

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SECCION SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO TANATOLÓGICO EN ENFERMERAS Y  
CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO EN CUIDADOS  
INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO**

**AUTORA:**

**Lic. QUIROZ SUAREZ ROSA ELIDA**

**ASESORA:**

**Dra. DELLY SAGASTEGUI LESCANO**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

Este trabajo está dedicado a toda mi familia, por su cariño y porque siempre me han apoyado, en especial a mis padres.

Gracias principalmente a mi adorado hijo **ESTEBAN** por ser el motor y motivo de todos mis esfuerzos y logros.

Gracias a todos y cada uno de los que lean este trabajo de investigación, porque por ese simple hecho ya forman parte de él.

*ROSA*

## SUMARIO

RESUMEN.....	iii
ABSTRAC.....	iv
	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	27
III. RESULTADOS.....	35
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	39
V. CONCLUSIONES.....	45
VI. RECOMENDACIONES.....	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
VIII. ANEXOS.....	53

# “NIVEL DE CONOCIMIENTO TANATOLÓGICO EN ENFERMERAS Y CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO EN CUIDADOS INTENSIVOS, HRDT”.

**Autora:** Lic Enf. Quiroz Suarez Rosa Elida<sup>1</sup>.  
**Asesora:** Dra. Delly Sagástegui Lescano<sup>2</sup>.

---

## RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo correlacional se realizó durante el mes de diciembre del 2015, en la sección de segunda especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, con la finalidad de determinar la relación del nivel de conocimiento tanatológico en enfermeras y calidad de cuidados al paciente moribundo en cuidados intensivos del HRDT, 2015. La muestra estuvo constituida por 17 enfermeras que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizaron dos instrumentos: Test del nivel de conocimientos tanatológicos de enfermeras y Lista de cotejo sobre calidad de cuidados que brinda la enfermera al paciente moribundo. Los datos obtenidos fueron tabulados y procesados mediante la prueba estadística de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ), obteniéndose que, el 83.3% que brinda buena calidad de atención son enfermeras que tienen un alto conocimiento en tanatología, así también el 77.7% da regular calidad de atención teniendo un nivel de conocimientos medio y el 66.7% de calidad de cuidados mala es brindada por enfermeras que tienen nivel de conocimientos bajo, apreciándose una relación significativa entre ambas variables, la cual es evidenciada en la prueba de independencia de criterios (Chi Cuadrado)  $\chi^2 = p < 0.006$ .

Palabras claves: enfermeras, conocimiento, calidad, tanatología.

---

<sup>1</sup> Licenciada en enfermería de la universidad nacional de Trujillo, [blanca\\_527\\_9@hotmail.com](mailto:blanca_527_9@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doctora en enfermería, profesora Asociada de la Sección Segunda Especialidad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, [delly600@hotmail.com](mailto:delly600@hotmail.com)

**“LEVEL OF KNOWLEDGE TANATOLÓGICO IN NURSES And QUALITY OF CARES  
to the DYING PATIENT IN INTENSIVE CARES, HRDT”**

**Author** : Lic Enf. Quiroz Suarez Rosa Elida<sup>1</sup>.  
**Counsel** : Dra. Delly Sagástegui Lescano<sup>2</sup>.

---

**ABSTRACT**

Present it investigation of descriptive type correlacional accomplished to the dying patient in intensive cares of the HRDT, 2015 during Enfermería's month of December of the 2015, in the section of second specialty of the National University of Trujillo, with the purpose to determine the relation of the level of knowledge tanatológico in nurses and quality of cares. The sign was constituted for 17 nurses that obeyed the criteria of inclusion. They utilized two instruments: Test of the level of knowledge nurses' tanatológicos and Lista of comparison on quality of cares that the nurse offers to the dying patient. The obtained data were tabulated and processed intervening the statistical proof of Chi Cuadrado (  $\chi^2$  ), obteniéndose than, the 83,3 % that good quality of attention offers music nurses that have a loud knowledge in tanatología, that way also the 77,7 % gives regulating quality of attention having a level of half a knowledge and 66,7 % of bad quality of cares is offered by nurses that level of low knowledge, apreciándose have a significant relation between both variables, which is evidenced in the proof of independence of criteria ( Chi Cuadrado )  $\chi^2$  p 0,006

Key words: Nurses, knowledge, quality, tanatología.

---

<sup>1</sup> Licenciada at infirmary of Trujillo's national university [blanca\\_527\\_9@hotmail.com](mailto:blanca_527_9@hotmail.com)

<sup>2</sup> Woman doctor at infirmary, the associate professor of the Section Seconds Specialty of Enfermería's Faculty of Trujillo's National University, [delly600@hotmail.com](mailto:delly600@hotmail.com)

## I. INTRODUCCIÓN

A través de la historia el hombre ha tratado de conocer el significado de la muerte, y al mismo tiempo de evitarlo. La carencia de estudios científicos puede considerarse como síntoma y consecuencia de un fenómeno detectable de la sociedad contemporánea, en la que es patente la negación de la muerte y su ocultamiento. En una época en la que el triunfo de la ciencia y los logros técnicos aproximan al hombre a un hipotético dominio de la naturaleza, la muerte continúa alzándose como un obstáculo. Para Rubio, la muerte ha tenido el carácter de tabú a lo largo de la historia en culturas civilizadas muy diferentes. Se trata de un estado donde el hombre experimenta una mezcla de pudor, miedo, angustia, curiosidad, desolación, y/o también, serenidad y esperanza (Rubio, 2001).

En la actualidad, vivimos en una época que ha enmudecido frente a la muerte, una época donde la ciencia se ha preocupado por tener los recursos necesarios para prolongar la vida en una persona con enfermedad terminal, a través de la sofisticación de aparatos y procedimientos, mientras los pacientes y familia se preocupan por el desenlace y el prospecto de un morir de inquietante calidad. Se podría afirmar que nuestra sociedad no nos prepara para enfrentar el dolor, para consolar y menos para responder a las pérdidas en este caso, la muerte (Karnes, 2006).

La muerte es considerada como un hecho negativo, hablar de ella es como invitar a acercárnosla a nosotros. La sociedad misma no considera que la muerte es parte del ciclo de la vida; así como es el nacimiento, el morir es un acontecimiento único e individual (Mallet, 2003), así en España alrededor de 30.000

personas mueren cada año en alguna de las 280 unidades de cuidados intensivos (UCI) que existen, lo que representa el 12 por ciento de los ingresos que se producen (Elsevier, 2004).

La pérdida de alguien significativo produce reacciones y sentimientos que son normales, la mayoría de las personas son capaces de afrontar la pérdida y realizar el proceso de duelo en forma normal. Sin embargo, otros individuos presentan conflictos con respecto a la pérdida, lo cual repercute en el proceso de duelo y reanudación de su vida normal; en estos casos, el asesoramiento o intervención tanatológica les puede ayudar a resolver el duelo de manera más eficaz (Kübler-Ross, 2006).

Las personas buscan asesoramiento profesional para que se les ayude con los pensamientos, sentimientos y conductas que no pueden afrontar, cuando por algún motivo la familia, la iglesia, los rituales del funeral y otras costumbres sociales fallan o brindan poco apoyo, por tal razón es importante que el personal de enfermería cuente con un alto nivel de conocimientos tanatológicos, para así poder brindar una atención adecuada (Tellez, 2002).

