



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**MIEDO A LA MUERTE EN UN EQUIPO DE
ENFERMERAS/OS DE LA CIUDAD DE TEMUCO.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO**

AUTOR: YILDA CONTRERAS RIVEROS

PROFESOR PATROCINANTE: PS. GLORIA MARTÍNEZ POOL

Temuco, Agosto de 2016



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

**MIEDO A LA MUERTE EN UN EQUIPO DE
ENFERMERAS/OS DE LA CIUDAD DE TEMUCO.**

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAGÍSTER EN ENFERMERÍA MENCIÓN GESTIÓN DEL CUIDADO

AUTOR: YILDA CONTRERAS RIVEROS

PROFESOR PATROCINANTE: PS. GLORIA MARTÍNEZ POOL

Temuco, Agosto de 2016

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

DIRECCION DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería mención Gestión del Cuidado de la Facultad de Medicina.

Profesora Guía: _____

Ps. Gloria Martínez Pool

Evaluator Externo 1: _____

Dra. Edith Rivas Riveros

Evaluator Externo 1: _____

Dra. María Julia Calvo Gil

Directora Programa de Magíster: _____

Dra. Edith Rivas Riveros

“A mi familia, quienes con solidaridad

me acompañaron en el proceso...

A mi esposo, siempre paciente y comprensivo

a lo largo de nuestro caminar”

Agradecimientos

A Dios, por sus infinitas bendiciones, poder disfrutar del amor familiar y el haber sido formada en la ciencia y arte del cuidado, mi vocación.

A todos quienes formaron parte primordial de este proceso:

- Mis docentes y guías, que me entregaron conocimientos y experiencias.
- A los participantes del estudio, quienes con su colaboración me han permitido contribuir a la disciplina.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	8-9
ABSTRACT	10-11
I. INTRODUCCIÓN	12-13
II. OBJETIVOS:	14
– OBJETIVOS GENERALES	
– OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
III. MARCO TEÓRICO	15-22
IV. MARCO EMPÍRICO	23-25
V. METODOLOGÍA	26-32
– DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	
– UNIVERSO O POBLACIÓN OBJETIVO	
– MUESTRA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	
– TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
– VARIABLES.	
– ANÁLISIS DE DATOS	
– IMPLICANCIAS ÉTICAS	
VI. RESULTADOS	33-43
VII. DISCUSIÓN	44-46
VIII. CONCLUSIONES	47-48
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49-52
X. ANEXOS	53-58
– A: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
– B: ESCALA MIEDO A LA MUERTE DE COLLET-LESTER	
– C: CONSENTIMIENTO INFORMADO	

RESUMEN

Para quienes han sido formados para sanar, enfrentarse a la muerte genera una serie de emociones que influyen en la atención. Las Enfermeras/os, quienes pasan la mayor parte del tiempo junto a los usuarios, tienen el deber legal y ético de cuidar a las personas en la salud, la enfermedad y al final de la vida.

El presente estudio descriptivo de corte transversal tuvo como objetivo conocer el miedo a la muerte en un equipo de Enfermeras/os, a través de la aplicación de la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL). Además, para enriquecer la información se agregaron 2 preguntas abiertas enfocadas a la formación académica en torno al tema y al impacto que genera en la gestión del cuidado.

El nivel de miedo reportado por el equipo de Enfermeras/os fue medio-alto, presentado en menor medida miedo a la muerte propia y mayor miedo a la muerte de otros (coincide con otros estudios). Sin embargo, al realizar el análisis inferencial entre las variables del perfil sociodemográfico y las subcategorías de la EMMCL no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

Desde el punto de vista cualitativo, la percepción en relación a la formación de pregrado no es buena, identificando la presencia de algunos aspectos relevantes abordados, pero de forma insuficiente. Por otra parte, el miedo a la muerte parece no interferir de forma negativa en poder incluir al binomio paciente-familia, logrando postergar esta emoción en busca de entregar una atención digna y de calidad.

En conclusión, los resultados obtenidos, además de generar nuevos conocimientos en relación a un fenómeno poco investigado a nivel nacional, nos proporcionan distintos aspectos desde los cuales se puede continuar estudiando la relación entre muerte y la gestión del cuidado en Enfermería, estimulando el desarrollo de futuras investigaciones.

Palabras Claves (DeCS): miedo; muerte; enfermería.

ABSTRACT

For whom have been educated to heal, to face death generates several emotions that cause an impact in the healthcare provided. University Nurses (U.N.) who spend most of his working time, close to the patients, have the legal and ethical duty of caring throughout the patient sickness, healing and of course his last moments.

The aim of this cross-sectional descriptive research is to determine the fear of death in a nurse team, through the application of the Collet-Lester fear of the death scale (CL-FODS). To improve the information were added two open questions focused in the academic formation around the subject and impact that generates care management.

The level of fear reported by the team of nurses was medium-high, displaying fear to own's death in a lesser extent and in mayor way to death of others (coincides with other research). Nevertheless in the inferencial analysis between the variables of the sociodemographic profile and the subcategories of CL-FODS no statistical significance was reported.

From the qualitative point of view, the perception in relation to undergraduate training is not good, identifies some relevant aspects addressed, but is not sufficient. On the other hand, the fear of death does not seem to interfere in a negative way in approaching the patient-family binomial, managing to postpone this emotion in order to deliver a dignified and quality attention.

In conclusion, the results obtained, besides generating new knowledge in relation to a little investigated phenomenon at the national level, provide us with different aspects from which

the relation between death and the management of nursing care can be studied, stimulating the development of future research.

Key Words (DeCS): fear; death; nursing.

I. INTRODUCCIÓN

El escenario de salud en Chile ha cambiado. La epidemiología muestra que hoy en día las causas de mortalidad corresponden principalmente a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas el cáncer¹, y un consecuente aumento en la expectativa de vida y disminución de la natalidad².

El mejor acceso a la salud y la tecnología aumentaron la esperanza de vida³, lo que hace cada vez más habitual ver pacientes en los centros hospitalarios aquejados de ECNT o patologías graves que viven el final de su proceso de enfermedad de forma institucionalizada⁴, requiriendo cuidados específicos al final de la vida. Sin embargo, la muerte nunca ha sido un tema fácil de tratar, pues involucra una definición, interpretación y significado dependiente de la cultura, la religión y las percepciones personales tanto de quienes la sufren como de quienes los rodean⁵⁻⁷.

Para el personal de salud, que es formado principalmente para prevenir y tratar enfermedades, aceptar y afrontar la pérdida de un paciente es un proceso que genera un gran impacto a nivel emocional⁵. La muerte, un proceso que se vive cada vez más de forma institucionalizada, es una de las pocas certezas de la existencia⁸, una etapa ineludible en el ciclo de la vida. Aún así, en el área de Enfermería las investigaciones realizadas a nivel nacional en torno al tema son escasas.

Por lo tanto es importante preguntarse qué sucede con el miedo a la muerte y las emociones que se gatillan en las Enfermeras/os que son quienes pasan la mayor parte del tiempo junto a los usuarios⁵, cuáles son las actitudes y miedos que genera vivir la muerte y saber si esto impacta en la calidad de la atención proporcionada. Dignificar el proceso de muerte va más

allá de procesos éticos y jurídicos, conlleva cambios individuales y organizacionales, que involucra a profesionales que puedan proporcionar atención, contención y acompañamiento al paciente y familia durante esta etapa³.

En concordancia con lo anteriormente planteado y en base a un imperativo ético y profesional, mediante un estudio descriptivo de corte transversal, se desea responder a la pregunta: ¿cuál es el grado de miedo a la muerte en un equipo de Enfermeras/os de un Centro de Salud Privado de la ciudad de Temuco durante el 2º semestre del año 2015?. Para la recolección de datos se aplicará una pauta de variables sociodemográfica y la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester. Además, se complementará la visión del fenómeno a través de la indagación en relación al impacto que genera en el desempeño profesional y cuál es la percepción de la formación de pregrado en torno al tema, todo esto con el propósito de promover la entrega de herramientas objetivas a las profesionales, que permitan brindar una atención de Enfermería de calidad, acorde a las necesidades de los usuarios y sus familias al final de la vida y mejorar la práctica clínica en los cuidados otorgados en esta etapa.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer el grado de miedo a la muerte, como proceso y estado, propio y en otros, de Enfermeras/os durante el 2º semestre del año 2015.

Objetivos Específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico de la muestra de acuerdo a las siguientes variables: edad, sexo, servicio, antigüedad, religión, experiencia previa con la muerte de un cercano y con la muerte de un paciente.
- Evaluar el grado de miedo a la muerte según las 4 subescalas: Miedo al proceso de morir propio, Miedo al proceso de morir de otros, Miedo a la muerte propia, Miedo a la muerte de otros.
- Relacionar las variables sociodemográficas (edad, sexo, servicio, antigüedad, religión, experiencia previa con la muerte de un cercano y con la muerte de un paciente) con las 4 subescalas: Miedo al proceso de morir propio, Miedo al proceso de morir de otros, Miedo a la muerte propia, Miedo a la muerte de otros.
- Describir la percepción de la formación académica sobre la muerte.
- Describir el impacto del miedo a la muerte en la entrega de los cuidados.

