de su vida de su familia o sienten que necesitan apoyo?	- Si están capacitados frente al tema de la muerte.	La mayoría manifiestan no estar preparados ni capacitados en el tema de la muerte.

4-¿Ustedes, tienen ayuda aquí en el hospital, apoyo psicológico, ante situaciones estresantes?	- Si existen de red de apoyo profesional en el establecimiento donde trabajan.	- La mayoría informa no tener ningún tipo de redes de apoyo en el establecimiento.
5-¿Sienten que necesitan apoyo?	- Necesidad de apoyo profesional	- Los TENS manifiesta la necesidad de apoyo psicológico.

Tabla 2.3 Detalle de preguntas Focus Group

Fuente: Elaboración propia.

Informe de resultados de aplicación de Focus Group sobre actitud ante la muerte de los funcionarios Técnicos de Nivel Superior del Servicio de Medicina del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera.

4.1.1 Aplicación del instrumento

El instrumento se aplicó en el Hospital Doctor Mario Sánchez de la Calera, se eligió este establecimiento por tener redes de contacto que facilitaron el poder realizar esta investigación, el tema elegido es especialmente difícil, porque cuesta hablar de la muerte, pensar en la muerte produce reacciones adversas en personas comunes y corrientes, entonces como piensan y reaccionan personas que están constantemente lidiando con la muerte, se eligió realizar esta investigación con técnicos de nivel superior, porque en la realidad son ellos los que están a cargo de los pacientes, son ellos los que los atienden y asisten en los últimos momentos, también porque no existen estudios que hablen de ellos en este tema.

La recolección de información se realizó usando el Focus Group, instrumento que se realiza a través de una entrevista grupal, donde se formularon 5 preguntas sobre el tema en cuestión, se dividió a los TENS en dos grupos, el primero con 5 integrantes y el segundo con 6, el promedio de edad de los participantes es de 22 a 55 años, participaron personas de ambos sexos, siendo en el primer grupo

donde estuvieron los 2 varones que asistieron, estas entrevistas focales se realizaron la primera el día sábado 8 de marzo 2014 y la segunda el día sábado 5 de abril del mismo año, la información fue recogida por el grupo de investigación, el primer grupo la moderadora fue Marcia López y el segundo lo encabezó Daniel Améstica, con la colaboración en ambas instancias de Pedro Bolbaran. La entrevista focal es realizada tomando en cuenta aspectos del Focus Group como referencia, pero con matices propios de los investigadores.

4.1.2 Hallazgos

En este punto se entregara los principales hallazgos encontrados en la recogida de información, estos serán expuestos por grupos, analizando cada pregunta realizada.

Pregunta 1: ¿Cual es su relación con la muerte?

A través de esta pregunta se trato de conocer experiencias frente a la muerte, que sentían al enfrentarse a ellas,

Grupo 1

En este grupo las experiencias de la mayoría son dolorosas y le temen a la muerte, hablar de ella produce dolor en los asistentes, sus comentarios como ya dije indican temor, también se hace referencia de lo complicado que se sienten al enfrentar a los familiares de pacientes que se mueren, se sienten incomprendidos por ellos, muchas veces sienten que a ellos no les afecta, pero la mayoría dice que se sienten muy afectados por el fallecimiento de uno de sus pacientes, también hay un participante que dice que él no le teme a la muerte sino a lo que viene después.

Cuando ellos han tenido alguna experiencia cercana con la muerte de un ser querido, manifiestan que es más fácil ponerse en el lugar del otro, de sentir su dolor.

Grupo 2

En este grupo se acentúa más el temor a la muerte, hay más experiencias dolorosas, la respuesta es tajante, miedo a la muerte, pánico, terror; se observa un participante que dice que la muerte no es tema, no la concibe en su vida, le da pánico, terror, incluso ella hace referencia al momento en que la sepulten y le echen tierra y se desfigura su cara. La muerte de los pacientes les afecta mucho, pero tienen que aprender a manejar sus emociones porque en su trabajo siempre están enfrentados a la muerte, pero cuesta, cuesta mucho, manifiestan.

Pregunta 2: ¿El darse cuenta que nosotros inevitablemente nos vamos a morir...cierto?....al igual que el señor que está en la cama siete que ustedes están cuidando... ¿qué le pasa a ustedes con eso?...¿cambia su relación con el paciente al momento que él está por morirse? ¿Qué comportamiento hacen? ¿Qué actitud toman?

En esta pregunta queremos saber si existen actitudes frente a la muerte

Grupo 1

Existen actitudes evasivas porque cuesta hacer entender a los participantes que hablen sobre lo que les sucede con los pacientes que van a morir, ellos hablan en su mayoría de procedimientos médicos, de técnicas de reanimación pero no abordan el que hacen frente al paciente moribundo, su mayor preocupación son los familiares, se acercan a ellos, dejando en segundo lugar su paciente, hablan del cariño, de la preocupación que tienen de ellos pero no se refieren al contacto directo con ellos al momento de fallecer.

También se aprecia un poco de enojo por su papel en el momento crítico de una situación, se refieren al poco protagonismo, ellos dicen que no están facultados para dar información sobre un paciente que no se le permite hacerlo por disposición ministerial, cuando ellos son los que más saben del paciente, cuando ellos son los que están más en contacto con las familias se nota un poco de enojo, de sentimientos de menos valía.