A partir de la década del 50 del pasado siglo comienzan a aparecer nuevas teorías, fundamentalmente en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Patricia Benner, Virginia Henderson, Pepleau son algunos ejemplos de creadoras de nuevas teorías que ofrecen conocimientos necesarios al profesional de Enfermería a la profundización en los aspectos que sirven de base a la práctica y por ende aumentar la Calidad de Atención a los pacientes en etapa terminal (Hernández, 2009). En México y otros países el asesoramiento o la intervención tanatologica

está dirigida a ofrecer una relación de ayuda al paciente en fase terminal o a la familia que ha perdido a un ser querido por muerte (González, 2007).

En Colombia con toda la aportación de Isa Fonegra de Jaramillo, pionera en la Tanatología en ese país y en América Latina, a la tanatología en el proceso de duelo enriquece más la participación del personal de enfermería en el cual en su actividad diaria se enfrenta a un sin número de pérdidas en el paciente hospitalizado, que van desde la pérdida de su rol asistencial y pertenencias, hasta la pérdida de su vida, es por ello que el asesoramiento o la intervención tanatológica en esta modalidad es de mayor utilidad para la enfermera (Tellez, 2002).

El profesional de Enfermería se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten sus acciones, para brindar a los usuarios una mejor Calidad de Atención. La OMS define la Calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del usuario”. La Calidad no es absoluta ni perfecta, puede ser buena, regular y mala en la medida que se analiza, presenta un conjunto de características y solo la buena Calidad satisface al usuario (Pérez, 2010).

El ser profesional de enfermería implica estar continuamente ante el espectro de la muerte, sobre todo en pacientes en etapa terminal; son esos momentos cuando las personas enfermas requieren de todo el apoyo de los profesionales de esta disciplina para el bien morir, sin embargo, los expertos de



enfermería no perciben esta necesidad, que puede ser atribuido a diversos factores (Ojeda, 2007), ya desde pequeños vamos familiarizándonos con la idea de la muerte, tenemos animales y cuando mueren vemos que nunca regresan, ya desde entonces, comenzamos a temer a la muerte.

Las personas tienen pánico a morir, pero no al momento de la muerte, sino a lo que viene después, a —dejar de ser para siempre, aterra la idea de permanecer en un ataúd y llegar a convertirse en polvo “Polvo eres, polvo serás y en polvo te convertirás” escuché una vez. Esas palabras se me quedaron grabadas para siempre, aunque sabemos que la muerte siempre será algo misterioso para nosotros.

Aunque la muerte es socialmente rechazable se busca que sea personalmente aceptable. Y que gracias a esa aceptación personal, se puedan beneficiar otras personas adquiriendo la misma visión ante la muerte, lejos del rechazo de la sociedad, siendo capaces de aceptar la muerte sin maquillarla, encarándola, sólo así podremos vivir plenamente.

En el tiempo de la experiencia en los hospitales como estudiantes y profesional, se ha tenido pérdidas humanas, donde el paciente expresa sus emociones de diferentes maneras frente a las cuales no se sabe cómo actuar o qué decir, ni la forma de encaminar su dolor para llegar a la aceptación.

He elegido este tema porque se quiere y necesita comprender este concepto tan ambiguo, ya que la muerte o estar al borde de ella, nos puede

sobrevenir en cualquier momento (ya sea de un ser querido, o la nuestra propia, aunque el orden natural supone que se produzca al final del ciclo de la vida). Y, a su vez, una vez que logremos entender la idea de muerte podemos ayudar a las personas que viven cercanas a ella y de esta forma permitir que ellas nos ayuden a nosotros mismos, enseñándonos cómo el sentido de la muerte puede dirigir nuestras vidas hacia una expresión enriquecedora de la muerte y el dolor.

Estar al borde de la muerte genera ansiedad ya que es una experiencia que nadie jamás quiere pasar, pero hay que enfrentarse a esa situación en algún momento de la vida.

La mayoría de las veces el personal de enfermería solo se enfoca a las funciones técnicas, administrativas y asistenciales para el cuidado físico del paciente; la atención emocional y espiritual es muy poco atendida por el profesional de enfermería, se ha podido observar las circunstancias que rodean la atención al moribundo, algunas de orden ético como el participar en la implementación de decisiones de retirar equipo para el mantenimiento de la vida o de reducir o evitar maniobras a favor de la misma; otras de orden administrativo, como aplicación inflexible de normas para visitantes del moribundo y su presencia en el momento final de la vida y finalmente; la formación académica de los profesionales de la salud, que carece de contenidos específicos relativos al proceso de morir especialmente en las enfermeras, lo que les ubica con escasa capacidad de autocrítica de su hacer al atender al moribundo.

El presente estudio busca la valiosa contribución de este profesional para el cuidado integral del enfermo en esta fase, mediante el conocimiento tanatológico

y comenzar a formarse no sólo como cuidadora o profesional en este campo sino también como persona, para entender las ideas de muerte y calidad de atención al paciente moribundo. Además acerca del proceso final de la vida y de los aspectos prácticos que proporcionen una atención con alta calidad y una muerte con dignidad.

Se han hecho varios estudios para poderle dar al paciente con enfermedad terminal una mejor calidad de vida durante el transcurso de su enfermedad. Una de las áreas dedicadas a apoyar a este tipo de personas es la Tanatología, según Behar. (2003), este término fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nóbel de Medicina. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista Médico-legal (Behar, 2003).

Según el mismo autor en 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empieza un periodo en el que se confina la muerte en los hospitales; ya para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más, así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "ESCONDIERA" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

La palabra Tanatología viene de las raíces griegas: Tanatos: muerte y logos: estudio, es la ciencia encargada del estudio del proceso de duelo por la muerte de un ser querido y los fenómenos asociados a ellas (Behar, 2003).

Según Behar, 2003; la Dra. Elizabeth Kübler Ross es quién se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal, es ella quien aportó la definición de mayor uso actual y define la Tanatología como una instancia de atención a los moribundos. Por lo que se le considera la fundadora de la Tanatología. Es ella a través de su labor quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tan fin creó clínicas cuyo lema es "Ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas".

Según Elizabeth Kubler –Ross, 2006; doctora en Tanatología, el paciente terminal pasa por cinco etapas psíquicas que preceden a la muerte.

Negación: Es la primera reacción del paciente ante el conocimiento del diagnóstico de su enfermedad; suele negarse a aceptar el diagnóstico.

Ira: El paciente niega la realidad, surgen sentimientos de rabia, de impotencia, de resentimiento hacia los demás. Dirige su agresividad contra todo, especialmente con aquellos que más lo quieren.

Pacto/Negociación: Aquí el paciente acepta la muerte a medias, trata de hacer un pacto con Dios, consigo mismo o con el destino, para conseguir más tiempo de vida o un deseo para vivir sin dolor y molestias.

Depresión: Las anteriores etapas que había sentido dan paso ahora a una gran sensación de tristeza. La persona hace un gran esfuerzo por aceptar la realidad, la de estar enfermo y que va a morir.

Aceptación: En esta última etapa, es la contemplación con relativa tranquilidad hacia su inminente muerte; lo hace sin emoción, pues la lucha ha terminado.

El decálogo de derechos del enfermo terminal, nos hace reflexionar en profundidad con respecto a estos pacientes y sus seres queridos, estos enfermos tienen derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen (Pérez, 2005).

Hay que tener en cuenta que la muerte es la transición más grande, a veces, temida y dura, de la vida; el paciente moribundo, se encuentra muchas veces desinformado, inseguro, angustiado, deprimido, desesperanzado, adolorido y con múltiples síntomas, según su enfermedad. Estas experiencias al final de la existencia por lo general son menos reconocidas y tratadas. Lo esencial es comprender que el enfermo terminal se halla en una situación especialmente vulnerable, que se necesita toda la humanidad y compasión para aliviarle estos momentos, y permitirle aceptar con más resignación el final de su vida, como un hecho ineludible (DMD, 2003).

En 1945, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, menciona a los moribundos, (Artículo 25); también en 1966 la ONU en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,

hace una cita sobre enfermos terminales (Artículos 7 y 27). En la declaración de Lisboa, en 1981, se concretaron los Derechos del Paciente. En el Instituto Nacional de Salud de USA se hizo un análisis importante de los Derechos del Paciente, en Diciembre de 1998. Las Sociedades miembros de la Federación Mundial del Derecho a Morir, han elaborado sus “Derechos del Paciente Terminal” según las normas, estos son:

Derecho a ser tratado como un ser humano hasta que muera.

Derecho a conservar un sentido de esperanza, cualquiera que sea el enfoque que pueda dársele.

Derecho a ser atendido por quienes pueden conservar una esperanza, cualquiera que sea el cambio que pueda haber.

Derecho a expresar a mi modo mis sentimientos y emociones sobre la proximidad de mi muerte.

Derecho a no ser engañado.

Derecho a recibir ayuda de mi familia y para ella, en lo referente a aceptar mi muerte.

Derecho a morir en paz y con dignidad.

Derecho a conservar mi individualidad y a que no se juzguen mis decisiones que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.

Derecho a participar en las decisiones sobre mis cuidados.

Derecho a esperar atención médica y de enfermería continúa aunque las metas de “curación” deban cambiarse a las de “consuelo”.

Derecho a no morir solo.

Derecho a no padecer dolor.

Derecho a que mis preguntas se respondan honestamente.

Derecho a comentar y aumentar mis experiencias religiosas, espirituales, o ambas, sin importar lo que ello signifique a otros.

Derecho a esperar que se respete la santidad del cuerpo humano después de la muerte.

Derecho de ser atendido por personas atentas, sensibles, capaces, que intenten comprender mis necesidades y puedan obtener cierta satisfacción de ayudarme a afrontar mi muerte. (ONU,1966).

Estos derechos son para todos y llegado el momento de dejar este mundo, deben ser cumplidos, porque es un derecho que tenemos. En tan difícil circunstancia la enfermera por su vocación de cuidar es quien está más cerca y más tiempo proporcionando cuidados apropiados y de calidad al paciente moribundo, por eso enfermería debe tener en claro cómo deben ser esos cuidados y hacia quienes están dirigidos. Entonces el acto de enfermería, es el cuidar a la persona en respeto de la dignidad humana, de la vida y los derechos humanos (Pérez, 2000).

Una buena muerte es una meta, un desafío, y comprende tareas tales como luchar porque la dignidad del ser humano no se pierda en ningún momento y respetarle siempre al paciente su derecho a conocer las opciones disponibles y a participar activamente en las decisiones que se tomen acerca de su final, reteniendo así una valiosa proporción de control sobre su vida ( Bejar, 2003).

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la

investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana (Marques , 2002).

Dentro de este contexto tenemos que abordar el término cuidado , que tiene múltiples acepciones, para el caso de enfermería, se puede asumir como una relación interpersonal de naturaleza transformativa que tiene como objeto brindar acompañamiento y contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las personas o colectivos, ya sean sanos o enfermos, y que debe entenderse inmerso en un contexto y enmarcado por los valores, creencias, intereses y expectativas de la persona cuidada y del cuidador (Olivera, 2008).

El cuidado ha estado íntimamente ligado a la naturaleza humana; su evolución, fines y alcances han estado altamente influenciado por los modelos socioeconómicos y culturales imperantes y el valor y significado que las personas, han dado a la salud, la vida y la muerte. Respecto a esto, Porras expresa que “lo que se puede deducir al analizar las diversas acepciones del concepto de cuidado de enfermería, es que éste evoluciona, se desarrolla y se perfecciona a medida que enfermería avanza a consecuencia de su quehacer social como profesión y de su caminar como disciplina” (Gutiérrez, 2009).

El cuidado de enfermería al paciente en estado crítico de salud supone, por un lado, el desarrollo de competencias científico técnicas para la ejecución de intervenciones de alta complejidad, la manipulación de instrumentos y equipos de soporte vital y la realización de acciones orientadas hacia la detección y adaptación de las respuestas fisiológicas ante la terapéutica mediante las capacidades para la



resolución de problemas, el análisis, la toma de decisiones y las actividades independientes, dependientes e interdependientes. Esto es, el desarrollo del patrón empírico de conocimientos, al que hace referencia Carper (Carper, 1999).

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” (Watson, 2002).

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente) (Watson, 2002).

A lo sumo, el cuidado de enfermería al paciente en estado crítico supone la aplicación de una metodología científica que contemple todas las esferas de los

pacientes y le permita desarrollar las actividades en un marco lógico de pensamiento que propenda por la restitución de la salud o el acompañamiento durante la muerte, y que dé cuenta de evidenciar la eficacia de las acciones mediante la utilización de un lenguaje profesional estandarizado que contribuya al desarrollo del conocimiento, la identidad y la autonomía profesional (Rivera, 2007).

El arte de cuidar es lo que caracteriza a la enfermería en el mundo, éste se realiza a lo largo de toda la vida, los enfermeros se enfrentan a ciertos dilemas relacionados con las cuestiones fundamentales que se refieren a los cuidados de acompañamiento en el final de la vida, la vida es el camino que conduce hacia la muerte, que constituye la última etapa.

Los enfermeros son miembros claves en el equipo de salud cuando brindan cuidados a pacientes moribundos y sus familias, haciendo respetar los valores culturales y el derecho a tomar decisiones informadas, y a optar por recibir el tratamiento o rechazarlo y el derecho a una muerte digna brindando cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida respetando y haciendo respetar las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo, abordando las necesidades de los miembros de las familias (Quintero, 2005).

Respecto de los cuidados de enfermería del paciente que va a morir, debemos tener en cuenta el estado progresivo de la enfermedad y su reacciones como lo plantea Elizabeth Kubler Ross, quien describió las reacciones psicológicas y las fases por las que pasan los enfermos, cuando éstos saben que son portadores de una enfermedad, de un estado de deterioro físico y lo funcional que amenaza su vida, en estas fases se hacen muchas preguntas y reflexiones. Se trata de cuidados

especiales que apuntan, más bien, a la calidad de las atenciones que a la cantidad de las mismas. Estos abarcan desde el cuidado del aspecto físico para paliar sus dolores y atender su higiene y apariencia, hasta la atención psicológica y espiritual de la persona (Kübler-Ross, 2006).

En suma, se trata de cuidados integrales. Es importante señalar que para brindar todos estos cuidados, enfermería debe estar preparada y contar con los conocimientos necesarios, pero, por sobre todo, debe contar con alta calidad humana.

La calidad de la atención durante la fase final de la vida contribuye en gran medida a una muerte pacífica y digna y reconforta a los miembros de la familia en el duelo y en el proceso de aceptación de su pérdida (Mendoza, 2001).

Referente al problema en estudio se han encontrado las siguientes investigaciones:

Gómez, (2002), realizó un estudio descriptivo para determinar los elementos conceptuales que tenían los alumnos del 8vo semestre de la licenciatura en enfermería ante la muerte, los resultados arrojaron que el 56%, había participado en el proceso de agonía y muerte en un rango de 1 a 5 casos; el 20 %, de 6 a 10 casos y el resto, no había tenido experiencia alguna. El 48 %, dio una connotación biológica al concepto de muerte, el resto, refirió que es la separación del cuerpo y del alma. El 76 % reconoce cuatro etapas básicas de duelo (negación, ira, negociación y aceptación). En cuanto a las necesidades del moribundo, el total de la muestra reconoce que las tres principales necesidades son: comunicación afectiva, compañía y trato digno. En lo referente a las acciones de enfermería: 68%,

dijo que proporcionar compañía y escuchar, son las acciones más importantes del personal de enfermería; y para el 14%, la administración de medicamentos. El 36%, mencionó carecer de los elementos básicos para dirigir al moribundo y su familia en el proceso de muerte (Gómez, 2000).

Olano, (2004), realizó un estudio retrospectivo en cuidados intermedios, con el objetivo de analizar la aplicación de los principios bioéticos frente al paciente moribundo. Su universo se constituyó por 42 fallecidos, y encontró que 62%, se hallaban inconscientes al momento de la muerte, En los 42 casos la enfermera estuvo presente y fue ella quien se percató de la muerte clínica, en todos los casos se actuó respetando la autonomía del moribundo donde el consentimiento informado jugó un papel importante. Para los autores, el deterioro que ha sufrido la relación del equipo de salud con el paciente moribundo, es resultado del menoscabo que sufre la sociedad en su conjunto, lo que implica que en cada una de las situaciones de atención de enfermería, el paciente sea visto como un ser humano, es decir, un individuo responsable, con consentimiento y percepción, al que se le debe respetar su intimidad y satisfacer sus necesidades de relación, afecto y espíritu, y no solamente tratar la enfermedad, controlar síntomas y cuidar su cuerpo (Olano, 2004).

Ochoa, (2008), realizó un estudio descriptivo para indagar sobre el conocimiento de las enfermeras sobre los aspectos éticos de la reanimación cardiopulmonar (RCP), se encontró que solo el 45% de ellas consideraron que la decisión de un adulto competente que rechaza la reanimación cardiopulmonar debe ser respetada, lo que es contrario a las recomendaciones éticas de la American

Heart Association; por lo que concluyen que existe conocimiento deficiente en los aspectos bioéticos sobre la RCP y los derechos del paciente.

Tapia (2007) Reporta el estudio de la City of Hope National Medical Center of Duarte, California cuyos objetivos fueron indagar hasta qué punto las enfermeras atienden las necesidades de los pacientes en estado terminal, e identificar los dilemas que con mayor frecuencia afrontan las enfermeras, las barreras que más a menudo perciben y la eficacia de la formación recibida sobre los cuidados que se proporcionan a estos pacientes.

En su resultado, los dilemas más frecuentes, que identificaron fueron el uso de la voluntad anticipada y respeto de los derechos del paciente y de su autodeterminación, los obstáculos más graves fueron: la falta de continuidad en los cuidados, el deseo de los familiares de evitar la muerte y la incomodidad de los profesionales de la salud frente a la muerte, él 89% cree que la formación relativa al cuidado del paciente terminal es importante en la formación básica de enfermería pero que es insuficiente, refieren tener más confianza en los aspectos físicos de los cuidados y muestran dificultad en cuanto a proporcionar atención espiritual o dar respuesta a las necesidades psico-sociales.

Igualmente en Perú, se realizó un estudio titulado, “Calidad de Atención en Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal”, cuyo objetivo fue Determinar la Calidad de Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estudio tipo descriptivo. La muestra de estudio constituida por 8 Profesionales de Enfermería y 23 pacientes. El instrumento; una encuesta. Los resultados: El 75% de las Enfermeras conoce la misión de su

servicio, el 62.5% se rige de normas, el 100% está motivado a realizar el trabajo con calidad, el 50% opina que cuenta con los recursos y materiales para la atención. En cuanto a la dotación de enfermeras el 75% opina que es insuficiente, el 62.5% supervisa al personal asignado a su cargo en la atención. Conclusión: La Atención de Enfermería cumple con los criterios de Calidad y según la opinión del usuario la Atención de Enfermería se valora como muy buena (Jamaica, 2006).

En la ciudad de Lima-Perú, se realizó otro estudio titulado; Calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos “Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, cuyo objetivo fue Determinar y Medir los Indicadores de Calidad de Atención. Estudio descriptivo, la población conformada por 328 pacientes, el instrumento utilizado; una ficha de recolección de datos, resultados el 25% de los pacientes hospitalizados, con mortalidad neta de 14,9%. Los indicadores fueron: úlceras por presión 13,7%, neumonías por ventilación mecánica 13,5%, reincubaciones 10,65%, infecciones por catéter venoso central 9,7%, infecciones por sonda Foley 5,45%, extubaciones accidentales 3,68%, accidentes durante el traslado 0,9% y caídas o golpes 0,3%. El nivel de calidad de atención en UCI se encuentra: alto 96,9% (318) y medio 3,1% (Martínez, 2007).

Del mismo modo se realizó un estudio, titulado “Calidad de Atención de Enfermería según la Opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario del “Inen,” Lima”, cuyo objetivo fue Identificar la Calidad de Atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a Quimioterapia en la Unidad de Tratamiento Multidisciplinario del

Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Estudio tipo descriptivo. La muestra consto de 40 pacientes. El instrumento fué tipo encuesta. Los resultados arrojaron que la Calidad de Atención de Enfermería se encontró; buena según opinión del paciente, la opinión de la Atención de Enfermería en la Dimensión Humana es buena, en la Dimensión Oportuna la Atención de Enfermería es buena, la opinión de la Atención de Enfermería en relación a la Dimensión Segura es regular, y la Relación Interpersonal es buena (Aiquipa, 2008).

Así mismo se realizó otro estudio en México; titulado “Satisfacción del Usuario Adulto Mayor con la Calidad de la Atención de Enfermería en el Hospital General “Cunduacán,” Tabasco”, cuyo objetivo general fue Evaluar el Nivel de Satisfacción del Usuario Adulto Mayor a la Calidad de la Atención de Enfermería proporcionada durante su Hospitalización. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con 58 usuarios adultos mayores, se les aplicó cuestionario. Los resultados indican que el índice de satisfacción general fue 58% con satisfacción alta, el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja. Las conclusiones del estudio permitieron identificar que más de la mitad de los usuarios adultos mayores presentaron nivel de satisfacción alto al cuidado proporcionado por el personal de enfermería (García, 2009).

Por otra parte se realizó un estudio titulado, Determinación de Calidad de Atención del Profesional de Enfermería en el Servicio de hospitalización, cuyo objetivo fue Determinar la Calidad de Atención del Profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de las Instituciones Prestadoras de Salud de tercer Nivel de Atención, privadas de Barranquilla-Colombia. El estudio fue descriptivo. La

población estuvo constituida por el universo de profesionales de enfermería que laboran en las siguientes instituciones: Clínica del Caribe, Clínica de la Costa, Hospital Universidad del Norte, Clínica Bautista y Salud. El instrumento fue un cuestionario. El resultado obtenido fue, no se reportó caída de pacientes, y los demás indicadores están por debajo del 10%, las instituciones A y B no presentaron indicadores negativos de la calidad de la atención (Puig, 2007).

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante:



**PROBLEMA:**

**“CUAL ES LA RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO TANATOLOGICO EN ENFERMERAS CON LA CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO EN CUIDADO INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO”**

## **OBJETIVOS:**

1. Determinar la relación del Nivel de Conocimiento Tanatológico de las enfermeras con la calidad de cuidados al paciente moribundo, en la Unidad de Cuidado Intensivos del HRDT.
2. Identificar el Nivel de Conocimiento Tanatológico de las enfermeras en la Unidad de Cuidado Intensivos del HRDT.
3. Identificar la calidad de cuidados que brinda la enfermera al paciente moribundo en la Unidad de Cuidado Intensivos del HRDT.

## **II. MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1 Tipo de investigación**

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, correlacional, a través de la metodología cuantitativa y de corte transversal (Polit y Hungler 2000) ya que se aplicó en una población, tiempo y espacio determinado y se realizó con el personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Regional Docente de Trujillo.

### **2.2 Universo Muestral**

El universo de la presente investigación estuvo constituido con toda la población en estudio, conformado por 17 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Correspondió a enfermeras adscritas a la unidad de cuidados intensivos, las enfermeras fueron seleccionadas en el turno matutino, vespertino y nocturno.

### **2.3 CRITERIOS DE INCLUSION**

- ✓ Enfermeras que laboran en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✓ Enfermeras que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- ✓ Enfermeras que están r activas en cuanto a desempeño laboral.

## **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Estuvo constituida por cada una de las enfermeras que fueron evaluadas en dos aspectos: nivel de Conocimiento Tanatológico y calidad de atención a los pacientes moribundos; seleccionadas en el turno matutino, vespertino y nocturno.

## **2.5 INSTRUMENTOS**

En el presente estudio de investigación, para la recolección de datos se utilizó los siguientes instrumentos:

### **2.5.1 TEST DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS TANATOLÓGICOS DE ENFERMERAS**

Elaborado por Amador y modificado por la autora (**Anexo 1**); consiste en una serie de preguntas, en la cual las enfermeras participaron de forma voluntaria y anónima, cuyo objetivo será determinar el nivel de conocimientos Tanatológico (Amador, 2009).

El test del conocimiento consta de 14 ítems con un puntaje de 2 cada ítem, frente a las cuales se solicitó a las entrevistadas, exponer sus conocimientos:

Alto: 20 – 28 puntos.

Medio: 11 - 19 puntos.

Bajo: < 10 puntos.

## **2.5.2 LISTA DE COTEJO SOBRE CALIDAD DE CUIDADOS QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE MORIBUNDO**

Elaborado por Hagei y modificado por la autora (**Anexo 2**), consta de 18 ítems frente a los cuales se observó y marcó de acuerdo a lo solicitado (Hagei, 2010).

Se otorgó dos puntos en cada ítem, por lo tanto a mayor puntaje obtenido mayor calidad en la atención del paciente moribundo. Se evaluó de la siguiente manera:

Buena: 25- 36

Regular: 13-24

Mala: 0 – 12

## **3.- CONTROL DE CALIDAD DE DATOS**

### **3.1 Prueba Piloto**

Los instrumentos de la presente investigación se aplicó a 12 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Essalud, con características semejantes a la población en estudio, los mismos que no serán considerados en el universo muestral, para conocer su comprensión, practicidad y tiempo de aplicación de dicho instrumento; así como para proporcionar la base necesaria para la validez y confiabilidad del mismo.

### **3.2 CONFIABILIDAD:**

Se determinó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos, obteniéndose:

#### **Instrumentos:**

Test del nivel de conocimientos tanatológicos de enfermeras: **0.437**

Lista de cotejo sobre calidad de cuidados que brinda la enfermera al paciente moribundo: **0.509**

### **3.3 VALIDEZ:**

Se realizó mediante la validación de juicio de expertos, dos enfermeras especialistas en cuidados intensivos de adulto.

## **4. PROCEDIMIENTO**

1. Se solicitó el permiso del director del Hospital Regional Docente de Trujillo.
2. Se realizó la identificación de las enfermeras que cumplan con los criterios de inclusión.
3. Se coordinó con el personal de enfermería a otorgar su aprobación mediante la hoja de consentimiento informado para aplicar el instrumento.
4. La información se obtuvo mediante la aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, para la cual se ha seguido los siguientes pasos: La recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

5. La aplicación del instrumento se realizó al concluir las actividades diarias de las enfermeras para evitar interrupciones.
6. El instrumento se aplicó en una sola sesión a las enfermeras que cumplieron con los criterios de inclusión, en un tiempo de 20 minutos como máximo por cada uno; para lo cual se conversó con la enfermera y se le solicitó su colaboración, respetando así el derecho de anonimidad y confidencialidad de los datos
7. Para medir el nivel de conocimientos se aplicó un instrumento con preguntas de opción única al personal de enfermería de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo
8. Se aplicó una lista de cotejo al personal de enfermería durante su turno laboral, esta lista se evaluó mediante la observación directa a las enfermeras en la atención de los pacientes moribundos.
9. La aplicación del instrumento y la lista de cotejo se realizó por separado; se realizó la observación de la atención al paciente moribundo por parte de la enfermera, correspondiendo a dos observaciones en el turno de la mañana (7am-1pm) y una observación en el turno de la tarde (1pm-7pm), y una última observación en el turno de la noche (7pm-12am) haciendo un total de 68 observaciones, cuatro en cada una de las enfermeras.
10. Finalizada la recolección de datos se realizó la calificación asignándoles el puntaje respectivo, se procesó la información.

#### **4.2 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Los datos recolectados a través del instrumento fueron procesados por Microsoft Excel y presentados en patrones de clasificación de una y dos entradas.

Los resultados se presentaron en tablas estadísticas de distribución absoluta y relativa, en forma numérica y porcentual; así mismo se utilizó gráficos adecuados para presentar los resultados de la investigación.

Se empleó la prueba de independencia de criterios Chi- cuadrado que sirvió para identificar la relación existente entre las dos variables en estudio, considerando:

Si  $p > 0.05$ , no existe relación significativa.

$p \leq 0.05$  si existe relación significativa.

$p \leq 0.01$  existe relación altamente significativa

### **4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR**

En el presente estudio se describió detalladamente la naturaleza del estudio a los participantes, mediante el consentimiento informado, el participante decidió su participación en este trabajo y tiene derecho a exigir que se le explique el propósito del estudio, el cual es anónimo, el decidió cuándo contestar una pregunta sin sufrir amenazas explícitas o implícitas por no contestar, en cualquier momento el participante tuvo derecho a no responder ciertas preguntas o a no participar en el estudio, se mantuvo la información obtenida en estricta confidencialidad y los resultados obtenidos fue conocido por los participantes (Polit- Hungler, 2000).

**Consentimiento informado:** Significa que los sujetos de la investigación, reciben información completa y absoluta sobre el propósito del estudio, los procedimientos, la recogida de datos, los posibles riesgos y beneficios y los métodos alternativos del tratamiento; los sujetos son capaces de entender totalmente la investigación y las implicancias de la participación; tienen el poder de elegir libremente y dar su consentimiento voluntario o declinar la participación en la investigación.



**Anonimato:** Ocurre cuando cualquier investigador no puede relacionar al sujeto con los datos.

**Confidencialidad:** Garantiza que cualquier información proporcionada por un sujeto no será comunicada de ninguna forma que identifique al sujeto y no será accesible para personas que no pertenezcan al equipo de investigación

#### **DEFINICION DE VARIABLES:**

##### **1. Variables dependientes:**

Calidad de atención al paciente moribundo.

##### **a). Definición nominal:**

Se aplican cuidados asistenciales sin descuidar el ámbito emocional, espiritual y humano con participación de la familia en el cuidado, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y conseguir una muerte digna (Bonilla, 2011).

**b). Definición Operacional:** el nivel de calidad será identificada por la lista de cotejo, las cuales se operacionalizará en tres categorías:

Buena Calidad: cuando la enfermera obtenga de 25 – 36 puntos.

Regular Calidad: cuando la enfermera obtenga de 13-24puntos.

Mala Calidad: cuando la enfermera obtenga de 0 – 12 puntos.

##### **2. Variables Independientes:**

Conocimiento Tanatológico en enfermeras.

**a). Definición nominal:**

El conocimiento se define como un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección en el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados. Los conocimientos de enfermería en cuanto a bioseguridad en la administración de medicamentos deben ser oportuna, con calidad, y libre de riesgo proyectados a prevenir que los pacientes adquieran otra patología que complique su recuperación y que lleve inclusive a provocar la muerte (Valera, 2006).

**b). Definición Operacional:**

NIVEL DE CONOCIMIENTO ALTO: Cuando la enfermera contesta correctamente de 20 – 28 preguntas formuladas en el instrumento diseñado para tal fin.

NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIO: Cuando la enfermera contesta correctamente de 11 – 20 preguntas formuladas en el instrumento diseñado para tal fin.

NIVEL DE CONOCIMIENTO BAJO: Cuando la enfermera contesta correctamente < de 10 preguntas formuladas en el instrumento diseñado para tal fin.

## **III RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA TANATOLOGÍA”**

CONOCIMIENTOS	N°	%
ALTO	6	35.3
MEDIO	8	47.1
BAJO	3	17.6
TOTAL	17	100

**FUENTE: TES DE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA TANATOLOGIA**

**TABLA N° 2**

LISTA DE COTEJO SOBRE CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO

CALIDAD DE CUIDADOS	N°	%
BUENA	6	35.3
REGULAR	9	52.9
MALA	2	11.8
TOTAL	17	100

**FUENTE:** LISTA DE COTEJO SOBRE CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE MORIBUNDO

**n=17**

**TABLA N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO TANATOLÓGICO EN ENFERMERAS RELACIONADO A LA CALIDAD DE CUIDADOS QUE BRINDAN AL PACIENTE MORIBUNDO EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS, HRDT.**

CONOCIMIENTO TANATOLÓGICO	CALIDAD DE CUIDADOS							
	Buena		Regular		Mala		total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
ALTO	5	83.3	1	11.1	0	0	6	35.3
MEDIO	1	16.6	7	77.7	0	0	8	47
BAJO	0	0	1	11.1	2	66.7	3	17.6
TOTAL	6	100	9	100	2	100	17	100

**FUENTE: TNC/LC**

**$X^2 = 0.006$  (P<0.05)**

**IV.**

# **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano, el pensamiento crítico del enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante una situación compleja y el cómo actuar ante dicha situación. La práctica de enfermería, proporciona el mecanismo donde el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para asistir y cuidar al paciente en sus diversas etapas de salud.

La mayoría de veces el personal de enfermería solo se enfoca a las funciones técnicas, administrativas y asistenciales para el cuidado físico del paciente; la atención emocional y espiritual es muy poco atendida, se ha podido observar las circunstancias que rodean la atención al moribundo, algunas de orden ético como el participar en la implementación de decisiones de retirar equipo para el mantenimiento de la vida o de reducir o evitar maniobras a favor de la misma; otras de orden administrativo, como aplicación inflexible de normas para visitantes del moribundo y su presencia en el momento final de la vida y finalmente; la formación académica de los profesionales de la salud, que carece de contenidos específicos en relación al proceso de morir especialmente en las enfermeras, lo que se manifiesta en escasa capacidad de autocrítica al momento de la atención al paciente moribundo.

El ser profesional de enfermería implica estar continuamente ante el espectro de la muerte, sobre todo en pacientes moribundos; son esos momentos cuando requieren de todo el apoyo de los profesionales de esta disciplina para el bien morir.

La **tabla 1**, nos muestra el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la tanatología, el 35.3% de las enfermeras en estudio, tienen un alto conocimiento,



el 47.1%, tienen nivel de conocimiento medio y solo el 17.6% tiene bajo conocimiento sobre la tanatología.

La muerte, aún y cuando se le conceptualiza como un fenómeno natural, no deja de ser una experiencia impactante cuya realidad no siempre es aceptada en su totalidad, dado que no ha dejado de ser un hecho temido por la mayor parte de las personas.

Los resultados obtenidos a través de este estudio denotan que a las enfermeras les falta conocimiento en tanatología, esto a pesar de que la mayor parte de ellas ya han experimentado la muerte de una persona cercana, lo que lo hace un fenómeno conocido, aunque claramente es vivido de manera distinta en el ámbito hospitalario.

Lo anterior evidencia la insuficiente información que las enfermeras reciben para el desarrollo de recursos en la atención en este tipo de situaciones o bien, se puede estar viviendo el fenómeno de que, como enfermería está tan acostumbrado a convivir con la muerte, concibe que los pacientes podrían morir en cualquier momento y en especial los que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos.

**En nuestro medio encontramos el estudio de Gómez (2002)** quien realizó un estudio descriptivo para determinar los elementos conceptuales que tenían los alumnos del 8vo semestre de la licenciatura en enfermería ante la muerte, los resultados arrojaron que el 56%, había participado en el proceso de agonía y muerte en un rango de 1 a 5 casos; el 20 %, de 6 a 10 casos y el resto, no había

tenido experiencia alguna. El 48 %, dio una connotación biológica al concepto de muerte, el resto, refirió que es la separación del cuerpo y del alma.

La **tabla 2**, nos muestra la calidad de atención al paciente moribundo por parte de las enfermeras en estudio, el 52.9% presenta una regular calidad de atención, mientras que el 35.3% buena calidad y solo un 11.8% mala calidad de atención al paciente moribundo.

La calidad suele entenderse como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”

En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Esta calidad regular que brindan las enfermeras, probablemente se deba a la carga laboral que hay en las unidades de cuidados intensivos u otros factores extrínsecos que llevan a la enfermera adoptar esta posición.

Estos datos se contrastan con estudios realizados por Tapia (2007) el cual reporta el estudio de la City of Hope National Medical Center of Duarte, California cuyos objetivos fueron indagar hasta qué punto las enfermeras atienden las necesidades de los pacientes en estado terminal, e identificar los dilemas que con mayor frecuencia afrontan las enfermeras, las barreras que más a menudo

perciben y la eficacia de la formación recibida sobre los cuidados que se proporcionan a estos pacientes.

En su resultado, los dilemas más frecuentes, que identificaron fueron el uso de la voluntad anticipada y respeto de los derechos del paciente y de su autodeterminación, los obstáculos más graves fueron: la falta de continuidad en los cuidados, el deseo de los familiares de evitar la muerte y la incomodidad de los profesionales de la salud frente a la muerte, el 89% cree que la formación relativa al cuidado del paciente terminal es importante en la formación básica de enfermería pero que es insuficiente, refieren tener más confianza en los aspectos físicos de los cuidados y muestran dificultad en cuanto a proporcionar atención espiritual o dar respuesta a las necesidades psico-sociales.

Otro estudio realizado en el año 2006 en Perú titulado, “Calidad de Atención en Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal”, cuyo objetivo fue Determinar la Calidad de Atención de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Estudio tipo descriptivo. La muestra de estudio constituida por 8 Profesionales de Enfermería y 23 pacientes. El instrumento; una encuesta. Los resultados: El 75% de las Enfermeras conoce la misión de su servicio, el 62.5% se rige de normas, el 100% está motivado a realizar el trabajo con calidad, el 50% opina que cuenta con los recursos y materiales para la atención. En cuanto a la dotación de enfermeras el 75% opina que es insuficiente, el 62.5% supervisa al personal asignado a su cargo en la atención. La Atención de Enfermería cumple con los criterios de Calidad y según la opinión del usuario la Atención de Enfermería se valora como muy buena (Jamaica, 2006).

En relación con las variables en estudio, **en la tabla 3**, se observa que el 83.3% que brinda buena calidad de atención son por parte de las enfermeras que tienen un alto conocimiento en tanatología, así también el 77.7% da regular calidad de atención teniendo un nivel de conocimientos medio y el 66.7% de calidad de cuidados mala es brindada por enfermeras que tienen nivel de conocimientos bajo.

Con estos resultados se puede concluir la importancia que tiene el conocimiento para brindar una buena calidad de atención a los pacientes, en especial al paciente moribundo, que con palabras y acciones basadas en el conocimiento del tema de la tanatología se puede hacer de este momento tan difícil, un poco menos doloroso y con esperanza.

Los resultados del presente estudio, guardan similitud con lo reportado por Puig (2007), en instituciones prestadoras de salud privadas en barranquilla-colombia quien encontró que en la atención de enfermería no presentaron ningún indicador negativo.

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian que las enfermeras que brindan una mejor atención son las que tienen un alto y medio nivel de conocimiento, apreciándose una relación significativa entre ambas variables, la cual es evidenciada en la Prueba de Independencia de criterios ( Chi cuadrado)  $p_ < 0.006$ .

Los conocimientos que se adquiere durante la formación y capacitación como profesional, garantizan el hacer, el pensar y el sentir en cada situación del cuidado.

## V. CONCLUSIONES

Después del análisis de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El (47.1%) de enfermeras en estudio tiene un nivel medio de conocimientos en el tema de la tanatología. El (35.3%) de enfermería tiene un alto conocimiento y solo el 17.6% tiene bajo conocimiento sobre la tanatología.
2. En cuanto a la calidad de atención el (52.9%) de las enfermeras brinda una regular calidad, en tanto el (35.3%) da buena calidad de atención y (11.8%) las que dan una mala calidad de atención
3. El 83.3% que brinda buena calidad de atención son por parte de las enfermeras que tienen un alto conocimiento en tanatología, así también el 77.7% da regular calidad de atención teniendo un nivel de conocimientos medio y el 66.7% de calidad de cuidados mala es brindada por enfermeras que tienen nivel de conocimientos bajo.
4. Se encontró relación estadísticamente significativa entre en nivel de conocimientos sobre la tanatología y la calidad de atención al paciente moribundo. ( $X^2 = 0.006$  ( $P < 0.05$ )).

## VI RECOMENDACIONES

Al hospital Regional de Trujillo:

1. Realizar otras investigaciones sobre el tema orientado a las actitudes del personal de enfermería frente a un paciente moribundo.
2. Impulsar las capacitaciones permanentes para reforzar los conocimientos sobre la atención y cuidado del paciente moribundo.
3. Fortalecer la ética y la deontología del profesional de la salud, de manera particular de la enfermera.
4. Que el equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este “espíritu de equipo” incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
5. A las universidades formadoras de enfermeras especialistas en cuidados intensivos lograr concientizar el cuidado humanizado el los pacientes en su última etapa de vida.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aiquipa, A. (2008). "Calidad de atención de enfermería según la opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INE", para optar el título de enfermera especialista Lima-Perú.

Amador, C. (2009). "Nivel de conocimiento Tanatológico en estudiantes del servicio social" Para optar la licenciatura en enfermería. Universidad de Veracruz. Bolivia.

Behar, D. (2003). "Un buen morir: Encontrando sentido al proceso de muerte". Pág. 67-69 -México.

Bonilla, J. (2011). "El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo". Tesis para optar la licenciatura en enfermería. Quito- Ecuador.

Carper, B. (1999). Fundamental patterns of knowing in nursing: desarrollo teórico e investigativo. Pág.26-34 Colombia- Bogotá.

DMD, (1993). FUNDACION PRO DERECHO A VIVIR DIGNAMENTE, COLOMBIA.

Elsevier, T. (2004). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación p. 193-194. Madrid- España.

García, M. (2009). “Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco”, para optar el título de licenciada en enfermería. Tabasco- México.

Gómez, L. (2002) “*determinar los elementos conceptuales que tenían los alumnos del 8vo semestre de la licenciatura en enfermería y obstetricia ante la muerte*”. Tesis para optar la Maestría. Clínica Good Hope Lima- Perú.

González, Y. (2007). “*Eficacia de dos intervenciones basadas en la teoría del procesamiento y adaptación*” .Tesis doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Pág. 37-40.

Gutiérrez C. (2009). Medición de la Capacidad de Afrontamiento. Ponencia presentada en María Alvarado-García el VIII seminario internacional de enfermería: Cuidado al paciente en condiciones agudas y crónicas de salud, Facultad de Enfermería. Colombia.

Hagei, J. (2010). “Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los Servicios Generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2010” TESIS para obtener el título profesional de Licenciado de Enfermería. UNMSM -LIMA.



Hernández, A. (2009). Enfermería transcultural. Disponible:  
<http://www.portalesmedicos.com> (Mayo, 2013).

Jamaica, M. (2006). “Calidad de atención en enfermería en la unidad de cuidados intensivos del instituto nacional materno perinatal”. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Lima- Perú.

Karnes, B. (2006). “En el duro proceso de la muerte” Capítulo “desapareció de mi vista”. Escuela de Enfermería. Fotocopias Cátedra F.C.M., U.N.Córdoba.

Kübler-Ross, E. (2006). “Preguntas y respuesta a la muerte de un ser querido”. Escuela de Enfermería. Apuntes Cátedra de Enfermería del Adulto y del Anciano. F.C.M. U.N.Cuyo.

Mallet, L. (2003). Manual del diplomado en Tanatología, Modulo 5. México: Instituto Mexicano de Tanatología.

Martínez, J. (2007). “Calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos “Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”, Tesis para optar la licenciatura en enfermería. Lima –Perú.

Marques S. (2002). Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización: El arte y la ciencia del cuidado. Pág. 207-216. Universidad Nacional de Colombia- Colombia.

Mendoza, W. (2001). Apuntes de Cátedra de Investigación en Enfermería. Escuela de Enfermería Pág. 25-17- Mendoza.

Ochoa, G. (2008,). Opiniones y actitudes del personal de salud sobre Aspectos de la Reanimación Cardio pulmonar, en los servicios de mayor riesgo del Hospital Félix Mayorca Soto. Junín-Perú.

Ojeda, B. (2007). “Necesario Profundizar en el estudio de la tanatología: Criterios del periodismo independiente”, Yucatan , México.

Olano (2004). “Nivel de conocimientos y aplicación de los principios bioéticos frente al paciente moribundo”, Hospital Nacional Almanzor Aguinaga de Lambayeque, Chiclayo.

Olivera, T. (2008). Manual de autocuidado del adulto mayor (3ra Ed.)México: Editorial: azteca.

Pérez, E. (2005). “Decálogo de derechos del enfermo terminal” Escuela de Enfermería, apuntes cátedra Deontología. F.C.M. U.N.Córdoba.

Pérez, E. (2005). Cátedra de Deontología y problemática de enfermería, Escuela de Enfermería. F.C.M. U.N. Córdoba, Pág. 125.

Pérez, K. (2010) “Percepción de los Usuarios sobre la Calidad de Atención Brindada por el Profesional de Enfermería en el servicio de Medicina Interna I y II del Complejo Universitario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar. Tesis doctoral. Pág. 5- Bolívar.

Puig, N. (2009). “Determinación de la Calidad de la atención de enfermería en pacientes con síndrome coronario agudo en la clínica central “Cira García reyes”. Tesis para optar por el título de enfermera especialista. Barranquilla – Colombia.

Polit, D. y Hungler, B. (2000). Introducción a la investigación en ciencias de la salud (6 ed.). México: McGraw-Hill interamericana.

Quintero, M. (2005). “Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería en: Cuidado y práctica de enfermería” Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Pág. 184

Rivera, L. (2007). “Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica” Pág.54 – 66. Costa Rica.

Rubio, S. (2001). Tanatología “Talleres gráficos de la Coordinación Sistema Universidad Abierta, UNAM”.- D.F México.

Tapia, C. (2007). “Hasta qué punto las enfermeras atienden las necesidades de los pacientes en estado terminal”. Tesis para optar la licenciatura en enfermería. Universidad de California.

Tellez, O. (2002). Cuidado emocional al enfermo terminal y a su familia, Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia, UNAM, editores- México.

Valera, T. (2006). Manual de formación para auxiliares de enfermería Modulo III. Atención de enfermería a pacientes hospitalizados. Edición 3. Colombia.

Watson, J. (2002). Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en: [http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson) (Consultado el 24 mayo del 2013).

## VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO-  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECCION DE SEGUNDA ESPECIALIDAD:  
CUIDADOS INTENSIVOS DEL ADULTO

### ANEXO N° 01

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA TANATOLOGIA”**

**Modificado por la autora.**

#### **PRESENTACIÓN**

El instrumento tiene como propósito obtener la información sobre el conocimiento de la enfermera sobre la Tanatología.

Agradezco su valiosa colaboración y sinceridad en sus respuestas ya que la información que proporciona será utilizada con carácter confidencial y fines investigativos.

#### **INSTRUCCIONES:**

- ✓ Lea cuidadosamente las preguntas antes de responder.
- ✓ Sea sincera (o) al responder.
- ✓ Marque con una (X) las alternativas seleccionadas que usted considera correcta.

✓ La encuesta es totalmente anónima

1. Estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada a brindar esperanza y buenos cuidados que ayuden a morir con dignidad.

a) Eutanasia asistida b) Eutanasia c) Tanatología

2. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales.

a) Depresión b) Duelo c) Culpa

3. El proceso de duelo ¿de cuantas fases consta?

a) 3 fases b) 4 fases c) 5 fases

4. Mecanismo de defensa ante la noticia de la enfermedad en la que el individuo busca otras opciones de evidencia para demostrar que el diagnóstico es un error.

a) Aceptación b) Negación c) Enojo

5. Emoción que surge posiblemente motivado por la impotencia que produce el no poder cambiar el curso de acontecimientos altamente frustrantes.

- a) Aceptación    b)Negación    c) Enojo
6. Intento de hacer un trato con Dios o con el destino para conseguir un cambio del estado de cosas.
- a) Esperanza    b)Negociación    c) Depresión
7. Estado en que la persona comienza a conectarse con la realidad y esto le produce un intenso dolor y desesperanza.
- a) Esperanza    b)Negociación    c) Depresión
8. La persona ya es capaz de tolerar en su conciencia la verdad y la impotencia que le suscita.
- a) Aceptación    b) Negociación    c) Enojo
9. Sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo el dolor tenga algún sentido.
- a) Esperanza    b) Aceptación    c) Negociación
10. Es un documento en el que una persona en ejercicio de sus facultades mentales, pide se respeten sus deseos en cuanto al cuidado de su salud a futuro.

a) Testamento      b)testamento vital      c) testamento jurídico

11. Respetar el principio de autonomía, dar respaldo al paciente sobre sus determinaciones y deseos y defender al profesional médico, ¿son objetivos de?

a) Testamento      b)testamento vital      c) testamento jurídico

12. El dar al paciente una calidad de vida, atención adecuada, morir rodeado de gente cariñosa y no ser objeto de experimentos, ¿son algunas implicancias de?

a) Esperanza      b) muerte digna      c) Apoyo espiritual

13. Vivir hasta un máximo potencial físico, emocional psicológico, espiritual, social y ocupacional; tener derecho a aliviar sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales; conocer todo lo concerniente a su enfermedad, su estado de salud, diagnóstico y pronóstico, ¿son derechos de?

a) Pacientes      b) Pacientes crónicos      c) Pacientes terminales

14. Es la aplicación de tratamientos extraordinarios de los que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente y constituye una práctica éticamente reprochable.

a) Encarnecimiento terapéutico      b) Sedación terminal      c) Iatrogenia.



## ANEXO N° 02

**LISTA DE COTEJO SOBRE CALIDAD DE CUIDADOS AL PACIENTE  
MORIBUNDO**

**Modificado por la autora.**

**I. INSTRUCCIONES.** Este instrumento será aplicado mediante observación al personal de enfermería.

N	ENUNCIADOS		
		SI	NO
1	Se dirige al paciente por su nombre y apellido.		
2	Le pregunta cómo se siente.		
3	Le habla de forma clara y sencilla.		
4	Le informa sobre los cuidados que se le brinda a su familiar.		
5	Le pide el consentimiento para los procedimientos que se le realizaran a su familiar.		
6	Le hace participar en los cuidados a su familiar.		
7	Hace uso de medidas de bioseguridad (guantes, mascarilla, mandilón o canguro) cuando se le practican algunos procedimientos.		
8	Le proporciona un ambiente en el que se respeta su intimidad.		
9	Acude a su llamado cuando tiene necesidad.		
10	Le motiva a expresar sus dudas y sentimientos.		
11	Le brinda apoyo espiritual cuando sea necesario.		
12	Escucha las sugerencias del familiar sobre los cuidados a su paciente.		
13	Le da recomendaciones para cuidar a su familiar en el hogar.		
14	Informa a los familiares del paciente sobre el inicio y término de la visita.		
15	Permite permanecer mayor tiempo al paciente con su familiar.		

16	Respetar sus manifestaciones religiosas.		
17	Respetar sus creencias acerca de la enfermedad.		
18	Le informa donde va a estar y cuándo volverá.		

**HOJA DE CLAVES**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE LA  
TANATOLOGIA”**

**CLAVES**

1. C
2. B
3. C
4. B
5. C
6. B
7. C
8. A
9. B
10. B
11. B
12. B
13. C
14. A