IV. MARCO TEÓRICO

A continuación, se procede a desarrollar los principales temas que sustentan el problema de estudio: muerte, actitudes ante la muerte, formación de Enfermería ante la muerte, ética, estado del arte, teoría de Enfermería y de las Ciencias Sociales, con la finalidad de otorgar mayor claridad y conocimiento teórico al lector.

Muerte:

Este proceso desde los albores de la humanidad surge como algo misterioso y desconocido, porque independiente del contexto cultural, la única experiencia que se posee al respecto es presenciarla en otro⁹. Además, ha sido motivo de angustia a lo largo de la existencia del ser humano al representar la vulnerabilidad de ser mortal, pues la única certeza que existe es que todos los seres vivos morirán algún día¹⁰.

Si se intenta definir dicho concepto, la Real Academia Española define muerte (del lat. mors, mortis): *como la cesación o término de la vida; en el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma*¹¹. Otra visión, es la aportada por Elisabeth Kübler Ross luego de años de trabajo junto a pacientes en esta condición: *“la muerte es solo un paso más hacia la forma de vida en otra frecuencia, y el instante de la muerte es una experiencia única, bella, liberadora, que se vive sin temor y sin angustia”*¹².

Sin embargo, los profesionales de salud deben entender la muerte no como lo contrario a la vida, sino como una parte intrínseca de la misma¹⁰. Se debe aceptar como un hecho que ocurre de forma cotidiana en la práctica clínica, tornándose en un evento único, influenciado por el paciente, la familia y al proceso mismo que conduce a ella que puede acarrear a la vez agonía,

dolor y la pérdida de facultades mentales, haciendo partícipes directamente al equipo de enfermería que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de los usuarios⁵. Por lo tanto, se describe que el cuidado de una persona al final de la vida es una labor exigente⁷.

Es así que para poder otorgar la mejor atención posible al paciente y familia en situación de enfermedad avanzada, se torna necesaria la instrucción específica en aspectos vinculados a la muerte, enfermedad terminal, duelo y cuidados paliativos⁵. Enfermería, por su formación humanista y como disciplina responsable de la gestión del cuidado, debiese entregar la asistencia necesaria a la persona y sus cercanos que atraviesan la etapa del final de la vida, asumiendo el desafío de gestionar una atención de calidad a través de una mejor preparación en el área y en la generación de nueva evidencia en torno a la misma¹, lo que además aportaría enormemente en la formación profesional⁸.

La muerte genera un dilema para la medicina moderna, que ha logrado prolongar la vida pero aún es incapaz de impedir el deceso. Las Enfermeras/os deben lidiar con sus propios temores, creencias, convicciones y la sensación de fracaso generada¹³. En este sentido, la responsabilidad del equipo de salud es favorecer un morir digno, respetando los valores y creencias de los pacientes y sus familias¹⁴.

Actitudes ante la muerte:

Conocer las actitudes del profesional de enfermería hacia la muerte permite comprender la forma en cómo influyen éstas en la atención brindada al paciente y familia, porque muchas veces surgen sentimientos de miedo, angustia o evitación que irían en desmedro de los cuidados a proporcionar⁵.

El miedo y la angustia son las respuestas más comunes¹⁵. Esta última, una de las actitudes más estudiadas en relación a la muerte, es un concepto multidimensional que puede originarse por

diversas causas, lo que lleva a las personas a reaccionar de distinta forma ante el deceso propio o ajeno como estado o como proceso¹⁶. Incluso, puede estar determinada por el tipo de pacientes al que se atiende. Se sabe que quienes trabajan en Servicios Críticos Infantiles presentan niveles más altos de ansiedad en comparación con los que pertenecen a Unidades de Adultos¹⁷. Además, sería una reacción más generalizada, a diferencia del miedo que es más específico y fácil de focalizar¹⁵.

Collet y Lester, autores de la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester, señalan que el miedo es un concepto que puede tener diversas causas y puede a su vez inducir a una persona a reaccionar de distintas formas. De la misma manera, las actitudes y respuestas emocionales podrían ser diferentes cuando se trata de una o de otra persona¹⁸. Así, en su trabajo lograron elaborar 4 subescalas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de otros, miedo al proceso de morir propio y miedo al proceso de morir de otros.

Formación de Enfermería ante la muerte:

Es de suma importancia resaltar la importancia de la formación de los futuros profesionales en competencias que brinden elementos de afrontamiento al proceso de muerte, que se reflejen en la entrega de cuidados necesarios y de calidad al paciente y familia al final de la vida¹⁹, incluyendo la autoprotección emocional⁴.

De una revisión de la literatura relacionada al tema (entre 1990 y 2012), se determinaron tres grandes áreas necesarias de abordar para el trabajo emocional: nivel de ansiedad ante la muerte, ansiedad ante la muerte y actitudes hacia el cuidado de los pacientes moribundos y educación sobre la muerte. Se señala que quienes poseen una actitud positiva ante el final de la vida, tienen actitudes adecuadas en la entrega de cuidados que necesitan estos pacientes⁷.

Investigaciones realizadas en estudiantes de Enfermería de países como Korea, Japón, Indonesia, España e Italia, señalan que es necesario desarrollar programas en los planes de estudio que proporcionen herramientas que favorezcan las actitudes positivas ante la muerte, idealmente antes de las prácticas clínicas (como se sugiere en algunos de ellos) y en los contextos socioculturales correspondientes²⁰⁻²³. En otra publicación, tanto estudiantes como profesionales señalan que les faltó preparación al momento de enfrentarse a la muerte, describiendo la situación como un proceso doloroso, cargado de frustración e impotencia, aunque en algunos casos también lo consideraron un aprendizaje²⁴. Al parecer, al existir una mejor competencia percibida frente a un fallecimiento y una adecuada regulación emocional, se genera un mayor deseo de trabajar con pacientes en esta etapa¹⁵.

De acuerdo a la literatura, Enfermeras menores de 30 años, independiente del entorno cultural, disponen de una menor capacidad para afrontar actitudes y exigencias ante la muerte, beneficiándose de educación en sus lugares de trabajo en torno al tema⁷. Finalmente, se recomienda mantener intervenciones en la etapa profesional relacionadas a esta etapa del ciclo vital, tanto en la orientación de nuevos miembros del equipo como para aquellos con más experiencia⁴, destacando como medidas eficaces las estrategias adaptables al contexto de cada paciente²⁴.

Ética y Muerte:

Humanizar el proceso de muerte, de la mano de la ética, es uno de los principales retos sociales actuales, en un mundo donde la tecnología determina el devenir humano y oculta, a su vez, el carácter humano del hombre. Es importante abordar en este proceso las dimensiones biológicas, culturales y filosóficas a fin de aproximar a la persona como lo que es: un ser social⁹.

Desde esta perspectiva, la ética del cuidado debe regirse desde un enfoque sistémico del ser humano y desde la responsabilidad de cuidar al prójimo como deber moral, humanizándolo, sobre todo en la situación de fragilidad y vulnerabilidad que representa la etapa final de la existencia, a fin de no arriesgar la dignidad y autonomía del mismo⁹.

Así, es relevante destacar que la medicina moderna debe asumir dos principios éticos: la responsabilidad frente a todo paciente basado en la integralidad de sus necesidades y la toma de conciencia del no dominio que requiere una relación con el usuario, llevando a la búsqueda del sentido del ser humano por sobre el conocimiento centrado en la vida, la muerte y el cuerpo. La muerte puede ser un espacio en el cual se trascienda el “yo” en el cuidado del otro, convirtiéndolo así en un proceso digno y humano⁹, donde se busque proporcionar calidad al morir^{1, 25}, sustentado en principios éticos y morales inherentes a la dignidad humana, que puede ser entendida como el grado en el cual las preferencias de la persona que vive el proceso concuerdan con las observaciones de cómo realmente murió²⁵.

Estado del Arte:

La publicación en Chile de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas en torno al objeto de estudio es escasa. Existen algunas realizadas en estudiantes de Enfermería y en profesionales, lo que revela la necesidad de mayor conocimiento en torno a la realidad que viven las Enfermeras/os que día a día proporcionan cuidados a pacientes al final de la vida.

En relación a esto, es importante recordar que el ejercicio de la profesión se encuentra claramente definido en el Código Sanitario: *“Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente”*²⁶.

Por lo tanto, como gestoras del cuidado a lo largo del ciclo vital de las personas, familias y comunidades, es parte del deber legal y ético de las Enfermeras/os brindar cuidados adecuados al final de la vida y generar nuevos conocimientos que ayuden al buen morir a través del cuerpo científico y teórico que sustenta su quehacer, respaldado además en teorías y modelos que guían el actuar profesional¹⁹.

Teoría de Enfermería: Teoría del final tranquilo de la vida²⁷.