Grupo 2

En este grupo nuevamente vemos que su principal preocupación son los familiares, ellos se sienten mal, apenados con lo que le sucede al paciente, pero no hablan de lo que sienten frente al paciente que está muriendo, siempre están hablando desde lejos, hay una clara actitud de evitación.

También hay actitudes de temor, porque cuando sucede un caso donde un niño muere, piensan en sus hijos, esto les ronda y como manifiestan un participante se ponen más sobreprotectores.

Pregunta 3: ¿Se sienten capaces de manejar la muerte y el proceso de morir de su paciente y en general de su vida de su familia o sienten que necesitan apoyo?

En esta pregunta necesitamos saber si están capacitados frente al tema de la muerte, si existe red de apoyo en el establecimiento donde trabajan y si necesitan apoyo profesional (psicológico).

Grupo 1

La mayor parte de los entrevistados dice no estar capacitado en el tema de la muerte, manifiestan que la gente afuera piensa que sí, que recibieron instrucción sobre la muerte, pero no es así, dicen que aprender al igual que cualquier persona, para ellos es más difícil ya que se enfrentan a diario con situaciones en donde la muerte está presente. Les complica el enfrentar la reacción de los familiares, los colapsa y estresa; les afecta las muertes de pacientes de tal modo que hay participantes que se enferman, les da jaqueca tensional, vomitan.....no pueden manejar algunas situaciones y colapsan).

Grupo 2

Dicen no sentirse preparados ante la muerte, “nadie lo está” manifiestan, huyen del problema, el solo hecho de llevar este tema, y hablar de él, provoca que los participantes se emocionen, no existen redes de apoyo, ni siquiera entre ellos, porque piden la ayuda aunque sea del compañero.

Pregunta 4: ¿Ustedes, tienen ayuda aquí en el hospital, apoyo psicológico, ante situaciones estresantes?

Con esta pregunta reuniremos información sobre si existen redes de apoyo en el centro de salud, si los TENS tienen ayuda psicológica.

Grupo 1

Manifiestan que no se sienten apoyados por el hospital, son enfáticos en decir que no existen redes de apoyo, al contrario son poco valorados, menospreciados.

Grupo 2

Todos los participantes de este grupo, informan que en el establecimiento no existe ayuda, de tipo psicológico.

Pregunta 5: ¿Sienten que necesitan apoyo?

Esta pregunta nos dará información sobre la necesidad de contar con profesionales que puedan apoyarlos.

Grupo 1

La mayoría dice que lo necesita que el trabajo es muy demandante, que se sienten colapsados y que deberían tener ayuda, sobre todo cuando la mayor parte de ellos pasa tanto tiempo en el hospital (24 horas al día).

Grupo 2

Ellos manifiestan que necesitan ayuda del profesional, que no existen instancias en el hospital en donde este profesional que trabaja ahí pueda brindar ayuda, al contrario, dicen que los funcionarios no pueden atenderse ahí, por ser su lugar de trabajo.

4.1.3 Análisis preliminar de los datos

Al concluir podemos decir que los TENS que trabajan en el servicio de medicina del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera, tienen experiencias dolorosas ante la muerte, por lo tanto se relacionan con temor ante ella, al realizar las preguntas es evidente el temor que sienten, usan palabras como pánico, terror, no concibo la muerte, a pesar de que algunos participantes llevan años trabajando con personas que mueren, todavía presentan un alto grado de desadaptación en el tema, con respecto a la actitud ante la muerte de sus pacientes, hay actitudes evasivas respecto al tema, en los dos grupos la preocupación de ellos está en los familiares y no en el paciente en el momento de morir. No se sienten preparados ante la muerte, ni recibieron instrucción sobre el tema, tampoco tienen redes de apoyo en el hospital y menos ayuda profesional, todos dicen necesitar apoyo psicológico, porque su trabajo necesita que ellos estén bien, para así poder dar una buena atención a sus pacientes.

4.2. Entrevista

Con la finalidad de contribuir a la recolección de datos, se ha decidido realizar una encuesta a la misma población de datos, con la finalidad de poder contrastar los resultados obtenidos por medio del Focus Group. Esta encuesta abordará los mismos aspectos que la anterior herramienta de recolección de datos, con la finalidad de obtener consistencia e integridad en los datos resultantes.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

5.1.1 Presentación de los datos encuesta Sociodemográfica

Después de analizar la población estudio, correspondiente a los TENS del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera, se puede establecer los siguientes atributos, a partir de la encuesta realizada en función de las características sociodemográficas:

	Cantidad	Porcentaje		Cantidad	Porcentaje
Edad 22-34	8	44,44%	Servicios Críticos	11	61,11%
Edad 35-49	8	44,44%	Servicios No Críticos		0,00%
Edad Mayor de 50	2	11,11%	Ambos	7	38,89%
Total	18	100,00%	Total	18	100,00%
	Cantidad	Porcentaje		Cantidad	Porcentaje
Experiencia 0-5	4	22,22%	Formación Universitaria		0,00%
Experiencia 5-12	6	33,33%	Formación Técnica	16	88,89%
Experiencia mayor a 13	8	44,44%	Ambas	2	11,11%
Total	18	100,00%	Total	18	100,00%
				Cantidad	Porcentaje
			Creyente	17	94,44%
			Agnóstico	1	5,56%
			Total	18	100,00%

Tabla 2.4 Detalle de preguntas Entrevista Sociodemografica según subfactores.