Es una Teoría Intermedia, desarrollada por Cornelia Ruland y Shirley Moore, basada en la revisión bibliográfica y experiencia de expertas, a fin de crear directrices con un estándar de cuidados que uniera la práctica y la teoría en torno al tema.

Para las profesionales que desean sustentar los cuidados proporcionados a los pacientes al final de la vida en base a esta teoría, deben entender que su estructura-contexto es el sistema familiar (compuesto por el paciente en etapa terminal de vida y sus allegados) enfocando intervenciones dirigidas a promover los siguientes desenlaces²⁷:

- Ausencia de dolor: considera estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas.
- Sentir bienestar: se define utilizando el trabajo de Kolcaba y Kolcaba como “alivio de la molestia, el estado de relajación, satisfacción tranquilo y todo lo que hace la vida fácil o placentera”.
- Sentir dignidad y respeto: el paciente en fase terminal se respeta y aprecia como un ser humano, incorporando la idea del valor de la persona, expresado por el principio ético de autonomía o respeto a las personas y de protección a quienes tienen una autonomía reducida.
- Sentirse en paz: incluyendo las dimensiones física, psicológica y espiritual, involucra el sentimiento de calma, armonía y satisfacción, libre de ansiedad, agitación, preocupaciones y miedo.

– Sentir la proximidad de los allegados y de los cuidadores: es el sentimiento de estar conectado a otros seres humanos que se preocupan, sintiendo una cercanía física y emocional expresada en relaciones afectuosas, íntimas.

Por otra parte, los principales supuestos que han de guiar el actuar profesional se resumen en²⁷:

1. Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individuales.
2. El cuidado de enfermería es crucial para crear un final de vida tranquilo.
3. Considerar a la familia como parte importante de los cuidados y optimizar la atención, proporcionando el mejor cuidado mediante el uso razonable de la tecnología y las medidas de bienestar, a fin de mejorar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila.

Aunque la etapa de final de la vida es única e individual, la teoría proporciona una guía y una pauta de cuidados que respalda a los profesionales de Enfermería en la programación de intervenciones dirigidas tanto al paciente moribundo como su familia en el proceso de cuidar y acompañar para un buen morir.

Teoría de las Ciencias Sociales: Teoría General de Sistemas²⁸.

Esta teoría, elaborada por Ludwig von Bertalanffy alrededor de 1940, inicialmente fue bastante utilizada en la temática de gestión o administración, pero basado en su sustento teórico una de sus principales metas es la integración de variadas ciencias, lo que le permite a su vez ser extrapolada a distintas áreas. Uno de sus principales aportes ha sido permitir partir de la base que el mundo está compuesto por sistemas (conjunto de elementos con características propias en interacción) individuales o formando parte de un sistema más grande, en todos los campos del conocimiento.

Contextualizando lo anteriormente planteado a la situación de estudio, es pertinente especificar que las instituciones de salud son un sistema abierto compuesto de varios subsistemas, que a su vez son sistemas en si, como por ejemplo el recurso humano, que se relacionan directamente con pacientes que son parte del entorno de la organización. En concordancia, el afrontamiento de la muerte como una etapa final del proceso salud-enfermedad, constituye un proceso donde intervienen el personal de salud, el paciente y su familia, transformándose así en sistemas abiertos que interactúan constantemente en el proceso de atención mediante la comunicación.

Es así que se torna necesario para las organizaciones sanitarias, entendidas como sistemas abiertos, entregar las herramientas adecuadas al personal de salud para que puedan proporcionar la mejor respuesta a las necesidades de los pacientes y familias, tanto en la salud como en la enfermedad y muerte.

V. MARCO EMPÍRICO

Una vez analizados los principales conceptos que proporcionan una base para comprender la temática de estudio, a continuación se presenta parte de la evidencia publicada en los últimos 10 años. Se utilizaron los términos “nursing, fear and death” en las bases de datos Scielo, ISI Web of Science y Pubmed. Cabe destacar, que el fuerte de la investigación en torno a la muerte y Enfermería es de tipo cualitativa o desarrollada en estudiantes de Enfermería, por lo que se seleccionaron los estudios más coherentes en relación a los objetivos propuestos.

Investigación Cuantitativa:

De un estudio realizado en dos Centros de Salud de la octava región a 157 profesionales de Enfermería, con el propósito de conocer la actitud ante la muerte y factores relacionados, se obtuvo que un 50% de la muestra presentaba una actitud positiva ante la muerte. Tras un análisis de cada variable biosociodemográfica sobre la variable “actitud ante la muerte”, se pudo observar que las variables que influyen en el modelo final, con un nivel de confianza del 95%, son: edad (actitudes negativas en edades extremas), años de experiencia profesional (actitudes negativas en rangos extremos), edad cuando el profesional tuvo su primer contacto con la muerte (solo actitud positiva cuando se enfrentó entre los 10 y 16 años) y preparación de pregrado acerca del tema (frente a la valoración negativa de la formación, se genera una actitud negativa ante la muerte)⁵.

En el proceso de validación de la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL) en Chile, en una muestra de 349 estudiantes de Enfermería en 2 universidades de la ciudad de Concepción, se observó que el puntaje promedio de miedo a la muerte fue moderado-alto, temiendo principalmente al deceso de otros y en menor grado al morir propio¹⁸.

Nuevamente a nivel académico, en una muestra de 188 estudiantes de Enfermería en la ciudad de Concepción, a nivel global se observó un nivel de miedo moderado-alto y que temían más a la muerte de otros y menos a la propia, asociándose significativamente a: sexo (ser mujer), la preparación previa en el tema (mayor puntaje a menor sensación de preparación) y nivel académico (los cursos más avanzados presentaban menor puntaje). En relación a la inteligencia emocional, quienes tienen niveles más altos sienten menor miedo a la muerte¹⁹.

Un estudio realizado en México, comparó los niveles de miedo a la muerte entre estudiantes de Enfermería y profesionales mediante el uso de la EMMCL. El análisis global revela que el nivel de miedo fue moderado-alto, temiendo menos a la propia muerte y más a la muerte de otros¹³.

Otra investigación, realizada en Enfermeras oncológicas norteamericanas de Nueva York, reporta que las profesionales con menos experiencia se beneficiarían de una mayor educación, formación y exposición para otorgar cuidados al final de la vida²⁹.

Finalmente, en una revisión de la literatura de los años 1990 al 2012 con estudios publicados en distintos países (Canadá, Irán, Israel, Japón, España, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos) en relación a las actitudes de las Enfermeras hacia la muerte, se definieron tres áreas necesarias para el trabajo emocional: ansiedad ante dicho proceso, ansiedad y cuidado de pacientes al final de la vida y formación sobre la temática⁷. Se concluyó que quienes tenían una actitud positiva hacia la muerte podían proporcionar mejores cuidados a este tipo de pacientes. Además, destacan la importancia de tener en consideración la experiencia y las creencias espirituales de las Enfermeras, pues tienen directa injerencia en la objetividad de las intervenciones a realizar con los usuarios. También, y no menos relevante, es el beneficio reportado que brinda la educación en la temática a las profesionales jóvenes para hacer frente

a las actitudes negativas y la exigencia emocional, independiente del contexto cultural de las poblaciones de estudio⁷.

Investigación Cualitativa:

Se realizó un estudio en 7 Enfermeros de una UCI en un hospital brasileño, mediante entrevistas individuales. A través de los relatos emerge que ante el enfrentamiento a la muerte y el proceso de morir, nacen sentimientos de impotencia, angustia, sufrimiento, tristeza y miedo, deseos de distanciarse (a modo de protección), interfiriendo éstos en la atención brindada al paciente y familia. Aún así, por otro lado se percibe que a pesar de enfrentar esta vivencia en forma constante, los profesionales continúan sensibilizándose frente a esta etapa del ciclo vital, afirmando que es imposible cuidar sin involucrarse, concentrando bastante preocupación y solidaridad hacia las familias de los pacientes³⁰.

Frente a esta dualidad, es importante plantearse la necesidad de trabajar desde la formación académica los aspectos emocionales ligados a la muerte, para no enfrentarse a esta como fracaso, impotencia y frustración³⁰.

Otro estudio, también realizado en Brasil con un grupo de 14 Enfermeras, mediante entrevistas, destaca la presencia de sufrimiento y vacío existencial en torno al tema. Las profesionales generan vínculos con el paciente y familias durante este proceso, percibiendo el sufrimiento de éstas. Además, estudiar la muerte, considerando que es algo habitual en los hospitales, puede ayudar a reducir la ansiedad, el miedo y la angustia que genera en el personal y a su vez promover la entrega de cuidados humanizados³¹.

VI. METODOLOGÍA

Diseño de Investigación:

La investigación fue desarrollada bajo el paradigma positivista, que considera la realidad como algo estudiable y entendible, a fin de comprender las causas subyacentes a los fenómenos naturales a través del método científico. Para la búsqueda de conocimiento se debe ser lo más objetivo posible, dejando al margen las creencias y preferencias personales^{32,33}.

De acuerdo al objetivo del estudio, se trabajó además con un enfoque cuantitativo, proceso que incluye un conjunto de pasos secuenciales y probatorios, donde cada etapa precede a una siguiente. De las preguntas de investigación se establecen hipótesis, determinan variables, define un diseño y se obtienen una serie de resultados a partir de estos³⁴.

El diseño seleccionado correspondió a una investigación de tipo descriptiva, que tiene como objetivo observar, describir y documentar un hecho que sucede de forma natural. Un estudio de este tipo integra múltiples variables. Además, al ser de corte transversal, permitió establecer la prevalencia del problema en el momento en que se desarrolló, sin requerimiento de seguimiento ni análisis prospectivo del tema de trabajo³⁵.

Unidad de Análisis:

Enfermeras/os de un Centro de Salud privado.

Universo o Población Objetivo:

Corresponde a todas las Enfermeras/os del Centro de Salud.

Muestra y criterios de selección de la muestra (Inclusión y Exclusión):

Se seleccionó al 100% del equipo de Enfermeras/os del Centro de Salud elegido por conveniencia, que se desempeñan en los servicios de: Urgencias, Médico-Quirúrgico, Pabellón y Recuperación, Centro Médico, Unidad de Paciente Crítico, Calidad, Gestión de Camas y Enfermeras Supervisoras. Por lo tanto, no se realizó cálculo de muestra.

Criterios de Inclusión:

Ser Enfermera/o.

Firma del Formulario Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

Funcionarios no pertenecientes al estamento antes mencionado.

Estar viviendo un proceso de duelo reciente.

Funcionarios que manifiesten dificultades frente al tema de estudio.

Técnica de Recolección de Datos:

La recolección de datos se realizó utilizando una pauta que reúne las variables sociodemográficas (anexo A), considerando: edad, sexo, servicio, antigüedad, religión, experiencia previa con la muerte de algún cercano y de un paciente. Se incluyeron además en este anexo A, 2 preguntas abiertas (evaluadas por 2 expertas) enfocadas al rol profesional, que indagan en relación a la percepción de la formación académica en torno a la muerte y cómo se refleja el miedo a la muerte en la gestión del cuidado.

Finalmente, se aplicó la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester (anexo B)^{16,18}, instrumento multidimensional, constituido de 4 subescalas con 7 ítems cada uno: miedo a la propia muerte (MPM), miedo a la muerte de otros (MMO), miedo al proceso de morir propio (MPPM) y miedo al proceso de morir de otros (MPMO). Fue creado en 1969, a partir de la premisa de

que el miedo a la muerte es un concepto que puede tener diversas causas y puede conducir a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado y/o como proceso. De la misma manera, las actitudes y las reacciones emocionales podrían ser diferentes cuando se trata de uno mismo o de otros. Las respuestas son de tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho). Se obtiene un puntaje por cada dimensión y en la pauta total, promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de muerte.

Este instrumento fue validado en Chile¹⁸, de acuerdo a la versión validada en España el año 2007¹⁶, con el propósito de disponer de una medida multidimensional que permita evaluar el miedo a la muerte no tan sólo para ser utilizada en Enfermería, sino también en otras profesiones de la salud. Se desarrolló un estudio en 2 universidades de la ciudad de Concepción, a través de una muestra de 349 estudiantes de Enfermería (de 1º a 5º año), cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 37 años. Se aplicaron las escalas de Miedo a la Muerte de Collet-Lester y de Actitud ante la muerte. Luego de una revisión del instrumento por parte de expertos, se desarrolló una prueba piloto en 30 sujetos, observándose un buen nivel de comprensión de la escala. Finalmente, con la muestra total se analizó la validez de criterio y de constructo del instrumento.

La confiabilidad fue probada mediante un alfa de Cronbach de 0,91 a nivel global (cercano al obtenido en la validación del instrumento original) y sobre 0,70 en cada una de las 4 sub-escalas. La validez de criterio concurrente entre la EMMCL y el instrumento de Actitud ante la muerte, medida a través de la correlación de Pearson, resultó con una correlación media positiva ($p < 0,001$), observándose además que cada uno de los 7 ítems se correlaciona positivamente dentro de su dimensión respectiva. Finalmente, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,903 y la prueba de esfericidad resultó significativa ($p > 0,000$), por lo que el análisis factorial es pertinente.

Variables:

Variable	Clasificación	Definición
Edad	Continua	Años cumplidos al momento de la investigación.
Sexo	Nominal	Hombre, Mujer
Servicio	Nominal	Urgencias, Médico-Quirúrgico, Pabellón, Esterilización, Centro Médico, Unidad de Paciente Crítico, Calidad, Gestión de Camas y Enfermeras Supervisoras.
Antigüedad	Continua	Meses cumplidos en el centro asistencial al momento de la investigación.
Religión	Nominal	Si, no.
Experiencia previa con la muerte de un cercano	Nominal	Si, no.
Experiencia previa con la muerte de un paciente	Nominal	Si, no.
Miedo a la muerte	Continua	Promedios obtenidos en las subcategorías de la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester.

Análisis de Datos:

De acuerdo al diseño seleccionado, se analizaron los resultados cuantitativos y cualitativos de forma independiente.

Análisis de datos cuantitativos: inicialmente las variables cualitativas (sexo, servicio, religión, experiencia previa con la muerte de algún cercano y de un paciente) se describieron mediante tablas de distribución de frecuencias, que ofrecen una representación clara; mientras

que las variables cuantitativas (edad y antigüedad) se presentaron a través de medidas de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desviación estándar: DT). Posteriormente, se realizó un análisis estadístico inferencial con ayuda del programa SPSS, donde se aplicó el test de normalidad para luego comparar y asociar las variables del perfil sociodemográfico con las subcategorías de la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester, a través de ANOVA, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman con una significancia estadística de $P \leq 0.05$.

Análisis de datos cualitativos: como se mencionó anteriormente, las 2 preguntas abiertas que se agregaron para obtener mayor riqueza de la información cuantitativa en torno a: formación de pregrado en relación al tema y la influencia del miedo a la muerte en la entrega de los cuidados, se analizaron desde un enfoque fenomenológico, procediendo a transcribir las respuestas, realizando una lectura crítica y estableciendo con ayuda del programa ATLAS-ti los códigos y categorías que fueron emergiendo para luego sintetizar y analizar la relación de la información.

Implicancias Éticas:

El objetivo de la investigación en salud es obtener conocimientos que puedan ser aplicables a la población. Desde este escenario, los requisitos éticos fueron elaborados con la finalidad de proteger a las personas que participan de estos estudios, a partir de lamentables sucesos ocurridos a lo largo de la historia humana³⁶.

Ezequiel Emanuel³⁶, plantea siete requisitos proporcionando un marco sistemático y racional para determinar si la investigación clínica es ética, transformándose así en preceptos universales. A continuación se detallan de acuerdo al estudio desarrollado:

Valor: los resultados obtenidos son de gran valor tanto para la disciplina como a nivel social, pues permitieron evidenciar la magnitud del problema de estudio y promover nuevas investigaciones que mejoren tanto la formación en el tema de muerte de nuevos profesionales como la práctica clínica del equipo de enfermería al final de la vida.

Validez Científica: el estudio contó con un diseño metodológico válido y realizable lo que permitió obtener resultados fidedignos.

Selección Equitativa del Sujeto: todos los funcionarios de la unidad de análisis tuvieron la posibilidad de participar en el estudio mientras cumplieran los criterios de inclusión.

Proporción Favorable de Riesgo-Beneficio: al establecer criterios de exclusión no se expuso a los participantes del estudio a riesgos de ningún tipo. El beneficio es conocer mejor un proceso natural de la práctica clínica para poder realizar eventuales intervenciones.

Evaluación Independiente: el trabajo fue evaluado por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera. El financiamiento del estudio fue personal, por lo que no existieron conflictos de interés involucrados ni procedimientos ilegales.

Consentimiento Informado: respetando al principio de autonomía, quienes desearon participar lo hicieron de forma libre e informada, firmando su aceptación en el formulario de Consentimiento Informado (anexo C), donde se especificó la finalidad, los riesgos y los beneficios del estudio.

Respeto por los Sujetos Inscritos: durante el estudio la relación con los informantes fue respetuosa y se permitió que los sujetos cambiasen de opinión. Una vez firmado el formulario, si la aplicación del instrumento no era acorde a sus intereses o preferencias podían retirarse. La información se administró de acuerdo con las regla de anonimato y no se publicará el nombre del centro asistencial.

VII. RESULTADOS

Análisis de Resultados Cuantitativos:

De acuerdo a lo señalado previamente en la metodología, en una primera etapa se realizó un análisis descriptivo para luego proceder a un análisis estadístico inferencial de acuerdo a los objetivos propuestos.

Del total del universo de Enfermeras/os de la clínica (55 en total), el 95% de ellas accedió a participar del estudio. La Tabla 1 muestra que el 90% de la muestra es mujer, el 88,5% profesa alguna religión, el 85% ha vivido el proceso de muerte de un cercano (EPMC) y 94 % el de un paciente (EPMP). La edad promedio fue de 29 años ($\pm 6,2$) y la antigüedad laboral de 30, 9 meses ($\pm 31,3$).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes del estudio.