Fuente: Elaboración propia.

En relación a lo anterior, las características de la muestra son las siguientes:

- ❖ El 85% de los encuestados es adulto joven.
- ❖ La totalidad de los encuestados menciona haber trabajado en servicios críticos.
- ❖ El 78% de los encuestados posee más de 5 años de experiencia.
- ❖ El 89% de los encuestados solo cuenta con formación técnica.
- ❖ El 94% de los encuestados se considera creyente de alguna religión.

En relación al grado de preparación, instrucción y capacitación, las características de la muestra son las siguientes:

Preparación Pregrado	Nula	12	66,67%
	Pobre a regular	4	22,22%
	Buena a satisfactoria	2	11,11%
		18	100,00%
Apoyo institucional	Recibe apoyo		0,00%
	No recibe apoyo	18	100,00%
		18	100,00%

Tabla 2.5 Grado de preparación TENS.

Fuente: Elaboración propia.

- ❖ El 67% de los encuestados declara no tener ninguna preparación académica para enfrentar el tema de la muerte.
- ❖ La totalidad de los encuestados declara no tener apoyo de la institución, en esta materia.

5.1.2 Presentación de los datos encuesta CAM

Después de analizar la población estudio, correspondiente a los TENS del Hospital Doctor Mario Sánchez Vergara de la Calera, se puede establecer los siguientes atributos a partir de la encuesta CAM aplicada a la muestra en estudio.

El cuestionario nos entrega puntajes que van desde 16 a 23 puntos, si recordamos que el CAM nos entrega información sobre si existen actitudes positivas o negativas entre los TENS, y teniendo en cuenta que en esta escala de medición, un puntaje de 141 y mas reflejaría que los individuos tienen una actitud positiva frente a la muerte y un puntaje de 140 y menos reflejaría que los individuos tienen una actitud negativa frente a la muerte.

A continuación los puntajes obtenidos por los TENS en este instrumento.

Puntaje bruto	Puntaje Estándar	Nº de TENS	Porcentajes
16	144	3	16 %
17	153	2	11 %
18	162	3	16 %
19	171	4	22 %
20	180	1	5 %
21	189	2	11 %
22	198	1	5 %
23	207	2	11 %

Tabla 2.6. Presentación puntaje CAM

Elaboración propia

Línea puntajes resultados CAM

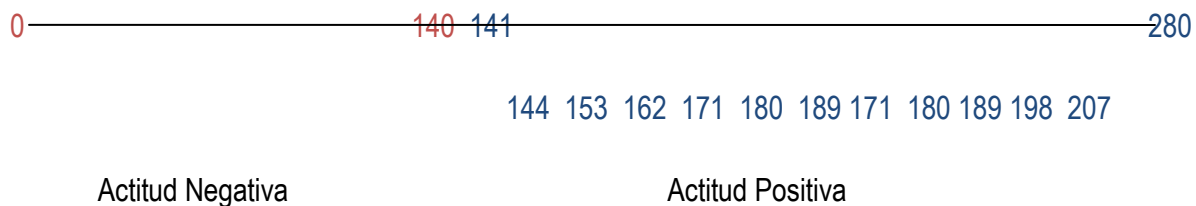


Tabla 2.7 Resultados CAM
Elaboración propia

Entonces los datos obtenidos son los siguientes.

Actitud ante la Muerte	N° TENS	Porcentajes
Actitud Positiva	18	100 %
Actitud Negativa	0	0
Total	18	100%

Tabla 2.8 Resultados final CAM
Elaboración propia

La mayoría de los TENS (100%), tiene una actitud positiva ante la muerte según los datos entregados por este instrumento de medición (CAM).

5.2 Triangulación de los datos

La mayoría de los TENS, tienen una actitud positiva ante la muerte(CAM), Esto se explicaría por algunas fortalezas como años de experiencia, trabajo con personas críticas, y por sobre todo su fe religiosa, esto lo avalan los autores Kroeff, 1999; Zabalegui Yarnoz 2002; Montoya, 2004; quienes nos dicen que la capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal, de valores y creencias que ha incorporado con los años. Pero también encontramos actitudes negativas(Focus grup), que se podrían explicar por una preparación insipiente frente al tema de la muerte, por temores asociados a experiencias dolorosas, lo que los llevaría a usar mecanismos defensivos como evitar el estar frente al paciente moribundo, como lo menciona Gómez Sancho, 1999, cuando enumera algunas razones por las que los profesionales de la salud tienen actitudes negativas frente a la muerte de sus pacientes; debemos considerar que los TENS en su mayoría manifiestan no tener apoyo profesional en el centro asistencial, como también dejan en claro la necesidad de poder contar con ayuda profesional.

CAPÍTULO 6.

6.1 CONCLUSIONES

A través del desarrollo de este estudio se pudo determinar que los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior muestran actitudes contradictorias frente a la muerte.