	Hombre		Mujer	
Sexo	N	%	N	%
	5	9,6	47	90,4
Religión	Profesa Religión		No Profesa Religión	
	N	%	N	%
EPMC	46	88,5	6	11,5
	Si		No	
EPMP	N	%	N	%
	44	84,6	8	15,4
EPMP	Si		No	
	N	%	N	%
EPMP	49	94,2	3	5,8
	Si		No	

La distribución por servicios fue la siguiente:

Tabla 2. Distribución por Servicios.

Servicio	n	%
Médico – Quirúrgico	11	21,2
Pabellón y Recuperación	9	17,3
Cargos Adm. y Centro Médico	10	19,2
UPC	12	23,1
Urgencia	10	19,2

El puntaje promedio obtenido en la escala fue de: 3,09, considerándose un nivel moderado-alto. El grado de miedo a la muerte obtenido en cada una de las subcategorías (Tabla 3), muestra que el mayor grado se presenta ante la muerte de otros (MMO) y en menor grado a la propia muerte (MPM):

Tabla 3. Promedios por subcategorías EMMCL.

Subcategoría	Media	DT
MPM	2,6016	0,883
MPPM	3,2349	0,838
MMO	3,4714	0,883
MPMO	3,0907	0,918
Total	3,0996	0,721

Previo a la realización del análisis estadístico inferencial, se calculó el alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,835, asegurando la confiabilidad de las mediciones. A continuación, se aplicó el test de normalidad a cada una de las variables y de acuerdo a los resultados se establecieron comparaciones y asociaciones entre cada una de éstas y las subcategorías de la EMMCL, mediante las pruebas: ANOVA, Kruskal-Wallis y correlación de Spearman. El nivel de significación para cada una se consideró con un valor de $P \leq 0,05$. No se encontraron resultados estadísticamente significativos.

Tabla 4. Medias y DT subcategorías EMMCL por sexo, religión, EPMC, EPMP.

	Hombre		Mujer		Test	Rango Promedio		P
	Media	DT	Media	DT	Kruskal-Wallis	Hombre	Mujer	
MPM	2,6571	1,07665	2,5957	0,8732	0,009	25,9	26,56	0,926
MPPM	3,3143	0,94437	3,2264	0,83649	0,218	29,5	26,18	0,641
MMO	3,4	1,10841	3,479	0,87609	0,087	24,6	26,7	0,768
MPMO	2,5143	1,07665	3,152	0,89085	2,716	15,9	27,63	0,099
	Profesa Religión		No Profesa Religión		Test	Rango Promedio		P
	Media	DT	Media	DT	Kruskal-Wallis	Si	No	
MPM	2,6491	0,82077	2,2381	1,30514	1,384	27,39	19,67	0,239
MPPM	3,2547	0,80526	3,0833	1,13607	0,025	26,6	25,58	0,874
MMO	3,5391	0,81854	2,9524	1,28624	1,781	27,51	18,75	0,182
MPMO	3,1211	0,89492	2,8571	1,14642	0,6	27,09	22	0,439

Si EPMC			No EPMC		Test	Rango Promedio		P
	Media	DT	Media	DT	Kruskal-Wallis	Si	No	
MPM	2,6266	0,85671	2,4643	1,06836	0,209	26,91	24,25	0,647
MPPM	3,2938	0,78522	2,9107	1,0878	0,357	27,03	23,56	0,55
MMO	3,4467	0,83133	3,6071	1,21638	0,136	26,17	28,31	0,713
MPMO	3,1818	0,84508	2,5893	1,18896	2,441	27,9	18,81	0,118
Si EPMP			No EPMP		Test	Rango Promedio		P
	Media	DT	Media	DT	Kruskal-Wallis	Si	No	
MPM	2,5773	0,90208	3	0,28571	1,169	25,94	35,67	0,280
MPPM	3,2493	0,8579	3	0,37796	0,326	26,80	21,67	0,568
MMO	3,4653	0,91395	3,5714	0,24744	0,031	26,41	28	0,860
MPMO	3,07	0,94181	3,4286	0,14286	0,421	26,16	32	0,517

Tabla 5. Medias y DT subcategorías EMMCL por Servicio.

	Médico-Quirúrgico		Pab y Recuperación		Cargos Adm y Centro Médico		UPC		Urgencia		Test	P
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	ANOVA	
MPM	2,7403	1,1915	2,4921	0,8953	2,5286	0,5473	2,6071	0,9576	2,6143	0,8139	0,112	0,978
MPPM	3,1883	1,0974	3,6349	0,7282	3,1429	0,3434	3,25	1,0085	3	0,7559	0,734	0,574
MMO	3,5974	1,2068	3,0635	0,659	3,5084	0,5549	3,3929	1,0231	3,7571	0,7709	0,804	0,529
MPMO	2,961	1,3296	3,2381	0,6776	3,2429	0,5432	3,1429	0,9897	2,8857	0,8904	0,298	0,877

Tabla 6. Coeficientes de Correlación por Edad y Antigüedad por subcategorías EMMCL.

	MPM	MPPM	MMO	MPMO
Edad				
Correlación de Spearman	0,159	0,101	0,158	0,094
Significación (bilateral)	0,26	0,476	0,264	0,508
Antigüedad				
Correlación de Spearman	-0,018	-0,001	-0,082	-0,105
Significación (bilateral)	0,898	0,992	0,565	0,459

Análisis de Resultados Cualitativos:

El 91% de la muestra accedió a responder las 2 preguntas abiertas. De acuerdo a los objetivos planteados: identificar la percepción de la formación académica sobre la muerte y describir la influencia del miedo a la muerte en la entrega de los cuidados, se procedió al análisis definiendo códigos y categorías.

Es importante mencionar previo a la presentación de resultados, que al realizar la lectura y análisis de las respuestas, en ambas emerge la concepción de la muerte como una etapa de la vida del ser humano: *“lo veo como una parte del proceso de la vida”, la veo como un proceso natural en el cual culmina la vida”*.

1. Respecto de la formación de pregrado en relación a la muerte, comente su experiencia.

Emergieron cuatro categorías: valoración, metodología, enfoque de contenidos académicos, la experiencia vivida.

- 1.1 Valoración:** es la percepción que tienen sobre el valor que representa su formación de pregrado en el desempeño profesional frente a la muerte de un paciente.

Valoración positiva: algunos la consideraron adecuada para enfrentar el proceso.

“ha sido una buena base para enfrentar tal situación”, “mi experiencia fue buena considerando que no tenía experiencia... y me sirvió en la parte profesional, ya que nunca vi morir a un paciente durante mi pregrado”.

Valoración negativa: la evaluación predominante fue el considerarla insuficiente o escasa; destacando la falta de preparación en cómo enfrentar la muerte, cómo abordar a la familia del paciente y en la autoprotección.

“las universidades abordan vagamente en cómo enfrentarnos como profesional y en los familiar del paciente”, “la formación en pregrado en relación a este tema es bastante escasa...”, “creo que lo entregado por mi universidad fue pobre con respecto a cómo enfrentar la muerte y cómo dar apoyo a familiares y sobre todo a uno mismo como ente de salud y a mi equipo de salud”, “faltan herramientas para afrontarla de mejor manera”, “tuvimos muchas charlas y capacitaciones en cómo ayudar a los parientes a enfrentar la muerte de su familiar, pero muy poco respecto a cómo protegernos nosotros”.

1.2 Metodologías empleadas: recursos utilizados para la entrega de conocimientos en torno al tema de estudio.

Las principales corresponden a clases y talleres, algunas con intervención de profesionales externos (Psicólogos, Enfermeras), surgiendo en algunos casos la mención de actividades grupales o compartidas.

“tuve 1 ramo donde se tocaba el tema...”, “se hicieron clases de cómo enfrentar el duelo...”, “se nos realizaron variados talleres...”, “se realizaron par de talleres con psicólogos para poder danos unas ideas de cómo afrontar el proceso de muerte de un paciente”, “una enfermera del servicio de hemato-oncología nos fue a hablar de su experiencia respecto a la muerte de pacientes...”, “se hicieron talleres en el ramo de ética, con conversaciones abiertas con compañeros y docentes”.

1.3 Enfoque de los contenidos académicos: áreas temáticas abordadas durante la formación, desde los aspectos médicos, éticos y psicológicos.

Proceso de duelo y muerte: durante el pregrado fueron preparados en la teoría del proceso de duelo y muerte, enfrentamiento y cuidados post mortem.

“tuve formación en variados puntos de vista tanto psicológicos como éticos y médicos”, “se comentaron etapas del proceso de muerte y duelo”, “recuerdo que nos pasaron contenidos respecto a cómo se vive el duelo, el apoyo emocional a los familiares y los cuidados posteriores a la muertes”.

Abordaje familiar: incluyó información en cómo manejar y apoyar a la familia del paciente.

“más que nada el enfoque va hacia la familia en el duelo y cómo ellos lo enfrentan”, “se impartieron clases respecto a la muerte en cuidados post mortem y apoyo emocional a familiares”.

1.4 Experiencias de enfrentamiento: vivencias de muerte durante su formación.

Impacto personal: aunque no todos se han enfrentado, quienes lo han hecho lo describen como un proceso que afecta emocionalmente.

“fue una experiencia fuerte”... “creo que siempre nos afecta y deja marcas”, “es un tema delicado, ya que uno se encariña con los pacientes luego de un período hospitalizado al verlos día a día y su deterioro”.

Impacto en el desarrollo profesional: emerge la visión de que finalmente en la vida laboral se adquiere mayor experiencia y se enfrenta de forma individual, debiendo recurrir a las propias experiencias.

“muy poca experiencia, más bien la adquirí durante mi primer trabajo”, “en la práctica se actúa de forma individual”, “cuando se enfrenta ya trabajando se debe recurrir a las propias experiencias, fe, creencias, etc...”

2. ¿Cómo se expresa su miedo a la muerte en la entrega de los cuidados a pacientes al final de la vida?

Surgen cinco categorías: experiencia de enfrentamiento a la muerte, temores personales, creencia en torno a la muerte, gestión del cuidado en el proceso-muerte de paciente y abordaje a la familia del paciente.

2.1 **Experiencia de enfrentamiento a la muerte:** vivencia de la muerte de un paciente en el desempeño profesional.

Impacto personal: muy pocos reportan no haber vivido aún la muerte de un paciente, aunque se menciona que nunca se está realmente preparado. Un criterio de interés que emerge es que esta experiencia genera distanciamiento en la entrega de cuidados a modo de autoprotección.

“... a pesar de era algo que se esperaba, nunca se está preparado del todo”, “lloré mucho mis primeros pacientes fallecidos, si me encariño con alguien, mi gestión del cuidado en la muerte tristemente se enfría”, “he tenido la experiencia de empatizar quizás demasiado con los familiares, comprometiéndome sentimentalmente con el paciente que fallece hasta el punto de llegar a afectar mi vida extralaboral. Luego de ocurrirme esto trato de evitar un contacto más cercano con el paciente y sus familiares”.

2.2 **Temores personales:** miedos en relación a la muerte propia o de otros.

Aunque el sentido de la pregunta se enfoca al miedo a la muerte en la gestión del cuidado, los informantes consideran sus temores personales para poder empatizar frente a la situación.

Morir propio: existe temor a la vulnerabilidad y a morir solo. Muerte de otros: muerte de un ser querido.

“es un miedo a la vulnerabilidad...”, “... creo que mi mayor temor es morir sola, por eso siempre procuro que estén acompañados por su familia idealmente”, “no le temo a la propia muerte, aunque la muerte de un ser querido tiene gran significado para mi”.

2.3 Creencia en torno a la muerte: concepción personal en que la vida no acaba con la muerte: *“soy creyente por lo tanto sé que nos espera una vida mejor...”*

2.4 Gestión del cuidado en el proceso-muerte de paciente: entrega de cuidados de Enfermería a pacientes que viven dicho proceso.

Actitudes: cuando se informa sentir miedo a la muerte, este parece no interferir en la atención de Enfermería, porque prima el deseo de empatizar frente a la situación, estar tranquilas y enfocarse a brindar los mejores cuidados posibles, incluso a pesar de la frustración que se puede generar al sentir que no se puede hacer nada más para revertir la situación.

“la contención emocional es muy importante y al momento de entregar cuidados el miedo queda postergado o queda en segundo plano para favorecer el bienestar de las personas que atiendo”, “siempre intento realizar mi trabajo lo mejor posible, a pesar del miedo, que uno como funcionario pueda sentir o el sentimiento de frustración de no poder realizar más por salvar la vida del paciente, soy capaz de enfocarme en mi trabajo y entregar los cuidados de enfermería lo mejor posible”, “se nos prepara para ver al paciente evolucionar favorablemente pero no ante la muerte de pacientes...”.

Sin embargo, también existen casos en que la atención es distante o se evita el contacto con el paciente, pero no en base al miedo, sino como autoprotección.

“lloré mucho mis primeros pacientes fallecidos, si me encariño con alguien, mi gestión del cuidado en la muerte tristemente se enfría”, “he tenido la experiencia de empatizar quizás demasiado con los familiares, comprometiéndome sentimentalmente con el paciente que fallece hasta el punto de llegar a afectar mi vida extralaboral. Luego de ocurrirme esto trato de evitar un contacto más cercano con el paciente y sus familiares”, “evito el contacto con el paciente. Se brinda mayor atención a la familia”.

Intervenciones: independiente del contexto en que se desarrolle la situación, las Enfermeras/os acompañan, contienen y brindan el apoyo que creen necesario para el paciente. Procuran no dejarlo solo, favoreciendo la presencia de la familia.

“mis cuidados son enfocados al paciente, en que esta etapa sea cerrada lo menos traumática posible, aliviando dolor, acompañando y rezando para una muerte “digna””, “intento actuar de la forma más empática posible, brindando cuidados que permitan una muerte digna, sin dolor y, si es necesario, con apoyo espiritual”, trato siempre entregar una muerte digna para el paciente y con la compañía de sus seres queridos”, “me preocupo de que no fallezca solo... procuro que esté con su familia y en ausencia de éstos le acompaño en ese proceso”.

Otro aspecto importante a mencionar es el interés de proporcionar los mejores cuidados, realizando a veces un análisis de las intervenciones para asegurarse de haber hecho todo lo que estaba a su alcance.

“no expreso mucho miedo, más que nada es al final de la atención al volver a casa pienso en si hice todo lo que pude, si di lo mejor de mí para entregarle los mejores cuidados al paciente”.

2.5 Abordaje a la familia del paciente: manejo de la familia del paciente en proceso o estado de muerte.

Actitudes: se considera que es un proceso duro para la familia, resultando difícil la entrega de información y contención a los mismos. Existe incertidumbre frente a su reacción y temor de que no asuman la situación, llegándose a pensar incluso que eso puede interferir en la atención del paciente.

“lo más difícil es la contención a la familia del paciente”, “lo que me causa siempre un leve acertijo es el cómo reaccionarán los familiares e los pacientes, ya que muchos no lo logran entender y muchas veces tampoco comprenden la gravedad de algunas patologías”, “recientemente fallecieron pacientes a mi cargo y creo que el mayor temor es el qué decir o

hacer para tranquilizar a la familia del paciente, más que los cuidados... eran pacientes terminales, por lo que era una situación más o menos asumida, sin embargo aún difícil”, “más que el paciente, creo que la familia, el temor de cómo va a reaccionar es lo que condiciona en ciertas oportunidades la entrega de los cuidados, que puede ser menos o menos efectiva”.

La principal reacción a la hora de enfrentar a la familia es actuar con empatía, preocupación y respeto, generándose en algunos casos el sentimiento de pesar por la situación a la que ésta se debe enfrentar.

“preocupación por la familia y su contención”, “les doy una instancia que vivan el duelo, que lo acompañen y ser lo más empática posible por ser un momento de profundo dolor...”, “la experiencia que tengo con la muerte y pacientes se ve reflejado en la pena que siento por los familiares al ver a su familiar muerto”, “más que miedo a la muerte uno lo siente por los familiares, por lo que trata de hacerlo lo más llevadero posible”.

Intervenciones: se procura incluir a la familia durante el proceso, brindando apoyo y contención en base a sus necesidades.

“con la familia trataba de ser lo más tranquilizadora y no invasiva en el proceso del duelo, explicando con más detalles los pasos y procedimientos que iba a realizar...”, “facilitar contención y espacio de privacidad con los seres queridos, promoviendo el apoyo espiritual y psicológico tanto en los familiares como paciente”, “dar espacio a la familia, que se integre hasta el último momento, y no apartarlos ni generarles temor de otorgarlos (baño, cambios de posición, alimentación, etc.) y en el momento de la muerte preguntarles si desean vestirlo, afeitarnos, etc...”

VIII. DISCUSIÓN

Resultados Cuantitativos:

Se observa en la Tabla 1 que existe una disparidad marcada en la distribución de los resultados de las variables: sexo, si profesan o no alguna religión y las experiencias previas con la muerte, lo que no permite realizar un análisis por servicio con cada una de las variables del perfil sociodemográfico y las subcategorías de la EMMCL.

Los resultados obtenidos son variables en relación a lo publicado en otros estudios:

- El nivel grado de miedo a la muerte de las Enfermeras de la clínica se encuentra en nivel: moderado-alto^{13,18,19}.
- El mayor nivel de grado de miedo a la muerte corresponden a la subcategoría “miedo a la muerte de otros”^{13,18,19}.
- El menor nivel de grado de miedo a la muerte se observa en la categoría “miedo a la propia muerte”^{13,18,19}.