Existen en ellos actitudes positivas frente a la muerte (de aceptación), Casanueva, 1984, nos dice que si en base a nuestras experiencias nos comportamos de una manera determinada ante una situación, y ese comportamiento nos resulta provechoso, se irá formando una actitud positiva; predomina el componente cognitivo; y actitudes negativas (de evitación), Mann, 1977, nos dice que por su función adaptativa, las actitudes proporcionan gratificaciones y alejan los castigos; predomina el componente afectivo (temor).

Feifel (1965) nos dice que pueden coexistir actitudes contradictorias (de aceptación y rechazo) en el mismo individuo. Podríamos suponer también que los instrumentos utilizados predisponen las respuestas de los TENS, mientras el cuestionario (CAM) se contestó en circunstancias no muy favorables, en medio del trabajo, del trajín diario, con poco tiempo, el focus grup fue en un ambiente grato, fuera de horario de trabajo, sin problemas de tiempo y donde se pudieron expresar libremente los TENS sobre el tema en estudio.

Pero el tener diferentes actitudes ante la muerte, no significa que el estudio está mal, sino que los TENS poseen actitudes diferente frente a un mismo objeto o situación (la muerte), lo interpretamos de la siguiente manera, el tener actitudes positivas frente a la muerte les da la posibilidad de realizar adecuadamente su trabajo, para los TENS uno de sus roles es dar atención a los pacientes moribundos, por lo tanto su trabajo lo obliga a mantenerse firme por su bienestar laboral y profesional.

El verse fuertes y poder realizar su labor sin que los sucesos que ocurren en su entorno lo afecten es un trabajo arduo, que consiguen involucrando componentes cognitivos o reflexivos que no intervienen en la realización de buena parte de sus funciones, pero cuando esto no resulta y los componentes afectivos predominan, el temor se apodera de ellos y aparecen actitudes evasivas como el dejar solo al paciente cuando está en su etapa final; desplazando su tensión, en la preocupación de los familiares; esto ocurriría por la insipiente o nula formación académica que reciben los TENS y en general todos los profesionales de la salud respecto al tema de la muerte, como lo hace notar Rhead,1995; Salón,1995 quienes manifiestan que numerosos estudios con estudiantes de Ciencias de la Salud, han demostrado que no están preparados para el correcto afrontamiento de la muerte .

Las actitudes evasivas que se detectaron, podría deberse al temor que los TENS tienen ante la muerte, el miedo a la muerte ocurre por muchas razones, por experiencias personales que han sido dolorosas para los TENS, por el miedo a dejar de ser, pérdida de sí mismo, por miedo a la no trascendencia, (no saber que hay después de morir), miedo al dolor y sufrimiento en el proceso de morir, el dejar a los miembros de la familia, sobre todo a hijos; esto es reafirmado por algunos autores como Feifel y Nagy,(1981); Fry (1990); Feifel (1990) y Cruz Quintana y García Caro, (2007)

Es importante también mencionar que uno de los factores que podría influir; según este estudio en las actitudes negativas ante la muerte es la falta de redes de apoyo en el centro asistencial, no cuenta con profesionales que los ayude a afrontar situaciones estresantes, manifiestan necesitar de profesionales, especialmente en salud mental, porque muchas veces se ven sobrepasados con situaciones estresantes y colapsan.

Al concluir este estudio podemos decir que se ha logrado los objetivos propuestos, los TENS del hospital en estudio presentan actitudes positivas y actitudes evasivas frente a la muerte de sus pacientes. Pensamos como grupo que las actitudes ayudan en el funcionamiento diario de estas personas, las actitudes positivas los protegen frente a los familiares, el verse seguros enteros, da confianza y seguridad sobre su labor; las actitudes evasivas los protegen a ellos de sí mismo, el evitar el momento del deceso de un paciente, el irse y preocuparse de los familiares hace que ellos no se enfrenten a sus propios temores y por consiguiente seguir funcionando en su trabajo, esto porque las actitudes tienen

una función adaptativa que permite a los TENS que puedan ajustarse al entorno complejo que los rodea, esto es avalado por Mann, 1977.

6.2 DISCUCIONES

Nos hemos dado cuenta que el tema de la muerte no ha sido muy investigado, tal vez por el temor que tenemos de enfrentarla, cuando hablamos de la muerte lo hacemos como lo que le ocurre a otros y no lo que nos va a suceder a nosotros, el pensar solo en morir nos asusta, se nos oprime el pecho y dejamos de hablar de ello, afloran las actitudes ante la muerte que todos poseemos.

Como dijimos los estudios sobre la muerte son pocos y más específicamente sobre actitudes frente a la muerte, siendo este un tema tan sensible, debería haber más investigaciones, sobre todo en personas que trabajan y viven a diario situación en que la muerte está presente, como los funcionarios de salud. Estos trabajos investigativos deberían identificar patrones comunes sobre los cuales poder intervenir para modificar actitudes inadecuadas ante la muerte que permitan ver el proceso de morir como algo natural, como parte de la existencia; nacimos para vivir, vivimos para morir.