Por otra parte, al realizar el análisis inferencial no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos:

- Sexo y miedo a la muerte: el ser mujer no mostró una diferencia significativa, contrario a lo reportado en el grupo de estudiantes universitarios de la ciudad de Concepción¹⁹. Aunque tampoco se encontró una asociación significativa entre el sexo y la actitud ante la muerte investigado en profesionales⁵.

- Edad-Antigüedad y miedo a la muerte: no se estableció una correlación significativa entre estas variables y el miedo a la muerte, pero la literatura reporta que a edad y antigüedades extremas la actitud a la muerte suele ser negativa⁵.
- Religión y miedo a la muerte: la literatura nacional avala la relación no significativa entre creencia religiosa y el miedo¹⁹ y actitud ante la muerte⁵.
- Experiencia previa y miedo a la muerte: la experiencia previa a la muerte no mostró una diferencia significativa, tal como lo reporta la literatura^{5, 19}.
- Servicio y miedo: la mayoría de estudios está realizado en estudiantes, por lo que no se dispone de evidencia que respalde el resultado no significativo obtenido. Lo más cercano es el estudio realizado en profesionales de Concepción en quienes no se comprobó la asociación entre desempeñarse o no en un servicio crítico y la actitud ante la muerte⁵.

Resultados Cualitativos:

Al comparar las vivencias reportadas con lo señalado en las investigaciones cualitativas realizadas en Brasil y algunas cuantitativas también relacionadas, los resultados obtenidos en relación a la formación de pregrado y el impacto del miedo a la muerte en la gestión del cuidado coinciden con la literatura publicada.

La percepción de los informantes de haber recibido una formación insuficiente o escasa en cómo enfrentar la muerte, abordaje familiar y autoprotección, llevaron a una valoración insatisfactoria de la misma. La preparación previa inadecuada en torno al tema se asocia estadísticamente a un mayor miedo a la muerte y a una actitud negativa ante la misma^{5,19}, lo que coincide con la aplicación de la EMMCL al obtener un nivel de miedo reportado en rango moderado-alto.

Se visualiza además, que ante la existencia de miedo u otras emociones, las Enfermeras/os no le atribuyen importancia, focalizándose en proporcionar cuidados de calidad tanto al usuario como a sus familiares. Del enfrentamiento a la muerte y el proceso de morir, nacen sentimientos de miedo, impotencia, sufrimiento y deseos de distanciarse (como autoprotección) pudiendo interferir en la atención. Aún así, el sensibilizarse frente al tema hace casi imposible cuidar sin involucrarse con el paciente y familia, siendo capaces incluso de percibir su sufrimiento^{30,31}.

Los esfuerzos de mejorar la formación de pregrado deberían incluir como pilar fundamental el trabajo desde la emocionalidad, dotando a los profesionales de habilidades y estrategias para un afrontamiento adecuado de la muerte, con el objetivo de entregar cuidados pertinentes al final de la vida¹, sin generar la sensación de fracaso y frustración³⁰ pudiendo ayudar también a reducir la ansiedad y el miedo que produce en los profesionales la entrega de una atención humanizada³¹.

IX. CONCLUSIONES

El nivel de miedo reportado por el equipo de Enfermeras/os fue medio-alto, presentado en menor medida miedo a la muerte propia y mayor miedo a la muerte de otros. Estos resultados coinciden con otras investigaciones relacionadas al tema que utilizan la EMMCL. Sin embargo, al realizar el análisis inferencial entre las variables del perfil sociodemográfico y las subcategorías de la EMMCL no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos como los que demuestra la literatura existente.

Desde el punto de vista cualitativo, las vivencias y sentimientos reportados ponen de manifiesto que la percepción en relación a la formación de pregrado no es buena, identificando la presencia de algunos aspectos relevantes abordados (paciente, familia y equipo de salud), pero de forma insuficiente. Por otra parte, el impacto que genera el miedo a la muerte en el desempeño profesional parece no interferir de forma negativa en poder incluir al binomio paciente-familia, logrando postergar esta emoción en busca de entregar una atención digna y de calidad, respetando así el derecho a la compañía del usuario³⁷. Los esfuerzos de mejorar la formación de universitaria de Enfermería debería incluir como pilar fundamental el trabajo desde la emocionalidad, dotando a los profesionales de habilidades y estrategias para un afrontamiento adecuado de la muerte, con el objetivo de entregar cuidados pertinentes al final de la vida¹.

Entre las limitaciones del estudio es importante mencionar que al no abordar todo el sector privado de la región al momento de seleccionar la muestra, no se pueden extrapolar los resultados cuantitativos. El instrumento utilizado fue validado en Chile en estudiantes de Enfermería y no en profesionales, pero mostró ser confiable. Además, no se pudo realizar un análisis por servicio debido a la disparidad en la distribución de algunas variables.

Los resultados obtenidos en el centro de salud estudiado, permiten cumplir con el propósito de poder entregar herramientas focalizadas al equipo de Enfermeras/os en relación a la muerte y gestión del cuidado a fin de poder brindar una atención de calidad, acorde a las necesidades de los usuarios y sus familias al final de la vida y mejorar la práctica clínica. Proporcionan además una base desde la cual se generan nuevos conocimientos en relación a un fenómeno poco investigado a nivel nacional, revelando distintos aspectos desde los cuales se puede continuar estimulando el desarrollo de futuras investigaciones en torno al tema.

Se sugiere realizar nuevos estudios nacionales en los equipos de enfermería, que aborden la temática de estudio desde la formación académica hasta el desempeño profesional, con el objetivo de mejorar tanto la formación de pregrado como el desempeño profesional.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinoza M, Sanhueza O. Contribuir a la calidad del morir en el cáncer. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2007 [acceso el 20 de enero de 2015]; 13(2): 17-23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532007000200003&lng=es&nrm=iso
2. Organización Panamericana de la Salud. Health in the Americas: Chile. 2012: 189-203. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9%3Aedicion-2012&catid=36%3Apublication&Itemid=124&lang=en
3. Gálvez M. Dignificar el proceso de muerte: saber ser y saber hacer. Index Enferm [Revista en la Internet]. 2011 [acceso el 5 de julio de 2015]; 20(4): 217-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300001
4. Nia H, Lehto R, Ebadi A, Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. Int J Community Based Nurs Midwifery [Revista en la Internet]. 2016 [acceso el 25 de enero de 2016]; 4(1): 2-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709813/>
5. Maza M, Zavala M, Merino JM. Actitud del Profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. Cienc. enferm. [Revista en la Internet]. 2008 [acceso el 20 de enero de 2015]; 15(1): 39-48. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532009000100006&lng=es&nrm=iso
6. Oviedo S, Parra F, Marquina M. La muerte y el duelo. Enferm. glob. [Revista en la Internet]. 2009 [acceso el 20 de marzo de 2015]; 8(1): 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
7. Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, De la Capilla K, et al. How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature [Resumen]. Open Nurs J [Revista en la Internet]. 2013 [acceso el 1 de abril de 2015]; 7: 14-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565229/>
8. Griebeler Oliveira E, Quintana A, Oliveira Bertolino K. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. Rev. bras. enferm. [Revista en la Internet]. 2010 [acceso el 5 de enero de 2016]; 63 (6): 1077-1080. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600033&lang=pt
9. Caro D. La ética del ciudadano en el final de la vida: un análisis ético del ciudadano en el proceso humano de morir dignamente [tesis maestría]. España: Universidad de la Rioja; 2012 [acceso el 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000198.pdf

10. Bellato R, Campos de Carvalho E. El juego existencial y la ritualización de la muerte. Rev. Latino-Am Chile [Revista en la Internet]. 2005 [acceso el 20 de marzo de 2015]; 13(1): 99-104. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a16>
11. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [sede Web]. Madrid. 2014 [acceso el 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=muerte>
12. Kübler-Ross Elisabeth. La muerte: un amanecer. Jáuregui P, traductora. España. Luciérnaga. 2002.
13. Beca JP, Ortiz A, Solar S. Derecho a morir: un debate actual. Rev. méd. Chile [Revista en la Internet]. 2005 [acceso el 20 de enero de 2015]; 133(5): 601-606. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872005000500014&lng=es&nrm=iso
14. Mondragón-Sánchez E, Torre Cordero E, Morales Espinoza M, Landeros-Olvera E. Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en la Internet]. 2015 [acceso el 5 de enero de 2016]; 23(2): 323-328. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Colell R. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermero al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña [tesis doctoral]. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005 [acceso el 1 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf?sequence=1>.
16. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. Death Stud [Revista en la Internet]. 2007 [acceso el 1 de abril de 2015]; 31: 249–60.
17. Pascual MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enferm Intensiva [Revista en la Internet]. 2011 [acceso el 20 de marzo de 2015]; 22(3):96—103. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-ansiedad-personal-enfermeria-muerte-las-unidades-criticos-90025105>
18. Espinoza M, Sanhueza O, Barriga Omar. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en la Internet]. 2011 [acceso el 20 de enero de 2015]; 19(5): 1171-1180. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500015&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Espinoza M, Sanhueza O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. Acta paul. enferm. [Revista en la Internet].