En este estudio nos dimos cuenta de lo importante que es hacer estas investigaciones y sobre todo con personal de salud, y más específicamente con TENS, la razón es que ellos están en el frente de estas situaciones, ven a diario morir a sus pacientes, conviven con el dolor de los familiares, y no están preparados para afrontarlo, no poseen los recursos necesarios, ya sea a nivel académico o a nivel personal. Por esto es importante que se siga haciendo análisis del tema, que este estudio sea un granito de arena en las futuras investigaciones, en las que se pueda ir mas al fondo del problema, con investigadores más capacitados que puedan obtener resultados más claros, que ayuden a los TENS a sobrellevar de manera natural el tema de la muerte, por lo tanto, afrontar de mejor manera la muerte de sus pacientes, entregando atención integral a estos en el proceso final de su vida.

6.3 SUGERENCIAS

- 1.- Se sigue realizando un estudio más completo con los TENS en el futuro, es importante seguir investigando este tema, haciendo análisis más acabado que puedan identificar actitudes inadecuadas ante la muerte, que pudieran estar interviniendo en la atención integral al paciente moribundo.
- 2.- Contar con redes de apoyo en los centros asistenciales, profesionales de salud mental como psicólogos clínicos especialistas en psicología de la salud, que puedan hacerse cargo de toda la problemática intrahospitalaria, como apoyo a funcionario (TENS), pacientes y familia.
- 3.- Buscar instancias de preparación para afrontar situaciones difíciles, como es el tema de la muerte, incluir a los TENS en la realización de cursos, talleres, seminarios en los centros hospitalarios, para poder brindar una atención eficaz, venciendo temores y aprensiones hacia el paciente moribundo y por lo tanto hacia la muerte.
- 4.- Reforzar en los TENS, actitudes positivas ante la muerte, identificarlas en los funcionarios, trabajarlas en grupos, realizar talleres que potencien estas actitudes.
- 5.- Trabajar en los TENS, las actitudes negativas, buscar fuente de temor, con terapias individuales, talleres grupales de imaginación, dentro de los centros de salud y lograr así cambiarlas .
- 5.- Hacer evaluaciones periódicas relacionadas con el manejo del paciente moribundo.

CAPÍTULO 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sontag, S. (1996). *El sida y sus metáforas*. Ed. Taurus. Buenos Aires.
- 2.- Hernández Cabrera G, González García VM, Fernández Machín L, Infante Pereira O, Grau Abalo R. (2002). *Actitud ante la muerte en los médicos de familia*. *Rev. Cubana Med Gen Integr*: 18(1): 22- 32.
- 3.- Rimpoché, S. (1994). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. Ed. Urano. Barcelona.
- 4.- Carpintero H. (2000). *Notas históricas sobre la ansiedad*. Madrid, España. *Revista Ansiedad y Estrés*, 6(1):1-19.
- 5.- Yagüe Frías AC, García Martínez MC. *Actitudes de los profesionales de enfermería ante los pacientes terminales*. [Citado 14 Octubre 2008].
Disponibile en: URL: <http://www.uclm.es/AB/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>.
- 6.- *Diccionario del Español Actual*, Manuel Seco 1991
- 7.- Mollaret P., Goulon M. (1959). *Le coma dépassé*. *Rev Neurol*; 101:3-15
- 8.- Machado Curbelo, (1992). *II Congreso Virtual, Neurocirugía 2002* Citado <http://www.neuroc.sld.cu/papers/C-muerteencefalica.htm>
- 9.- Cruz Quintana, F. y García Caro, M.P. (2007). *Dejadme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Pirámide.
- 10.- Pattison (1977). *The experience of dying*
- 11.- Kübler-Ross (1974). *"Lecciones de la Agonía"*. En *Varios Sociología de la Muerte*. Madrid. Ed. Sala.
- 12.- Santo Domingo Carrasco, J. (1976). *Psicosociología de la Muerte*. Madrid. Ed. Castellote.

- 13.-** Kübler-Ross (1969). *“On death and dying”*
- 14.-** Mishara y Riedes (1986). *El proceso del envejecimiento Madrid. Morata.*
- 15.-** Jomain, C. (1984). *Morir en la ternura, vivir el último instante. Ediciones Paulinas 1987 (Protasio Gómez, 11-15. 28027 Madrid) • Le Centurion Paris 1984*
- 16. -** Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1967). *Discovery of Grounded Theory Chicago. Aldine.*
- 17. -** Stevens-Long, J. (1985). *Adult life Developmental Processes Mayfield Publishing Company.*
- 18.-** Slaikeu, K.A. (1988). *Intervención en crisis México. Manual Moderno.*
- 19.-** Thomas, L.V. (1985). *Rites de mort. Paris. Fayard.*
- 20.-** Hinton, J.M. (1974) *.Experiencias sobre el morir. Barcelona. Ariel.*
- 21.-** Veil, C. (1974). *"Los problemas de la Muerte". En Varios Sociología de la Muerte. Madrid. Sala.*
- 22. -** Szasz, T.S. (1971). *The ethics of suicide. Autioch. Rev.31, 7.*
- 23. -** Lindeman, E. (1944). *Symptomatology and management of acute grief. Am. J. Psychiat. 101, 141-148*
- 24.-** Kalish. (1977). *“Psicología de la Conducta Humana”.*
- 25.-** Kastenbaum, R. (1973). *Consideraciones psicológicas sobre la muerte. Tribuna Médica, 553, 20-21.*
- 26.-** Aülle Martínez, M. (1988). *¿Cómo desearía morir? Súbita o paulatinamente. Jano. Vol. XXXIV. Nº 821*
- 27.-** Weisman, A.D. (1982). *Tanatología. En Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. Barcelona. Salvat.*
- 28.-** Pine, V.R. (1972). *“Death dying and social behavior”. En B. Schoenberg, A.C Carr, A.H. Kutscher, D. Peretz, I.G. Goldberg (Ed) Anticipatory grief New York. Columbia Univ. Press. 31-47.*

- 29.-** Álvarez T. (2001). *La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir.* *Revista Universitaria de Antioquia.* 264.
- 30.-** Pacheco Borrellla. (2003). *Perspectiva antropologica y psicosocial de la muerte y el duelo.* www.culturacuidados.ua/enfermeria/article/vieu/181/361
- 31.-** Allúe M. (1993). *La antropología de la muerte. Rol de enfermería;* 179-180:
33-39
- 32.-** Field, M.J. y Cassel C.K. (1997). *Approaching death: improving Care at the end of life.* (Ed. *Committee on Care at the End of life, Institute of medicine*).
- 33.-** Ziegler, J. (1976). *Los vivos y la muerte. México. Siglo XXI.*
- 34.-** Hartfiel, M. (2005). *La construcción social de la muerte. Una mirada actual. Apuntes de cátedra: desarrollo humano y actividad física. Magíster en salud y bienestar humano.* [Htp://www.cucaiba.gba.org./002.htm](http://www.cucaiba.gba.org./002.htm)
- 35.-** Aries. P. (1981). *Historia social del niño y la familia .trad. Dora Flaksman.2.ed.Rio de Enero: libros técnicos y científicos.*
- 36.-** Cano A. (2005). *Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana: ed. Ciencias médicas.*
- 37.-** Becker, E.(1973). *The denial of death. New York. Free Press,*
- 38.-** Spencer, H. (1862). *First Principles. New York. Burt.*
- 39.-** McGuire, W. (1969). *The natural of attitudes and attitudes, changer Cambridge. Addison-Wesley.*
- 40.-** Ortega Ruiz, P. (1986). *La investigación en la formación de atitudes: problemas metodológicos y conceptuales. Anal. Pedagog.4, 187-201*
- 41.-** Fraisse, P. (1967). *El papel de las actitudes en la percepción Buenos Aires. Ed. Proteo.*
- 42.-** Rokeach, M. (1976). *Beliefs, attitudes and values. San Francisco. Jassey-Bass.*

- 43.-** Allport, G.W. (1935). "Attitudes". En C. Murchison (Dir.) *A Handbook of Social Psychology Worcester Mass: Clark University Press.* 789- 844.
- 44.-** Murphy, G. (1947). *Personality (A biosocial approach to origin and structures)* New York. McGraw-Hill.
- 45.-** Berkowitz, L. (1972). *Social Psychology Blenviews. I 11.* Scott Foresman.
- 46.-** Osgood, C., Thurstone, L. (1957). *The Measurement of meaning Urban, III: Univ. Illinois Press.*
- 47.-** Rosenberg. M.J., Hovland, C.I., McGuire, W.C., Abelson, R.P., Brehm, J.W. (1960). *Attitude organization and change. New Haven. Ed. Univ. Yale.*
- 48.-** Whittaker, J.O. (1979). *La Psicología Social de hoy México. Trillas.*
- 49.-** Festinger, L.A. (1957). *A theory of cognitive dissonance Stanford: Stanford Univer. Press.*
- 50.-** Rodríguez, A. (1.978). *Psicología Social. México: Trillas.*
- 51.-** Fishbeim, M., Raven, B.H. (1962). *The ABC scales. Human Relations. 15, 35-44.*
- 52.-** Schulmann, G., Tittle, C. (1968). *Assimilation contrast effects and item selection in Thurstone scaling. Social Forces. 46, 484-491.*
- 53.-** Krech, D., Crutchfield, R.S., Livson, N. (1973). *Elementos de Psicología Madrid. Gredos.*
- 54.-** Munne, F. (1980). *Psicología Social Barcelona. CEAC.*
- 55.-** Smith, MB. (1947). *A study of attitudes towards Russia Publ. Opinion Quarterly. 11, 507-523.*
- 56.-** Casanueva Muñoz, G. (1984) *Actitudes sexuales. Cambio de actitudes sexuales Tesis Doctoral. Univ. Complutense de Madrid.*
- 57.-** Mann, L. (1977). *Elementos de Psicología Social México. Limusa.*

- 58.-** Crowne, D., Marlowe, D. (1960). *A New Scale of Social Desiderability Independent of Psychopathology. Journal. Cons. Psych.* 24 349-354.
- 59.-** Urraca Martínez, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad... Madrid. Tesis Doctoral.*
- 60.-** Riley, J. W. Jr. (1979). *Muerte y Duelo. Bilbao. Enciclopedia Internacional de las CC Sociales. Vol. 7. Aguilar.*
- 61.-** Volkart, E.H., Michael, S.T. (1957). "Bereavement and Mental Health". En H.A. Leighton (Ed) *Explorations in Social Psychiatry. New York. Basic Books.*
- 62.-** Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs New York. Norton. Vol. I y II.*
- 63.-** Avia, M.D. (1985). "La teoría de los constructos personales de G.A. Kelly (I)". En J. Bermudez *Psicología de la Personalidad. Madrid. UNED.*
- 64.-** Pinillos, J.L. (1.978) *Lo físico y lo mental Bol. Inform. Fund. J. Marc*
- 65.-** Krieger, S., Epting, F., Leitner, L.M. (1974). *Personal constructs, threat and attitudes toward death Omega. J. Death and Dying. 5, 299.*
- 66.-** Allport, G.W. (1970). *Psicología de la Personalidad. 3ª Edic. Buenos Aires. Paidós.*
- 67.-** Bermudez Moreno, J. (1985). *Psicología de la Personalidad Madrid. UNED.*
- 68.-** Valdés Díaz, M. (1986). *Un estudio de la Adaptación a la Ansiedad en una muestra universitaria de la población andaluza Tesis de Licenciatura. Universidad de Sevilla.*
- 69.-** Wolf, K. (1966). *Personality type and reaction toward aging and death Geriat. 189 -192.*
- 70.-** Kayser Jones (2002) *.The experience of dying: An ethnographic nursing home study. The Gerontologist: Special Issue III: End of life research 42, 11-19*
- 71.-** Black, H.K. y Rubenstein, R.L. (2005). *Direct Care Workers' Response to Dying and Death in the Nursing Home: A Case Study. The Journals of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences, 60 (1), 3-10.*
- 72.-** Thomas, L (1991). *La muerte. Barcelona: Paidós. Estudio*

- 73.-** Limonero, J.T. (1994). *Evaluación de los aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.*
- 74.-** Montoya Juárez, R. (2006). *Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. Evidentia, 3 (11).* En <http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>
- 75.-** Marshall, L.F. Sadler, G.R., Marshall, S.B. (1981). *Head injury. The central Nervous System Injury Foundation S. Diego. California.*
- 76.-** Durlak, J.A. (1972). *Measurement of the fear of death: an examination of some existing scales. J. Clin. Psychol. 28, 545-547.*
- 77.-** Quinn, P.K. y Reznikoff, M. (1985). *The relationship between death anxiety the subjective experience of time in the elderly. International Journal of Aging and Human Development, 21, 197-209.*
- 78.-** Kübler-Ross, E. (1969.) *On Death and Dying* Londres. MacMillan Company. (Traducción *Sobre la Muerte y los Moribundos Barcelona. Ed. Grijalbo, 1.975).*
- 79.-** Saunders y Baines. (1983). *Living with dying. London: Oxford University Press.*
- 80.-** Neimeyer, R. (1997). *Método de evaluación de ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.*
- 81.-** Sanz Ortiz (1995). *La sociedad, la medicina y la muerte. Medicina y Clínica.*
- 82.-** Beyes, R., Limonero, J., Buendía, B., Burón, E. y Enríquez, N. (1999). *Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Medicina Paliativa, 6 (4), 140-143.*
- 83.-** Zabalegui Yarnoz, A., Vidal Melilla, A., Soler Gómez, M. Lastre Méndez, E. (2002). *Análisis empírico del proceso de enfrentamiento. Enfermería clínica, 12, (1), 29-38.*
- 84.-** Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud. Valencia: promolibro.*
- 85.-** Sandín, B. (1995). *El estrés. En A Belloch, B Sandin y F. Ramos (Eds.) Manual de Psicopatología (pp 3-52) Vol. 1 Madrid: Pirámide.*

- 86.-** Lazarus y Folkman (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- 87.-** McHaffe, H. (1992). *Coping: an essential element of nursing*. *Journal Advanced Nursing*, 17 (8) 933-940.
- 88.-** Tomàs Sàbado, J y Gómez Benito, J. (2004). *Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación*. *Psicología conductual: revista Internacional de psicología Clínica y de Salud*, 1,79-1000
- 89.-** Gotay. C.C. (1984). *The experience of cáncer during early and advanced stages: The views of patients and their mates*. *Social Science and Medicine*, 18 (7), 605-613.
- 90.-** Holland, J.C. (1998). *Clinical course of cáncer*. En: Holland J.C., Rowland J.R. Editores. *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press, 75-100
- 91.-** Hilton, B.A. (1993). *Illness, problems and challenges for family coping with breast cancer*. *Seminars in Oncology Nursing*, 9 (2), 88-100
- 92.-** Rhead ,M.M. (1995). *Stress among student nurses: Is it practical or academic?* *Journal of Clinical Nursing*, 4, 396-376.
- 93.-** Beck. D.L., Hackett, M.B., Srivastava, R., Mckim, E y Rockwell, B. (1997). *Perceived level and souces of stress in university professional schools*. *Journal of Nursing Education*, 36 (4), 180-186.
- 94.-** Gómez Sancho, R. (1999). *El médico ante la muerte de su enfermo*. En: M. Gómez Sancho (Ed.), *Medicina Paliativa en la cultura latina* (pp. 57-68). Madrid: Arán.
- 95.-** Grau, J. y Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. *Poza Rica: impresiones ligeras*.
- 96.-** Gómez Sancho, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- 97.-** Bayés, R. (2000). *Los dos objetivos prioritarios de la Medicina del Siglo XXI*. *JANO*, LVIII (1,348) ,110-11.
- 98.-** Grau, J. y Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. *Poza Rica: impresiones ligeras*.

- 99.-** Glaser, Barney G. y Strauss, Anselmo L. (1967) *El descubrimiento de la teoría fundamentada: Estrategias de investigación cualitativa* Chicago : Aldine.
- 100.-** Corbin, J. Strauss A. (2002). *Base de la investigación cualitativa: técnica de procedimiento para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín (Colombia): Editorial Universidad de Antioquia.
- 101.-** Sampiere, R.H., Collado, C., & Lucio, P. B. (primera edición 1991, segunda edición 1998, tercera edición 2003). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw, H. III Interamericana.
- 102.-** Hernández, Sampiere y Mendoza. (2008). *Metodología de la investigación*. (Cap.12 pág. 24-32) México.
- 103.-** Todd, Nerlich y McKeown, (2004). *Mezcla de métodos en Psicología: La integración de la cualitativa y cuantitativo*: ed. Zazie Todd.
- 104.-** Rodríguez Ruiz Óscar (2005). "La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales" *Revista de Investigación en Gestión de la Innovación y Tecnología*. <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>
- 105.-** Onwuegbuzie y Johnson.(2008). *Toward a definition of mixed methods research*. *Journal of mixed Methods Research*, 1 (2), 112-133.

ANEXO 8.

8.1.- INDICE FIGURAS

Cuestionario de actitud ante la muerte

Genero Sexual:

Edad:

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas y en general, actitudes ante la muerte. Se reconoce que este es un tema sensible, el personal de salud lo encara en una doble vertiente: profesional y personal.

Con el objetivo de conocer las actitudes ante la muerte de los médicos de familia, se ha diseñado este instrumento. Usted debe colocar un marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresara el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene usted con cada una de las proposiciones.

El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y autentica.

Muchas gracias

N°	Preguntas	Desacuerdo	Acuerdo
1E	Pensar en la muerte es perder el tiempo		
2°	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida		
3T	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad		
4P	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor		
5S	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida		
6PP	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional		

7°	Mi vida tiene más significado porque yo acepto al hecho de mi muerte		
8E	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable		
9T	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida		
10P	Pienso que viviré después de la muerte		
11PP	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir		
12PP	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área		
13T	Yo temo morir joven		
14S	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		
15S	Prefiero morir a vivir sin calidad		
16A	He pensado en mi muerte como un hecho imposible		
17E	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte		
18P	Veo la muerte como un paso a la eternidad		
19PP	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte		
20PP	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo		
21S	He pensado que no vale la pena vivir		
22E	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real		
23A	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal		
24T	Encuentro difícil encarar la muerte		
25P	Yo espero con placer la vida después de la muerte		
26PP	Más alto sentido de mi trabajo es salvar vida del paciente		
27°	Me siento más libre al aceptar mi muerte		
28T	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte		
29P	Después de la muerte encontrare la felicidad		
30PP	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural		
31S	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio		

Encuesta Sociodemográfica

A continuación se detalla el contenido de las preguntas que serán dispuestas en la aplicación de la presente encuesta:

1.-Edad: Adulto joven (18 a 39) Adulto (40 a 59) Adulto Mayor (60 y más)

2.- Genero Sexual: Femenino Masculino

3.- Años de experiencia profesional: 0 a 5 años 5 a 12 años Más de 13

4.- Servicios donde ha laborado: Críticos No críticos

5- Religión: Creyente No creyente

6.- Institución de formación: Universidad Instituto técnico Otros

7.- Edad que tuvo su primer contacto con la muerte:

Menor de 10 años 10 a 16 años 17 a 23 años 23 o más

8.- De quien fue la muerte: De una persona Un animal

9.- Significado del ser fallecido para el encuestado:

Significativa Poco significativa No significativa

10.- Frecuencia de conversación sobre la muerte:

Con frecuencia A veces Nunca

11.- Preparación de pre-grado acerca de la muerte: Buena a satisfactoria

Pobre o regular Nula

12.- Existencia de limitaciones frente al tema de la muerte dentro de la institución:

Si No

13.- Hay sistemas de apoyo en su institución:

Si No

8.3.- ÍNDICE DE TABLAS

1.-Tabla 1.2 Malla curricular TENS.

Fuente: AIEP. (pág. 58)

2.- Tabla 2.2 Ventajas y retos potenciales de la triangulación

Fuente: Elaboración propia. (pág. 66-67)

3.- Tabla 2.3 Detalle de preguntas Focus Grup

Fuente: Elaboración propia. (pág. 71-72)

4.- Tabla 2.4 Detalle de preguntas Entrevista Sociodemográfica según sub factores

Fuente: Elaboración propia. (pág. 78)

5.- Tabla 2.5 Grado preparación TENS.

Fuente: Elaboración propia. (pág. 79)

6.- Tabla 2.6 Presentación puntaje CAM.

Fuente: Elaboración propia. (pág. 80)

7.- Tabla 2.7 Resultados CAM.

Fuente: Elaboración propia. (pág. 81)

8.- Tabla 2.8 .Resultado final CAM.

Fuente: Elaboración propia. (pág. 81)