- 2012 [acceso el 20 de enero de 2015]; 25(4): 607-613. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/20.pdf>
20. Lee SW, Lee SY, Lee YW, Kuwano N, Ando M, Hayashi M, et al. Comparison of Attitudes toward Death among Nursing Students from South Korea, Japan and Indonesia [Resumen]. Korean J Hosp Palliat Care [Revista en la Internet]. 2012 [acceso el 1 de abril de 2015]; 15(4): 212-22. Disponible en: <http://koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0155KJHPC%2F2012.15.4.212&DT=1&QY=%22Korean+J+Hosp+Palliat+Care%22+%5BJTI%5D++AND+2012+%5BDPY%5D+AND+Dec+%5BDPM%5D+AND+4+%5BISU%5D>
 21. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábato J, Gómez-Benito J. Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. OMEGA [Revista en la Internet]. 2012-2013 [acceso el 1 de abril de 2015]; 66(1): 39-55. Disponible en: <http://ome.sagepub.com/content/66/1/39.full.pdf+html>
 22. Young-Hee K, Yang-Sook Y, Ok-Hee Ch. Nursing Students' Awareness of Biomedical Ethics and Attitudes toward Death of Terminal Patients [Resumen]. Korean J Hosp Palliat Care [Revista en la Internet]. 2013 [acceso el 1 de abril de 2015]; 16(1):1-9. Disponible en: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.14475/kjhpc.2013.16.1.001&vmode=PUBREADER>
 23. Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Castelli L, Torta R. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. Journal of Nursing Education and Practice [Revista en la Internet]. 2014 [acceso el 1 de abril de 2015]; 4 (3): 188-196. Disponible en: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/viewFile/3254/2204>
 24. Guedes da Silva F, Chaves de Sousa L, Moura Dos Santos P, Silva B, Ferreira de Souza C. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. Rev. bras. Enferm [revista en la Internet]. 2011 [acceso el 5 de julio de 2015]; 64 (6): 1122-1126. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600020
 25. Rodrigues AM. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. Enferm. glob. [Revista en la Internet]. 2011 [acceso el 20 de marzo de 2015]; 10(2): 1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122831>
 26. Código Sanitario. Decreto con Fuerza de Ley N° 725, Santiago (Inciso Cuarto, Artículo 113 del Libro V del Ejercicio de la Medicina y Profesiones Afines). 11 de diciembre de 1967. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595&r=1>
 27. Higgins P. Teoría del final tranquilo de la vida. En: Marriner A, Raile M. Modelo y Teorías en Enfermería. 7° ed. España. Elsevier; 2011: 754-762.

28. Von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México. Fondo de la Cultura Económica. 1968.
29. Lange M, Thom B, Kline NE. Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center [resumen]. Oncol Nurs Forum [Revista en la Internet]. 2008 [acceso el 5 de julio de 2015]; 35(6): 955-959. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18980927>
30. Souza e Souza L, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves R, Oliveira e Silva C, Barbosa D. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. Enferm. glob. [Revista en la Internet]. 2013 [acceso el 5 de enero de 2016]; 12 (32): 222-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lang=pt
31. Guedes Fontoura E, De Oliveira Santa Rosa D. Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de muerte. Index Enferm [Revista en la Internet]. 2013 [acceso el 5 de enero de 2016]; 22 (1-2): 25-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100006&lang=pt
32. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6º ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
33. Vega G, Ávila J, Vega A, Camacho N, Becerril A, Leo G. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. European Scientific Journal. 2014; 10 (15): 523-528. Disponible en: eujournal.org/index.php/esj/article/download/3477/3240
34. Capítulo 5: Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5º ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010. 76-89.
35. Capítulo 7: Concepción o elección del diseño de investigación. En Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5º ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010. 118-169.
36. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Chile. Programa Regional de Bioéticas Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud; 2003. 83-96. Disponible en: <http://www.actabioethica.cl/docs/pautas.pdf>.
37. Ministerio de Salud, Chile. Ley 20.584 Deberes y Derechos de los pacientes. 2012. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cbb3d986537436a2e040010165015aa4.pdf>

XI. ANEXOS

ANEXO A: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Pauta de Variables Sociodemográficas:

I.

1. Edad: _____
2. Sexo: _____ (Hombre, Mujer)
3. Servicio: _____ (Urgencias, Médico-Quirúrgico, Pabellón, Esterilización, Centro Médico, Unidad de Paciente Crítico, Calidad, Gestión de Camas y Enfermera Supervisora)
4. Antigüedad: _____ (meses)
5. ¿Profesa alguna religión? _____ (no, si ¿cuál?)
6. ¿Ha pasado por el proceso de muerte de un cercano antes? _____ (si, no)
7. ¿Ha pasado por el proceso de muerte de un paciente antes? _____ (si, no)

II. Preguntas Abiertas:

Respecto de la formación de pregrado en relación a la muerte, comente su experiencia.

¿Cómo se expresa su miedo a la muerte en la entrega de los cuidados a pacientes al final de la vida?

ANEXO B: ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT-LESTER.

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	Mucho	Moderado			Nada
1. El morir solo	5	4	3	2	1
2. La vida breve	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho	Moderado			Nada
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a LA MUERTE DE OTROS en	Mucho	Moderado			Nada
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación AL PROCESO DE MORIR DE OTROS en	Mucho	Moderado			Nada
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver como sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado **“MIEDO A LA MUERTE EN UN EQUIPO DE ENFERMERAS/OS DE LA CIUDAD DE TEMUCO”**, dirigido por Yilda Contreras Riveros, alumna del programa de Magíster en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera.

Este formulario de consentimiento explica el estudio de investigación. Por favor, léalo detenidamente. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda. Si no tiene dudas ahora, usted puede resolverlas en cualquier momento, por los medios de contacto que más abajo se detallan.

El objetivo de este estudio es conocer el miedo a la muerte que presentan las Enfermeras/os de su centro asistencial.

Si Usted desea participar en esta investigación se le aplicarán las siguientes mediciones:

1. Se le solicitará que conteste una pauta de datos generales (sociodemográficos).
2. 2 preguntas abiertas.
3. La Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester.

Su participación es totalmente libre y voluntaria. Si no desea colaborar no recibirá sanciones de ningún tipo por su decisión. La pauta y escala serán entregadas por la investigadora responsable durante su jornada laboral y ud. las responderá, una vez resueltas todas sus dudas, en su horario de colación o al finalizar su jornada (duración de 10-15 minutos aproximadamente como máximo) con una sala dispuesta para tal fin.

Las evaluaciones que se le realizarán no tendrán costo. Además, tiene el derecho a negarse a responder a preguntas concretas, también puede optar por retirarse de este estudio en cualquier momento y la información que hemos recogido será descartada del estudio y eliminada. Cabe destacar que no existe ningún riesgo (personal o laboral) por su colaboración. Se recuerda que si el tema le provoca sensibilidad, ha vivido o está viviendo un proceso de duelo reciente desista de participar en el estudio para evitar exponerse a emociones indeseadas.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, de manera que la información será organizada con un número asignado a cada participante, por lo que su identidad no será requerida. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. Además se entregará al establecimiento asistencial un informe con los resultados globales y por servicio sin identificar el nombre de las/os participantes.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito. Cualquier pregunta que desee hacer durante el proceso de investigación, podrá contactarse con la Sra. Yilda Contreras Riveros, alumna del programa de Magíster en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera, Celular: 78113212, Correo electrónico: yilda.contrerasr@gmail.com.

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Si Ud. siente que en este estudio se han vulnerado sus derechos podrá contactarse la **Dra. Claudia Barchiesi Ferrari**, Presidenta del Comité Ético Científico de la Universidad de La Frontera, Fono 045 273 4114, Correo electrónico: cec@ufrontera.cl, o concurrir personalmente a Avenida Francisco Salazar N°01145, Pabellón B, Sector Vice-Rectorías, Temuco, en horario de 09:00 a 17:00 hrs.

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., Rut:....., acepto participar voluntaria y confidencialmente en la investigación **“MIEDO A LA MUERTE EN UN EQUIPO DE ENFERMERAS/OS DE LA CIUDAD DE TEMUCO”**, dirigida por Yilda Contreras Riveros, alumna del programa de Magíster en Enfermería Mención Gestión del Cuidado de la Universidad de La Frontera.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita, que mi colaboración en este estudio no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, que es voluntaria, y que puedo negarme o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna a nivel laboral.

Declaro saber que la información entregada será **anónima y confidencial**. Entiendo que la información será analizada por la investigadora y su equipo en forma grupal. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora, la resguardará y sólo se utilizará para los fines de este proyecto de investigación.

Acepto responder las siguientes mediciones:

Pauta de Variables Sociodemográficas:	SI ____	NO ____
2 Preguntas abiertas:	SI ____	NO ____
Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester:	SI ____	NO ____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

_____ Nombre Usuario/a	_____ Nombre Investigador	_____ Nombre Profesor Guía
_____ Firma	_____ Firma	_____ Firma

Fecha: