

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN
EDUCACIÓN

**“Programa educativo sobre la muerte para desarrollar actitudes tanatológicas en
estudiantes del internado en Medicina”**

Área de Investigación:

Procesos de aprendizaje-enseñanza

Autor:

Ms. Rojas Plasencia Percy

Jurado Evaluador:

Presidente: Dr. Robles Ortiz, Segundo Elmer

Secretario: Dr. Arévalo Luna, Edmundo Eugenio

Vocal: Dr. Bardales Zuta, Víctor Hugo

Asesor:

Dra. Obando Peralta, Ena Cecilia

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5734-6764>

TRUJILLO – PERÚ

2021

Fecha de sustentación: 2021/08/06

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

ESCUELA DE POSGRADO



TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

**“Programa educativo sobre la muerte para desarrollar actitudes tanatológicas en
estudiantes del internado en Medicina”**

Área de Investigación:

Procesos de aprendizaje-enseñanza

Autor:

Ms. Rojas Plasencia Percy

Jurado Evaluador:

Presidente: Dr. Robles Ortiz, Segundo Elmer

Secretario: Dr. Arévalo Luna, Edmundo Eugenio

Vocal: Dr. Bardales Zuta, Víctor Hugo

Asesor:

Dra. Obando Peralta, Ena Cecilia

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5734-6764>

TRUJILLO – PERÚ

2021

Fecha de sustentación: 2021/08/06

Dedicatoria

A mi familia, amigos, maestros y compañeros, soporte de mi cotidiano andar por el sendero profesional, guías luminosas en cada paso de mi camino de docente y médico

Agradecimientos

A mi asesora Ena Cecilia Obando Peralta por su esfuerzo y motivación en la culminación del estudio.

A todos los internos del Hospital Regional Docente de Trujillo por su participación y compromiso, durante el estudio.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si la aplicación de un programa educativo sobre la muerte mejora significativamente la actitud tanatológica en 37 estudiantes de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT), Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) y Universidad César Vallejo (UCV), que realizaron su último año de estudios de Medicina, denominado internado, en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Diseño prospectivo longitudinal de preprueba-posprueba con un solo grupo y con aplicación de un cuestionario con 6 partes, antes y después del programa educativo.

El programa educativo sobre la muerte en global, no mejoró las actitudes tanatológicas en los internos de Medicina. No fue significativo en el grupo de preferencias profesionales, actitudes generales de autoeficacia ante la muerte y tampoco en si estuvieras muriendo realmente, ¿Qué te ayudaría a morir en paz?; pero, sí tuvo un impacto muy significativo en la disminución de la ansiedad relacionada con ¿qué te preocupa de la muerte y en proceso de morir?, en las actitudes ante la muerte y en disminuir las creencias generales.

Palabras claves: actitudes tanatológicas programa educativo sobre la muerte internos de medicina.

Abstract

The present research aimed to determine if the application of an educational program on death significantly improves the thanatological attitude in 37 students from the National University of Trujillo (UNT), Antenor Orrego Private University (UPAO) and César Vallejo University (UCV), who completed their last year of Medical studies, called internship, at the Trujillo Regional Teaching Hospital.

Longitudinal prospective pre-test-post-test design with a single group and with the application of a questionnaire with 6 parts, before and after the educational program.

The educational program on death in global, did not improve the thanatological attitudes in Medical interns. It was not significant in the group of professional preferences, general attitudes of self-efficacy towards death and neither in if you were really dying, what would help you to die in peace? However, it did have a very significant impact on reducing anxiety related to what worries you about death and in the process of dying? on attitudes towards death and impact on reducing general beliefs.

Keywords: thanatological attitudes_educational program on death_medical interns.

INDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Problema de investigación	1
1.2. Objetivos	3
1.3. Justificación del estudio	4
II. MARCO DE REFERENCIA.....	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Marco teórico	8
2.3. Marco conceptual.....	12
2.4. Sistema de hipótesis	15
III. METODOLOGIA EMPLEADA.....	17
3.1. Tipo y nivel de investigación	17
3.2. Población y muestra de estudio	17
3.3. Diseño de investigación	17
3.4. Técnicas e instrumentos de investigación.....	18
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	22
3.6. Consideraciones éticas	23
IV. MARCO CONCEPTUAL.....	28
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71
ANEXO 1.....	71
ANEXO 2.....	79

I.INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

a. Descripción de la realidad problemática

La educación sobre y para la muerte es parte de la formación holística de los individuos, y a pesar de su condición actual de tabú social y educativa, está omnipresente en escuelas, colegios y universidades de manera cotidiana. La educación médica para la muerte es un tema postergado en la formación médica, desde las ciencias básicas y clínicas, hasta la práctica médica o internado, y es imperativo iniciarla desde la educación básica, para lograr un cambio progresivo. En la planificación conceptual y curricular debemos considerar propuestas didácticas laicas y científicas al tema de la muerte, pero profundizando desde la conciencia evolutiva personal y social del estudiante de manera que la vida y la muerte sea un todo. Las dificultades se inician cuando se asiste a un enfermo terminal, donde la intervención de apoyo no sólo es proporcionar cuidados paliativos para el dolor y sufrimiento, sino también el apoyo legal, espiritual y social. En Latinoamérica la asistencia tanatológica es basa en creencias religiosas y concepciones culturales ancestrales que aceptan de mejor manera la presencia de la muerte.

El enfermo terminal en las circunstancias actuales no desarrolla de forma autónoma todo su potencial, presenta dificultades en el alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, espirituales y sociales, no conoce su derecho a la información de su enfermedad, diagnóstico y pronóstico, a una atención de empatía por profesionales competentes y sensibles a sus necesidades físicas y espirituales, a su rechazo al sufrimiento indefinido denominado encarnizamiento médico, y a morir con dignidad.

El médico está obligado, por su formación, a actuar con beneficencia para prevenir el daño, sin maleficencia para no causar daño, mediante tratamientos y procedimientos en procura de conseguir el bienestar del paciente; pero actúa bajo un modelo paternalista por lo que es presa fácil de la futilidad terapéutica es decir de la aplicación de tratamientos que no proporcionan beneficio para el enfermo, o del encarnizamiento terapéutico entendido como la obstinación en continuar con tratamientos carentes de utilidad, ambos fuentes de mayor dolor y sufrimiento.

El interno de Medicina es un futuro médico que no posee un conocimiento básico sobre tanatología, y reemplaza esta carencia con sus propias concepciones religiosas, culturales e ideológicas, de tal manera el estudiante frente a un hecho problemático carece de actitudes tanatológicas confiables para resolver con eficiencia situaciones negativas y al mismo tiempo auto educarse.

El hospital es el campo de acción para la tanatología dónde el personal de salud padece de capacitación adecuada en aspectos tanatológicos y se evidencia en los conflictos médico pacientes y familiares, quienes, al no recibir ayuda de grupos de apoyo, no asimilan su enfermedad, e incumplen las terapias. Por eso es necesario un cambio impostergable en la manera en que se educa y administra la atención a pacientes con enfermedad terminal donde falta la comunicación del médico-paciente y de los familiares y amigos.

b. Formulación del problema

¿La aplicación de un programa educativo sobre la muerte mejora la actitud tanatológica en estudiantes de internado en Medicina?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar si la aplicación de un programa educativo sobre la muerte mejora significativamente la actitud tanatológica en estudiantes de internado en Medicina.

Objetivos específicos

a. Evaluar la actitud tanatológica antes de aplicarse el programa educativo sobre la muerte en los estudiantes de internado en Medicina.

b. Aplicar el programa educativo sobre la muerte para mejorar la actitud tanatológica en los estudiantes de internado en Medicina.

c. Evaluar la actitud tanatológica después de aplicarse el programa educativo sobre la muerte en los estudiantes de internado en Medicina.

1.3. Justificación del estudio

La presente investigación está dirigida especialmente para profesores y estudiantes de nivel superior de la carrera profesional de Medicina, también para el personal médico y no médico que realizan labores sanitarias.

Se justifica en la intención de sensibilizar y proveer de conocimientos básicos a quienes están en próximo contacto con pacientes terminales y familiares; también para que el docente tenga capacidad de conocimiento y respeto profundo por las necesidades socio-afectivas de sus alumnos y tengan como prioridad una educación para la universalidad en búsqueda de un alumno crítico y transformador, curioso por las cuestiones últimas del ser humano. Se justifica por la valoración física, psicológica, socio-cultural y espiritual del enfermo, familia y personas cercanas dentro del proceso de enfermedad y poder intervenir no sólo en el ambiente hospitalario, sino a nivel de atención la atención primaria, domiciliaria y privada; preparando mejor al profesional para aceptar sus limitaciones y poder establecer una comunicación positiva y enriquecedora medico paciente.

II.MARCO DE REFERENCIA.

2.1. Antecedentes del estudio

Estudios internacionales

Alba (2012). "Actitud ante la muerte en estudiantes de Medicina al inicio y final de la carrera", realizado en la Universidad de Carabobo pregrado del primero y quinto año de Medicina, en ambos grupos se evaluaron diversas las actitudes como la evitación, la aceptación, el temor, la salida y la perspectiva profesional sobre la muerte mediante un cuestionario de Templer. Se concluye que las actitudes de temor y la muerte como salida, aumentan en los años superiores, pero también disminuye la actitud de aceptación.

Collel (2005). "Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña", realizado en 444 estudiantes de Enfermería, concluye que las estudiantes no están preparadas ni emocional, ni asistencialmente para cuidar a enfermos terminales, pero si a trabajar en el cuidado de pacientes pediátricos.

Pulliquitín (2014). "Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés". En esta investigación de Psicología médica realizada en 62 profesionales de la salud, encuentra estrecha relación entre los componentes de la actitud y las respuestas de aceptación sobre la muerte, vivida como un proceso natural, no solamente por el paciente, sino por familiares y profesionales de la salud. Destaca, además, la dificultad de interrelacionarse con los familiares de los pacientes en fase terminal y que las actitudes de aceptación y evasión sobre que la muerte sea un tránsito a una vida mejor, tienen una dependencia con la formación religiosa o

científica, que el temor a la muerte o a contraer una enfermedad disminuyen con la edad y que los años de ejercicio profesional al igual que el apoyo emocional son importantes para disminuir esta angustia.

Sanchís (2018). "Afrontamiento del miedo a la muerte", realiza una evaluación del temor a la muerte, en 152 adultos mayores, usando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r), Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R) y la Escala de Miedo a la Muerte (EMMCL); y evalúa las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de estudios. Entre sus conclusiones refiere que el miedo a la propia muerte propia y a hablar sobre ella, se da a mayor edad, y que la actitud de evitación y el pensamiento desiderativo es también mayor; que el nivel de estudios no determina el afrontamiento en el miedo a la muerte, ni tampoco encontró relación con las creencias y el soporte social.

González (2015). "Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de Enfermería", mediante las escalas TMMS-24 para medir la inteligencia emocional, el PAM-R para medir las actitudes ante la muerte, la escala de Bugen de afrontamiento de la muerte para medir la competencia percibida frente a la muerte, la escala de autoeficacia frente a la muerte relacionada con los Hospices de Robbins, así como la escala modificada de miedo a la muerte de Collet-Lester y finalmente la escala DAS (Death Anxiety Scale) de Templer, las estudiantes presentan actitudes negativas a cuidar enfermos en situación terminal y niveles menores en inteligencia emocional, competencia percibida y autoeficacia.

Estudios nacionales

Acosta (2004). "Actitudes de los internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del paciente terminal de la Universidad San Martín de Porres", este estudio concluye que las estudiantes de Enfermería presentan una actitud indiferente hacia la atención de los cuidados paliativos del paciente terminal, y debido a esta relación de conflicto existe una actitud de rechazo hacia el familiar del paciente moribundo.

Larico (2009). "Actitudes de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal", en este estudio realizado en 74 estudiantes de Enfermería, se concluye que la mayoría tiene una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo físico y psicoemocional del paciente terminal; sin embargo, en la dimensión espiritual del cuidado paliativo, la mayoría tuvo una actitud de aceptación.

Mansilla (2009). "Actitud hacia la muerte adoptada por los estudiantes de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa", mediante el cuestionario perfil revisado de actitudes hacia la muerte, los estudiantes de años iniciales estudiados presentaban actitudes de evitación y aceptación de escape, mientras que de años superiores no rechazan los temas relacionados a la muerte.

Salazar (2014). "Actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología Lima - 2014", en este estudio se encuentra actitudes de indiferencia y aceptación ante la muerte y refieren que la muerte del paciente terminal es un proceso natural e inminente.

Estudios regionales

Castillo (2013). "Factores bio socio culturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia Hospital Regional Docente de Trujillo 2013", este estudio presenta como conclusiones que la mayoría de enfermeras tienen una actitud cognitiva, afectiva y conductual parcialmente positiva y que los factores biosociales edad, sexo, tiempo de servicio y tiempo de laborar en UCI y emergencia se relacionan con la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente.

Rojas (2018). "Percepciones de los estudiantes de Medicina en la etapa clínica de las Universidades Nacional de Trujillo y Privada Antenor Orrego sobre la muerte y el proceso de morir", este estudio descriptivo en 301 estudiantes tuvo como objetivo determinar y comparar las percepciones de la muerte y el proceso de morir de los estudiantes en la etapa clínica de Medicina de la UNT y UPAO, mediante una encuesta se encontró que la percepción de los estudiantes de la UNT sobre la muerte y proceso de morir es medio, y mayor a medio en los estudiantes de la UPAO, siendo diferente el nivel de percepción de ambos grupos de estudiantes. Recomienda la necesidad de sensibilizar al futuro profesional médico en mejorar las competencias mediante conocimientos consistentes y que se refleje posteriormente en un mejor trato al paciente.

2.2. Marco teórico

El tema de la muerte data de los primeros albores de la humanidad, donde fue patrimonio de la religión y de la filosofía durante muchos años, y estuvo al margen de la ciencia.

Ilya Ilyich Mechnikov (1901), premio Nobel de investigación biomédica, introduce el término tanatología, e inicia una perspectiva científica. Bravo (2006) refiere que para la ciencia es la muerte del cuerpo físico como el fin absoluto, y no acepta la idea de existencia de otra vida.

La muerte, según Bender (1996), es universal porque todos los seres vivos mueren, es natural e irreversible vinculada al ciclo de la vida que contribuye a la evolución de las especies. Es cotidiana, única, definitiva e indeterminable en el tiempo, y radical porque es el fin de todas las capacidades del ser humano.

El futuro profesional de salud atenderá y cuidará a muchos pacientes en su proceso de morir, esto puede generar reacciones de rechazo por miedo a veces escondido al contagio y miedo a la muerte sobre todo en pacientes con enfermedades infecto contagiosas como el SIDA. (Ferrer, 2002, p. 352).

El estudiante de medicina debe estar motivado para trabajar con este tipo de pacientes, su actitud hacia la muerte tiene influencia en sus actitudes; las actitudes negativas, son influidas por una ansiedad escondida ante la muerte. Además, el mayor nivel de conocimientos, información y experiencia mejora la predisposición a cuidar a este tipo de enfermos, como se observó en enfermeras al cuidado de pacientes con SIDA, descritas por Baylor et al (1995).

Desde el punto de vista sociocultural, era común morir en casa rodeado de familiares y amigos, con velatorios masivos de amigos donde se compartía el dolor y hasta la forma de vestir. Actualmente se evade el dolor de la pérdida sobre todo a los niños, esto propicia la falta de solidaridad y abandono de los enfermos, de los moribundos, y de los difuntos. (Thomas,1991, p. 20).

Desde lo psicológico, para Kastenbaum y Costa (1977) la muerte es un proceso paralelo a la muerte física y social. El paciente terminal se consume lentamente, aumentan sus miedos y sufrimientos por el más allá, por el destino de sus familiares, y el olvido.

La muerte psicológica penetra la esfera del familiar a través del duelo por la ausencia del ser querido, por eso es importante y necesaria la intervención del personal de salud para una muerte digna o buen morir según Colell y Limonero (2003).

Collet y Lester (1969) crearon un instrumento de evaluación del miedo a la muerte, contiene cuatro factores multidimensionales del miedo a la muerte como son el miedo a la propia muerte, el miedo a la muerte de otras personas, el miedo al proceso de morir de uno mismo; y el miedo al proceso de morir de otros.

Según Limonero (1994), cuando la muerte es inevitable, y el tratamiento ya no es curativo sino paliativo, se inicia el proceso de morir. El paciente terminal, la familia y el personal de salud vivirán juntos esta dolorosa experiencia desde su propia finitud. La condición básica para una buena calidad de vida final es la aceptación de la muerte como parte del proceso de la vida.

De acuerdo a Kübler Ross (2005), "Todos deberíamos prepararnos para el hecho de la muerte desde temprana edad, visitando asilos de ancianos, hospitales de crónicos y pacientes terminales, pensando en nuestra propia muerte, haciendo nuestro testamento y conversando estos temas con la familia y con los amigos cercanos. Pero todo esto debería ser hecho mucho antes de estar enfermo. Deberíamos permitir que los niños visitaran pacientes internados y asistieran a velorios y entierros. También podríamos acercarnos al tema de la muerte, leyendo

literatura o poesía sobre el tema, contemplándola a través del teatro, de la música o del arte en general. Deberíamos enseñar a nuestros niños y a nuestros jóvenes a mirar la realidad de la muerte. De esta forma no tendrían que pasar por todos los estados previos a la aceptación de la muerte cuando están tan cercanos a ella, y cuando el tiempo es demasiado corto para lidiar con una tarea tan larga. Se vive una distinta calidad de vida cuando uno enfrenta y acepta su finitud desde el comienzo de la vida". (p. 21).

El conocimiento brindado a través de un programa de educación sobre la muerte puede llevar a cambiar las actitudes frente a ella, su finalidad es cambiar sentimientos negativos hacia la muerte y no los razonamientos o la conducta. Los sentimientos afectivos en los profesionales de la salud, como el miedo, la ansiedad, la negación, la racionalización, son barreras inconscientes al momento de ayudar a otros a afrontar la muerte. Los cambios positivos en algunos de los participantes, estimularían el cambio en otros. Se crea en los estudiantes la conciencia de que la muerte es una posibilidad real como una manera como desensibilizarse. En general casi todas las materias educativas se puede abordar el tema de la muerte: literatura, biología, música, filosofía y, en los niños en cuentos, canciones, películas, poemas que nos facilitan el acercarnos a ella con naturalidad; así en el ambiente universitario debe ser un tema transversal

2.3. Marco conceptual

TANATOLOGÍA: proviene de ETANATOS (Thanatos): nombre mitológico de la diosa griega de la muerte, hija de la noche; y LOGOS (Logos): palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera.

Es la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, consolidada por el médico ruso Elías Metchnikoff (1901), y considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

La tanatología es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, y de las prevenciones para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, de los sentimientos de culpa y de las pérdidas de los familiares y amigos y también para evitar la frustración del personal médico.

Según Bravo (2006), la Dra. Elisabeth Kübler-Ross (2002) es considerada como la fundadora de la tanatología quien la denomina una instancia de atención de los moribundos.

Según Álvarez (2007), la tanatología estudia el fenómeno de la muerte y las relaciones entre el enfermo en tránsito de muerte, la familia y el personal médico que lo atiende en casos de desastres, los lazos de confianza, esperanza y buenos cuidados para ayudarlo a morir con dignidad; procura que el enfermo la perciba como un proceso natural, culminante y trascendental y critica a la muerte como un espectáculo por parte de los medios de comunicación.

Domínguez (2009), considera que la tanatología deja la fase empírica de carácter compasivo y se convierte en un arte y en una especialidad con planes de estudio,

con enfoque interdisciplinario donde el médico, la enfermera, el psicólogo y el trabajador social usan el método científico.

ACTITUDES: La idea de la muerte es relativa y temporal, varía con el desarrollo y maduración del individuo, y por la influencia de factores socioculturales.

Las actitudes ante la muerte, también son transitorias según Limonero (1994). La muerte produce actitudes y emociones diversas, muchas de naturaleza negativa, como las conductas de evitación que se producen ante la muerte de una persona en fase terminal, la visión de un cadáver o la percepción de un anciano.

Oliva y Matos (2004) coinciden que la actitud es una idea cargada de emotividad que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales. Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que se hace referencia por ejemplo en cuanto a la dirección (positiva o negativa), e intensidad (alta o baja). Las actitudes poseen una orientación definida en el mundo de los valores, no son rutinas o conductas automáticas, varían en intensidad; pueden predominar o pasar inadvertidas y tienen relación con la experiencia de los sujetos.

Según Bolívar (1995), la perspectiva clásica considera tres componentes fundamentales de las actitudes:

El componente cognitivo, es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.

El componente afectivo, son las actitudes orientadas en sentido afirmativo o negativo respecto de sus objetos. Las actitudes se modifican no sólo por el conocimiento objetivo de las cosas; un vínculo afectivo es beneficioso para la modificación de una actitud negativa.

El componente conductual, son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, y surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

ACTITUDES TANATOLÓGICAS: se refieren a los sentimientos, razones e intenciones en torno a la atención tanatológica.

Según Cruz (2009) debería incluir 3 dimensiones:

Actitud afectiva hacia la atención tanatológica: son los sentimientos, emociones y afectos que presentan las personas antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

Actitud racional hacia la atención tanatológica: son las razones y argumentos que exponen las personas antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

Actitud intencional hacia la atención tanatológica: son las probabilidades de llevar a cabo acciones a favor o en contra antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

2.4. Sistema de hipótesis

Variables

Variable independiente (VI): “Programa educativo sobre la muerte”, cuyos indicadores son:

- Aprendizaje centrado en problematizar y analizar
- Aprendizaje como adquisición de conocimiento actualizado

Variable dependiente (VD): “Actitudes tanatológicas”, cuyos indicadores son:

- Dimensión de afectividad
- Dimensión de racionalidad
- Dimensión de intencionalidad

Operacionalización de variables:

Variables	Definición	Indicadores	Instrumentos
Independiente: Programa educativo sobre la muerte	<p>Conjunto de actividades basadas en el análisis, problematización, estudio de casos, adquisición de conocimientos cuya finalidad es mejorar las actitudes tanatológicas en los Internos de Medicina</p>	<p>Asistencia completa al seminario, y al caso cinco durante las sesiones de inducción al internado Porcentaje de alumnos que realizaron las actividades voluntarias asincrónicas de educación continua y de crítica a los filmes seleccionados</p>	<p>Encuesta pre test: Cuestionario sobre las preferencias profesionales. La Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins. La Escala modificada de ansiedad ante la muerte de Coll et -Lester por Bayes y Limonero. El Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz, de Bayes y Limonero. El Cuestionario de conocimiento en relación a la muerte y su proceso. El Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte</p>
Dependiente: Actitud tanatológica	<p>Conjunto de sentimientos, razones e intenciones centrados en la atención tanatológica</p>	<p>La actitud tanatológica será evaluada con puntaje, con una valoración entre 1 punto(mínima) y 5 puntos(máxima) para cada ítem, para un puntaje general máximo de 450 puntos y un mínimo de 90 puntos, para un total de 90 ítems.</p>	<p>Encuesta post test: Cuestionario sobre las preferencias profesionales. La Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins. La Escala modificada de ansiedad ante la muerte de ColetLester por Bayes y Limonero. El Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz, de Bayes y Limonero. El Cuestionario de conocimiento en relación a la muerte y su proceso. El Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte</p>

III.METODOLOGIA EMPLEADA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Investigación descriptiva, prospectiva, longitudinal de pre y post prueba.

3.2. Población y muestra de estudio

Estuvo conformada por 37 alumnos procedentes de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT), Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) y Universidad César Vallejo (UCV), que realizaron su último año de Medicina, denominado internado, en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

El muestreo es de tipo intencional y por conveniencia. Se trabajó con el total poblacional, es decir la muestra estuvo conformada por el 100% del tamaño poblacional es decir los 37 internos de Medicina, situación que nos brinda la máxima confiabilidad y el mínimo error de muestreo.

3.3. Diseño de investigación

Se utilizó un diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo. El esquema es el siguiente:

G.E: **O1** **X** **O2**

G.E: Grupo de evaluación

O1: Medición antes de la aplicación del programa educativo tanatológico

X: Aplicación del programa educativo tanatológico

O2: Medición después de la aplicación del programa educativo tanatológico

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

El programa está basado en la estimulación intensiva y voluntaria en los internos de Medicina de tres esferas de la actitud tanatológica como son el componente racional, afectivo e intencional, mediante técnicas de aprendizaje e instrumentos de evaluación con el propósito de explorar cambios en su comportamiento desde el inicio de su internado hasta 6 meses después del desarrollo de sus actividades dentro del ambiente hospitalario.

Técnicas:

Seminario: tiene como ventaja permitir al facilitador y al interno de Medicina, la reflexión didáctica inicial y su aplicación en diversos campos del conocimiento humano, en especial al estudio del proceso de la muerte, considerada como tabú en la actual educación. El aprendizaje se establece a través de la comunicación grupal dinámica y participativa durante la semana de inducción durante su ingreso al hospital, y su retroalimentación continua mediante información de forma asincrónica. Esta técnica permitió planificar y medir el rendimiento de las capacidades de los educandos mediante el uso de materiales didácticos para encaminarlos a la investigación de sus actitudes y a la práctica de lo aprendido en temas relacionados a la muerte.

El seminario fue realizado y aplicado durante la semana de capacitación de ingreso al internado en el Hospital Regional Docente de Trujillo. La finalidad fue instruir sobre la importancia de las actitudes tanatológicas en el proceso de la muerte de los pacientes. Durante el desarrollo del seminario se explicó a los nuevos internos de Medicina la dinámica del seminario identificando la forma de realización, duración, contenidos, y los objetivos más importantes.

Educación continua: se realizaron actividades de capacitación continua cuya contribución en la presente investigación representan consolidar los conocimientos base sobre el proceso de la muerte y además ampliar temática en relación al paciente terminal en temas como derechos del paciente terminal, semiología, consentimiento informado y tratamiento del duelo. Estos temas fueron enviados por vía internet a sus correos personales, dejando a voluntad la revisión de los mismos.

Proyecciones fílmicas de análisis: ofrecieron para la investigación de nuestro estudio, un método con un mensaje reflexivo y concentrado en la muerte, a través del arte cinematográfico que se focaliza en las vivencias del hombre, su mundo interior y sus miedos, para iniciar un cambio en las actitudes del alumno hacia los pacientes moribundos o terminales. El cine nos abstrae de lo cotidiano donde convivimos con la muerte trágica y masiva, que involucra la pasión y la historia policial y responde a la posibilidad objetiva que al observar estas películas seleccionadas producirán en los alumnos vivencias, recuerdos y sentimientos con una identificación personal, con la finalidad de propiciar cambios sutiles en sus actitudes.

Estudio de Casos: el objetivo central fue producir un razonamiento inductivo, al emular actividades de conocimiento o instrucción, además de que el interno pueda comprobar o contrastar fenómenos, situaciones o hechos. En la presente investigación el estudio de un caso real y trágico como de “Carlitos” sucedido en los ambientes del Hospital Regional de Trujillo, tuvo como finalidad involucrar al estudiante de forma emocional e intensa en los acontecimientos sucedidos hasta el fallecimiento del paciente y puedan los internos analizar, explicar y debatir las diversas situaciones críticas de las actitudes tanatológicas que enfrenta el personal de salud hospitalario.

Instrumentos

Los internos de Medicina respondieron el cuestionario de forma anónima y voluntaria al inicio de su internado, siendo evaluados en los seis meses posteriores. Se administraron los siguientes instrumentos según Colell (2005). (Ver anexo 1).

La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1969), con sus cuatro subescalas como el miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de los otros, miedo al propio proceso de morir y, por último, miedo al proceso de morir de los otros.

González (2015) indica en su tesis doctoral “actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería”, la evidencia de fiabilidad de las escalas utilizadas y cita a los autores Rigdon y Epting (1985), quienes presentaron correlaciones test-pretest de 7 semanas con una media de 0,55, el análisis de fiabilidad de Livneh (1985) y Vargo (1980), Hayslip y Stewart-Bussey (1986-1987), quienes apoyan la validez de la escala de Collett-Lester y de sus escalas revisadas.

Destaca también la propuesta por Neimeyer (1997), en su obra “métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte”.

A.El Cuestionario sobre las preferencias profesionales médicas es una adaptación de una encuesta de enfermería sobre cinco áreas de trabajo, en la cual al futuro médico se le pregunta: ¿cuánto desearías, cuando seas médico, trabajar en las siguientes situaciones? La respuesta va desde no lo desearía en absoluto, con una puntuación de 1, hasta lo desearía muchísimo, con una puntuación de 5. Esta escala fue creada y validada por Collell (2005). (Anexo 1, pregunta A).

B.La Escala de Autoeficacia frente a la muerte relacionada con los hospices de Robbins (1992) de 44 ítems, se utilizó para este estudio una adaptación de 20 preguntas para evaluar el nivel de autoeficacia frente a la muerte, donde se les

pregunta si se sientes capaces o incapaces de realizar ciertas acciones expuestas. Las respuestas van desde completamente incapaz con valor uno hasta el valor cinco de completamente capaz (Anexo 1, pregunta B). Las capacidades psicométricas de la escala y su forma modificada, tiene una consistencia interna de 0,95, $p < 0,001$ y una buena estabilidad test de 0,91, $p < 0,001$ según Robbins (1992), y Collel (2005).

C.La Escala modificada de ansiedad ante la muerte de Collet-Lester por Bayes y Limonero (1999), subdividida en cuatro partes donde contempla la preocupación por la propia muerte, el propio proceso de morir, la preocupación por la muerte de la persona más querida y la preocupación por su proceso de morir. La valoración va desde no me preocupa nada con puntaje uno hasta me preocupa muchísimo con puntaje cinco (Anexo 1, pregunta C). La fiabilidad test, con alta puntuación, de 0,85 para el miedo a la propia muerte, 0,79 al propio proceso de morir, 0,86 para el miedo a la muerte de los otros, y 0,83 para el miedo al proceso de morir de los otros. Alta consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,91, 0,89, 0,72, 0,87, respectivamente según Neimeyer (1997).

D.El Cuestionario sobre aspectos que ayudarían a morir en paz, de Bayes y Limonero (1999), son once ítems en el cual las respuestas van desde no me ayudaría nada con un punto, hasta me ayudaría muchísimo con una puntuación de 5. (Anexo 1, pregunta D). Esta escala fue creada y validada por Collel (2005).

E.El Cuestionario de conocimiento en relación a la muerte y su proceso, contiene con 25 ítems. Al interno de medicina se le solicita valores del uno al cinco su nivel de desacuerdo o acuerdo, con puntaje del uno si está absolutamente en

desacuerdo hasta cinco, si está absolutamente de acuerdo (Anexo 1, pregunta E). Esta escala también fue creada y validada por Collel (2005).

F.El Cuestionario sobre creencias sociales relacionadas con la muerte, contiene diez ítems sobre creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte, donde al interno de medicina se le solicita valore las preguntas propuestas desde uno si no cree en absoluto y de cinco si cree absolutamente (Anexo 1, pregunta F). 1992). Esta escala fue creada y validada por Collel (2005).

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó el procesamiento de todos los datos consignados por los estudiantes en las correspondientes fichas de recolección en el pre test y post test luego fueron procesados por el estadístico de manera automatizada con el soporte del paquete estadístico SPSS-24, programa estadístico usada en la investigación de las ciencias sociales y aplicadas, para luego de obtener los resultados presentarlos en tablas estadísticas de acuerdo a los objetivos planteados. Para el procesamiento de la información se utilizaron estadísticas descriptivas como las medidas de tendencia central y de dispersión como la media y la desviación estándar como la raíz cuadrada de la varianza muestral. Mediante las estadísticas de inferencia se evaluó la mejora o no mejora de las actitudes ante la muerte mediante la prueba t de student para datos correlacionados, que compara los puntajes medios, considerando que existen diferencias estadísticas de significación si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$). Se utilizó la prueba de hipótesis (diferencia de medias), para probar la hipótesis de estudio, en el sentido que los resultados obtenidos durante la aplicación del post test, es atribuible a la aplicación de la propuesta pedagógica educativa.

3.6. Consideraciones éticas

Este estudio se realizó tomando en cuenta la declaración de Helsinki, el reporte de Belmont, el artículo N° 51 del código y Deontología del Colegio Médico del Perú y la Ley General de Salud, al respetar la anonimidad del sujeto en estudio y guardar la reserva de la información encontrada, por lo que se otorgó un código que definió su identidad, que solo fue conocido por el investigador y se limitó el acceso a los datos, respetando además la veracidad y confiabilidad de la información, considerando a la investigación como un trabajo de mucha responsabilidad.

La investigación no posee ningún plagio, guarda confidencialidad en las respuestas obtenidas en los colaboradores y no altera ningún resultado, más lo presenta en su forma real.

PLAN EDUCATIVO SOBRE LA MUERTE

I. GENERALIDADES:

1.1. TÍTULO: “PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA MUERTE PARA DESARROLLAR ACTITUDES TANATOLÓGICAS EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO EN MEDICINA”

1.2. TIPO DE ACTIVIDAD: Sesión educativa

1.3. POBLACIÓN BENEFICIADA: Internos de Medicina del HRDT. Conformada por 37 alumnos procedentes de la Universidad Nacional de Trujillo (UNT), Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) y Universidad César Vallejo (UCV).

1.4. LUGAR DE EJECUCIÓN:

Auditorio del Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.5. DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD: 6 meses

1.6. FECHA DE INICIO Y TÉRMINO:

1.6.1. Fecha de inicio: 1 de Julio del 2019

1.6.2. Fecha de término: 31 de diciembre del 2019

1.7. UNIDADES EJECUTORAS:

1.7.1. Institución: Hospital Regional Docente de Trujillo

1.8. RESPONSABLES

1.8.1. De la elaboración y presentación de la actividad:

Responsable de la estrategia: Percy Rojas Plasencia.

1.8.2. De supervisión y apoyo:

Personal responsable del área de capacitación y profesionales multidisciplinarios de Psicología, Psiquiatría y Medicina Interna.

II. PLAN DE ACTIVIDAD O PROGRAMA EDUCATIVO:

2.1. ACTIVIDAD DE EXTENSIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL

2.1.1. Título:

“PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA MUERTE PARA DESARROLLAR ACTITUDES TANATOLÓGICAS EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO EN MEDICINA”

2.2. OBJETIVOS:

2.2.1. Generales:

Aplicar programa educativo sobre la muerte para una mejora significativa de las actitudes tanatológicas racionales y afectivas en estudiantes de internado de Medicina.

2.2.2. Específicos:

- Evaluar la actitud tanatológica racional al aplicarse el programa educativo sobre la muerte en los estudiantes de internado de Medicina.
- Evaluar la actitud tanatológica afectiva al aplicarse el programa educativo sobre la muerte en los estudiantes de internado de Medicina.
- Evaluar la actitud tanatológica después de aplicarse el programa educativo sobre la muerte en los estudiantes de internado de Medicina.

2.3 Metas:

- Lograr que el 100% de los internos de medicina asistan a las sesiones de inducción de inicio del internado.

- Lograr que el 100% de los internos internalicen la importancia de la capacitación en tanatología.
- Lograr un cambio significativo iniciales en las actitudes tanatológicas.

III. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Los diferentes estudios internacionales como de Alba (2012) en “Actitud ante la muerte en estudiantes de Medicina al inicio y final de la carrera”, realizado en la Universidad de Carabobo pregrado del primero y quinto año de Medicina, en ambos grupos se evaluaron diversas las actitudes como la evitación, la aceptación, el temor, la salida y la perspectiva profesional sobre la muerte mediante un cuestionario de Templer. Se concluye que las actitudes de temor y la muerte como salida, aumentan en los años superiores, pero también disminuye la actitud de aceptación.

Collel (2005) en “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña”, realizado en 444 estudiantes de Enfermería, concluye que las estudiantes no están preparadas ni emocional, ni asistencialmente para cuidar a enfermos terminales, pero si a trabajar en el cuidado de pacientes pediátricos.

Dentro de algunos estudios nacionales, Larico (2009) en “Actitudes de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal”, este estudio realizado en 74 estudiantes de Enfermería, concluye que la mayoría tiene una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo físico y psicoemocional del paciente terminal; sin embargo, en la

dimensión espiritual del cuidado paliativo, la mayoría tuvo una actitud de aceptación.

Mansilla (2009) en “Actitud hacia la muerte adoptada por los estudiantes de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa”, realizado mediante el cuestionario perfil revisado de actitudes hacia la muerte, los estudiantes de años iniciales estudiados presentaban actitudes de evitación y aceptación de escape, mientras que de años superiores no rechazan los temas relacionados a la muerte.

Salazar (2014) en “Actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda Especialidad de Enfermería en Oncología Lima - 2014”, encuentra actitudes de indiferencia y aceptación ante la muerte y refiere que la muerte del paciente terminal es un proceso natural e inminente.

En estudios regionales, como el de Castillo (2013) en “Factores bio socio culturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia Hospital Regional Docente de Trujillo 2013”, presenta como conclusiones que la mayoría de enfermeras tienen una actitud cognitiva, afectiva y conductual parcialmente positiva y que los factores biosociales edad, sexo, tiempo de servicio y tiempo de laborar en UCI y emergencia se relacionan con la actitud general de la enfermera ante la muerte del paciente.

Rojas (2018) en “Percepciones de los estudiantes de Medicina en la etapa clínica de las Universidades Nacional de Trujillo y Privada Antenor Orrego sobre la muerte y el proceso de morir”, estudio descriptivo en 301 estudiantes tuvo como objetivo determinar y comparar las percepciones de la muerte y el proceso de morir de los estudiantes en la etapa clínica de Medicina de la UNT y UPAO, mediante una encuesta se encontró que la percepción de los estudiantes de la UNT sobre la muerte y proceso de morir es medio, y de mayor a medio en los estudiantes de la

UPAO, siendo diferente el nivel de percepción de ambos grupos de estudiantes. Recomienda la necesidad de sensibilizar al futuro profesional médico en mejorar las competencias mediante conocimientos consistentes y que se refleje posteriormente en un mejor trato al paciente.

JUSTIFICACIÓN

Se justifica en la intención de sensibilizar y proveer de conocimientos básicos a quienes están en próximo contacto con pacientes terminales y familiares; también para que el docente tenga capacidad de conocimiento y respeto profundo por las necesidades socio-afectivas de sus alumnos y tengan como prioridad una educación para la universalidad en búsqueda de un alumno crítico y transformador, curioso por las cuestiones últimas del ser humano.

IV. MARCO CONCEPTUAL

TANATOLOGÍA. Es la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, y considerada como una rama de la medicina forense que trata de la muerte y los cadáveres desde el punto de vista médico-legal.

La tanatología es el estudio interdisciplinario del moribundo y la muerte, y de las prevenciones para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, de los sentimientos de culpa y de las pérdidas de los familiares y amigos y también para evitar la frustración del personal médico.

Según Álvarez (2007), la tanatología estudia el fenómeno de la muerte y las relaciones entre el enfermo en tránsito de muerte, la familia y el personal médico que lo atiende en casos de desastres, los lazos de confianza, esperanza y buenos cuidados para ayudarlo a morir con dignidad; procura que el enfermo la perciba

como un proceso natural, culminante y trascendental y critica a la muerte como un espectáculo por parte de los medios de comunicación.

ACTITUDES TANATOLÓGICAS. Según Cruz (2009) debería incluir 3 dimensiones:

Actitud afectiva hacia la atención tanatológica: son los sentimientos, emociones y afectos que presentan las personas antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

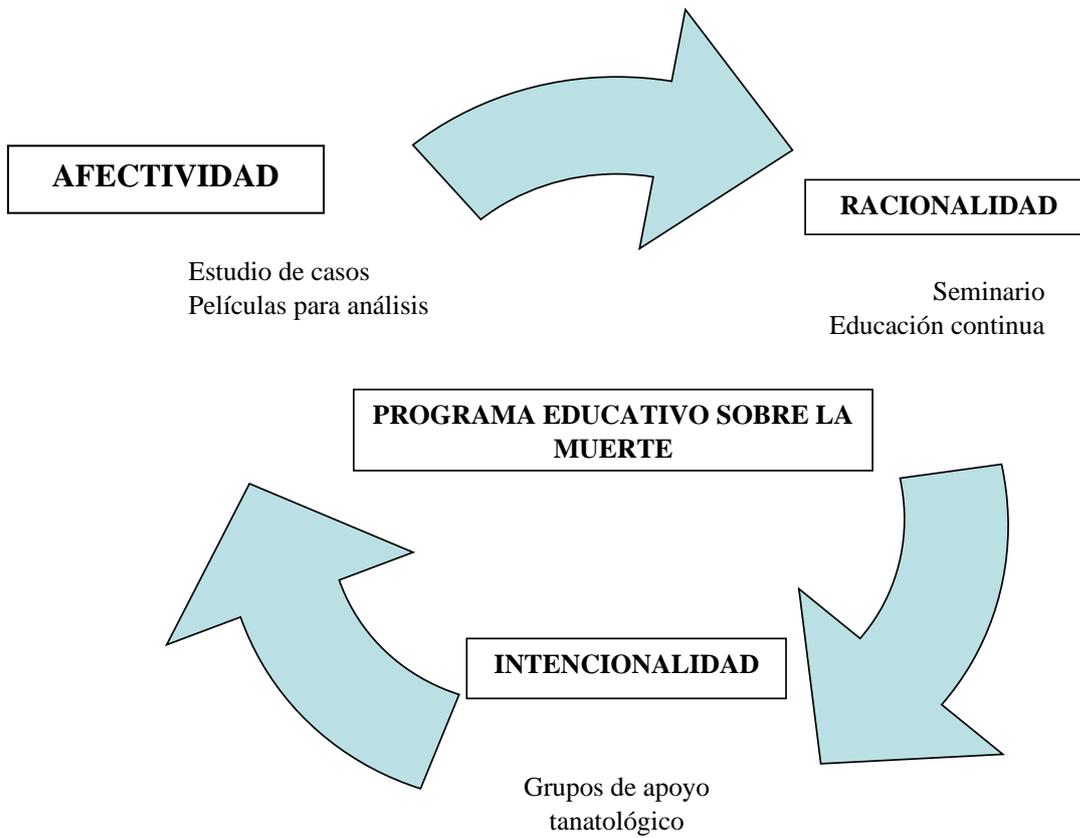
Actitud racional hacia la atención tanatológica: son las razones y argumentos que exponen las personas antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

Actitud intencional hacia la atención tanatológica: son las probabilidades de llevar a cabo acciones a favor o en contra antes, durante y después de acudir al servicio tanatológico.

V.METODOLOGIA EMPLEADA:

- 5.1. Seminario.
- 5.2. Educación continua a distancia.
- 5.3. Estudio de casos.
- 5.4. Películas para análisis.

**ESQUEMA GENERAL DEL MODELO EDUCATIVO
SOBRE LA MUERTE**



SESION EDUCATIVA 1. RACIONALIDAD: SEMINARIO

Objetivos:

- Permitir al facilitador y al interno de Medicina, la reflexión didáctica inicial, en especial al estudio de la muerte y de su proceso.
- Lograr el aprendizaje a través de la comunicación grupal dinámica y participativa durante la semana de inducción durante su ingreso al hospital

TITULO: Actitudes básicas en la atención tanatológica.

CONTE NIDO	MOMENTO	ACTIVIDADES	MEDIOS Y MATERIALES	TIEMPO
Tanatología	Motivación	Presentación de la actividad, propiciando un ambiente de confianza y solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audiovisuales ▪ Música de relajación 	15 min
	Contenido	Desarrollo de los contenidos relacionados a la muerte y sus procesos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Audiovisuales ▪ Conversatorio de experiencia vivenciales 	90 min
		Desarrollo de experiencias vivenciales		
Evaluación	Realización de la retroalimentación personal y voluntaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación oral ▪ Evaluación escrita referencial 	20 min	

1. CONTENIDOS GENERALES

Tema 1: La muerte, el duelo y las pérdidas: definiciones, tipos, reacciones, sentimientos, la muerte como un tabú, muerte en paz y muerte digna.

Tema 2: Aspectos bio-psico-socio-espirituales del proceso del morir: las malas noticias, fases de elaboración del duelo de Kübler-Ross.

Tema 3: Experiencias y vivencias al borde de la muerte: síntomas y signos de la agonía.

Tema 4: Dilemas éticos: acompañamiento de la persona en situación terminal.
Atributos de la persona humana. Ética de los derechos vs ética de valores

Tema 5: El miedo a la muerte: las actitudes ante la muerte, los miedos del enfermo terminal, los miedos del profesional

Tema 6: El enfermo terminal hospitalizado: definición de curas paliativas, sufrimiento humano: físico, psíquico, social y espiritual, bases de la terapéutica, dinámica de trabajo hospitalario, médico y atención al enfermo terminal

Tema 7: Cuidados paliativos: el objetivo es cuidar al paciente y su familia brindándole el mayor confort posible, bajo los principios de ayudar al bien morir, dentro de sus cuatro: bio psico social y espiritual y con ayuda de un equipo multidisciplinario, cuya acción central es el sufrimiento y dolor del paciente.

Retroalimentación y evaluación

Durante el desarrollo del seminario se explicó a los nuevos internos de Medicina la dinámica del seminario identificando la forma de realización, duración, contenidos, y los objetivos más importantes.

Durante el seminario se realizarán preguntas referentes al tema tratado que puedan indicar la asimilación del mismo.

Evaluación de la temática desarrollada mediante un examen referencial de aprendizaje de 25 preguntas de cuatro opciones, con una puntuación total de 50 puntos. En su desarrollo los internos pudieron consultar sus apuntes y la calificación de los mismos fue sólo referencial durante el seminario.

SESION EDUCATIVA 2. RACIONALIDAD: EDUCACIÓN CONTINUA

Objetivos:

- Consolidar los conocimientos base sobre el proceso de la muerte
- Ampliar la temática en relación al paciente terminal en temas como derechos del paciente terminal, semiología, consentimiento informado y tratamiento del duelo.
- Lograr la retroalimentación continua mediante información de forma asincrónica digital.

DIA	MES	TEMA
2	febrero	Derechos del paciente terminal
5	mayo	Sintomatología paciente terminal
8	agosto	Consentimiento informado
11	noviembre	Tratamiento de un duelo

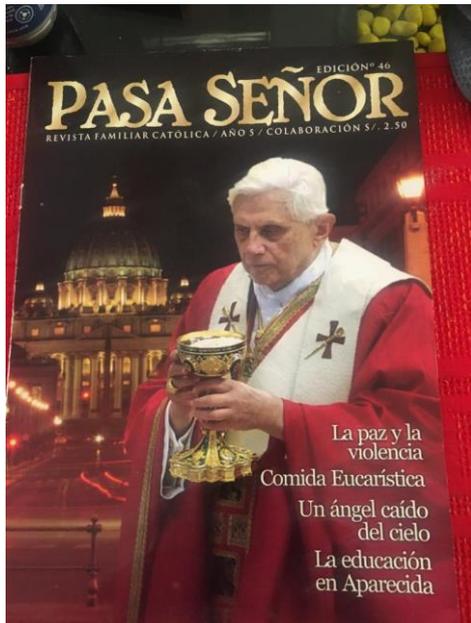
Retroalimentación y evaluación: Los temas fueron enviados por vía internet a los correos personales, dejando a voluntad la revisión de los mismos.

SESION EDUCATIVA 3. AFECTIVIDAD: ESTUDIO DE CASO

Objetivos:

- Producir un razonamiento inductivo, al emular actividades de conocimiento.
- Comprobar o contrastar fenómenos, situaciones o hechos reales y problemáticos. Involucrar al estudiante de forma emocional e intensa en los acontecimientos sucedidos hasta el fallecimiento del paciente.
- Analizar, explicar y debatir las diversas situaciones críticas de las actitudes tanatológicas que enfrenta el personal de salud hospitalario.

(Publicación en la revista PASA SEÑOR):



DESARROLLO DEL TEMA:

CASO CLÍNICO “CARLITOS” (caso real)

“Carlitos” fue un adolescente estudiante quién luego de sufrir un accidente, por arma de fuego al salir por la ventana de su casa a observar una pelea callejera en el Día de la Madre, queda como consecuencia cuadripléjica teniendo que usar ventilación mecánica continua. Trasferido de la ciudad de Lima a Trujillo, permanece hospitalizado en el Hospital Regional de Trujillo durante casi 5 años, para luego fallecer. En este caso se pone en debate varios aspectos que ponen en relieve las actitudes tanatológicas de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y estudiantes.

Evaluación:

Participación activa en la discusión del caso clínico

Debate entre los participantes de los problemas legales y éticos del caso

Asistencia al 100% del participante

SESION EDUCATIVA 4. AFECTIVIDAD: PELÍCULAS DE ANÁLISIS SELECCIONADAS

Objetivos:

- Sensibilizar mediante un mensaje reflexivo y concentrado en la muerte, a través del arte cinematográfico que se focaliza en las vivencias del hombre, su mundo interior y sus miedos.
- Producir en los alumnos vivencias, recuerdos y sentimientos con una identificación personal al observar películas exprofesamente seleccionadas.

PELÍCULAS SELECCIONADAS: diseñadas por su valor artístico y vivencial en temas relacionados a la muerte y su proceso.

- **PHILADELFA:**1993 .Director: Jonathan Demme y protagonizada por Tom Hanks y Denzel Washington. El joven abogado Andy Beckett (Tom Hanks) infectado con VIH es despedido injustamente por el buffet de abogados donde trabaja quienes le descubren Sarcoma de Kaposi. Decide contratar Joseph Miller (Denzel Washington) como abogado, debiendo luchar no solo contra la homofobia social y del SIDA , sino también contra sus propios prejuicios sobre la homosexualidad, en un conmovedor desenlace.
- **PATCH ADAMS.** 1998 EUA. DIR: Tom Shadyac. Patch Adams padece de depresión y se encuentra en un psiquiátrico donde descubre el sentido de la vida: ayudar. Estudia Medicina con destacado nivel intelectual y realiza acciones cómicas para demostrar con sus actos la importancia al prójimo.
- **MAS ALLA DE LOS SUEÑOS** 1998. Director Vincent Ward y protagonizada por Robin Williams. Chris Nielsen (Robin Williams) junto a su esposa Annie (Annabella Sciorra), viven una vida de ensueño, pero un día son embestidos por un auto, que termina con la vida de los niños. Annie se sumerge en una intensa depresión. Luego Chris muere en un accidente y va al cielo. Annie recae en su depresión y decide suicidarse. Chris la busca en el purgatorio, pero no lo reconoce. El abandonará todo por quedarse junto a ella.
- **GHOST,** 1990. Patrick Swayze, Demi Moore y Whoopi Goldberg, y dirigida por Jerry Zucker. Sam Wheat, un ejecutivo de banca e inversiones, y Molly Jensen, una escultora de cerámica, ven truncada su felicidad cuando Sam es asesinado por un ladrón. Su amor por Molly hace que permanezca en la tierra

como un fantasma protector, siendo su único medio de comunicación una alocada vidente.

- **Evaluación:**

Análisis crítico e interpretación de las películas sugeridas, participación de los personajes y mensaje, comentado vía internet.

Revisión del 100% de las películas.

II.RESULTADOS.

TABLA 1. Puntaje medio en actitud tanatológica según preguntas globales antes de la aplicación del programa educativo sobre la muerte en estudiantes de internado en Medicina

Pregunta global (*)	Puntaje medio (Media)	Desviación estándar (DE)	Puntaje máximo (Número ítems)
A. Cuándo seas médico, ¿con qué tipo de pacientes terminales desearías trabajar?	15.73	2.52	25 puntos (5 ítems)
B. ¿Te sientes capaz de realizar acciones de autoeficacia ante la muerte?	76.92	12.06	100 puntos (20 ítems)
C. ¿Qué te preocupa de la muerte y del proceso de morir?	47.32	13.10	100 puntos (20 ítems)
D. ¿Qué te ayudaría morir en paz?	36.19	7.03	50 puntos (10 ítems)
E. ¿Cómo valoras temas de la muerte?	99.81	10.95	125 puntos (25 ítems)
F. ¿Cómo valoras las creencias en temas de la muerte?	31.68	4.46	50 puntos (10 ítems)
Global	307.65	19.46	450 puntos (90 ítems)

Fuente: Ficha de Registro de Datos

(*) Ver ítems evaluados de cada pregunta global en anexos 2

TABLA 2.

Puntaje medio en actitud tanatológica según preguntas globales después de la aplicación del programa educativo sobre la muerte en estudiantes de internado en Medicina

Pregunta global(*)	Puntaje medio (Media)	Desviación estándar (DE)	Puntaje máximo (Número ítems)
A. Cuando seas médico, ¿con qué tipo de pacientes terminales desearías trabajar?	15.95	1.75	25 puntos (5 ítems)
B. ¿Te sientes capaz de realizar acciones de autoeficacia ante la muerte?	76.68	6.17	100 puntos (20 ítems)
C. ¿Qué te preocupa de la muerte y del proceso de morir?	43.05	8.12	10 puntos (20 ítems)
D. ¿Qué te ayudaría morir en paz?	37.49	3.97	50 puntos (10 ítems)
E. ¿Cómo valoras temas de la muerte?	103.76	8.63	125 puntos (25 ítems)
F. ¿Cómo valoras las creencias en temas de la muerte?	32.54	4.09	50 puntos (10 ítems)
Global	309.47	15.10	450 puntos (90 ítems)

Puntaje máximo: 5.00 puntos por ítem

Fuente: Ficha de Registro de Datos

(*) Ver ítems evaluados de cada pregunta global en anexos 2

TABLA 3.

Puntaje medio en actitud tanatológica según preguntas globales antes y después de la aplicación de programa educativo sobre la muerte en estudiantes de internado en Medicina.

Pregunta global (*)	Momento de evaluación		Prueba t p
	Antes	Después	
	Programa Media ± DE	Programa Media ± DE	
A. Cuando seas médico, ¿con qué tipo de pacientes terminales desearías trabajar?	15.73 ± 2.52	15.95 ± 1.75	t = 0.97 p > 0.05
B. ¿Te sientes capaz de realizar acciones de autoeficacia ante la muerte?	76.92 ± 12.06	76.67 ± 6.17	t = 0.22 p > 0.05
C. ¿Qué te preocupa de la muerte y del proceso de morir?	47.32 ± 13.10	43.05 ± 8.12	t = 3.90 p < 0.01
D. ¿Qué te ayudaría morir en paz?	36.19 ± 7.03	37.49 ± 3.97	t = 1.87 p > 0.05
E. ¿Cómo valoras temas de la muerte?	99.81 ± 10.95	103.76 ± 8.63	t = 4.59 p < 0.01
F. ¿Cómo valoras las creencias en temas de la muerte?	31.68 ± 4.46	32.54 ± 4.09	t = 3.03 p < 0.01
Global	307.65 ± 19.46	309.47 ± 15.12	t = 1.24 p > 0.05

p > 0.05: No existe diferencia estadística significativa

p < 0.05: Existe diferencia estadística significativa

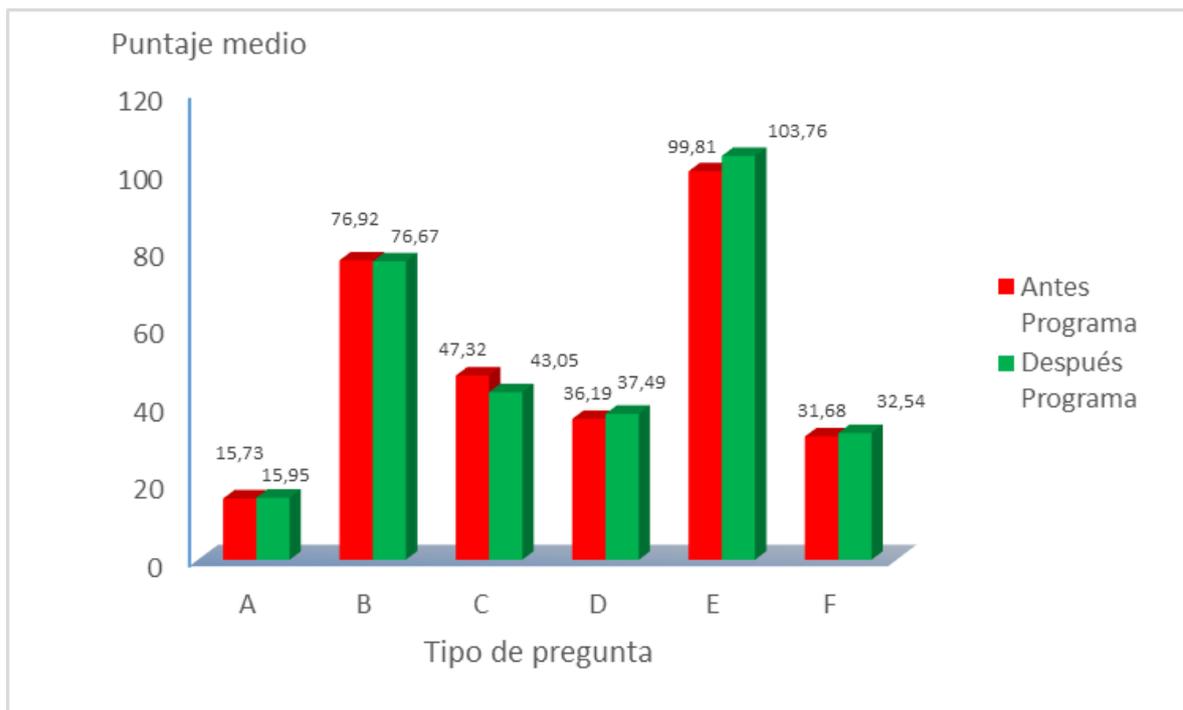
p < 0.01: Existe diferencia estadística altamente significativa

Fuente: Ficha de Registro de Datos

(*) Ver ítems evaluados de cada pregunta global en anexos 2

FIGURA 1.

Puntaje medio en actitud tanatológica según tipos de preguntas globales antes y después de la aplicación de programa educativo sobre la muerte en estudiantes de internado en Medicina.

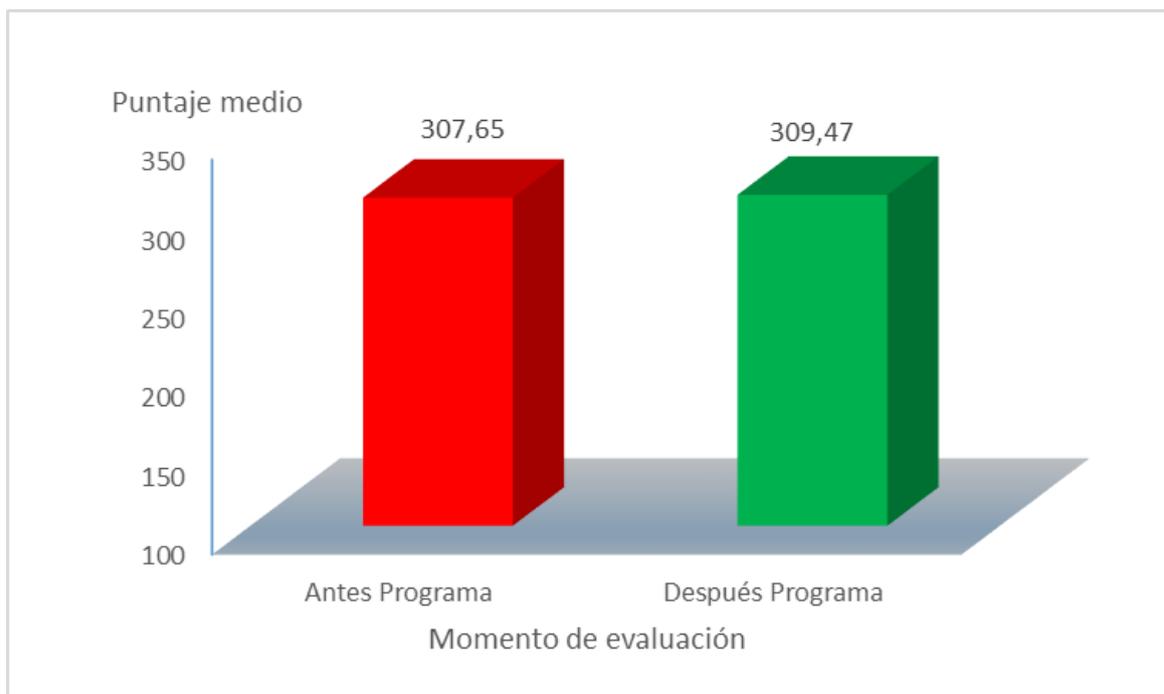


Fuente: Ficha de Registro de Datos

Ver ítems evaluados de cada pregunta global en anexos 2

FIGURA 2

Puntaje medio general en actitud tanatológica antes y después de la aplicación de programa educativo sobre la muerte por estudiantes de internado en Medicina.



Fuente: Ficha de Registro de Datos

III. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El programa educativo sobre la muerte no tuvo impacto en el grupo A de preferencias profesionales, representado por la pregunta global: Cuándo seas médico, ¿con qué tipo de pacientes terminales desearías trabajar?, que involucra pacientes en general con enfermedades crónicas; sin embargo, si tuvo un cambio estadísticamente significativo parcial en trabajar con enfermos de la UCI y trabajar con enfermos terminales de cáncer, y muy significativo en trabajar con cadáveres de la morgue.

Los estudiantes evitan trabajar en pacientes crónicos. En la enfermedad terminal el tratamiento es paliativo, centrado en el alivio del dolor y sufrimiento del paciente y su entorno, proceso difícil de afrontar en enfermedades oncológicas, pero también en enfermedades crónicas como ICC, IRC, EPOC, Alzheimer, etc. Bermejo, et al (2018), refieren que la mayoría de estudiantes de salud considera que el dolor psicológico es tan profundo y doloroso como el físico, y que es importante proteger a los pacientes terminales, con responsabilidad profesional.

González (2015), encuentra en estudiantes de enfermería de dos universidades españolas que se sienten más preparadas debido a que la mayoría ha presenciado un fallecimiento en sus prácticas, pero no encuentra un alto nivel de deseo de trabajar con enfermos terminales; pero si, con enfermos de urgencias.

El desconocimiento sobre la enfermedad terminal no es intrínseca al estudiante, sino que es una carencia cotidiana como lo menciona Orozco, et al (2013) en su estudio, donde la mayoría de estudiantes de enfermería considera necesario estudiar tanatología en la universidad, a la cual definen como la ciencia y arte del

bien morir, conocen sus etapas, y buscan dar una buena calidad de vida a los pacientes hospitalizados, pero desconocen que el proceso de duelo tiene que ver con respetar el dolor por la muerte de un ser querido.

Hilario (2016), encuentra un conocimiento general de nivel medio alto en estudiantes sanitarios, en las dimensiones física, psicoemocional y espiritual, resaltando el conocimiento del cuidado paliativo, del paciente terminal y el control de sus síntomas. Espinoza et al (2016) en Chile encuentran actitudes en favor del cuidado terminal en enfermeras, en relación directa a la edad, sexo femenino, experiencia laboral, tiempo de atención y número pacientes atendidos. El preferir trabajar en cuidados paliativos influye positivamente, pero influye negativamente, el miedo a la muerte y el trabajo emocional fingido.

López (2016), encuentra en médicos que trabajan en un hospital de alta complejidad, un nivel de mediano a bajo en actitudes, conocimientos y también en cuidados paliativos, siendo la perspectiva práctica y la idoneidad en la toma de decisiones los de menor nivel. En coincidencia a Martínez, et al (2010), la mayoría de enfermeras presenta conocimientos básicos a medios; y son bajos sobre la calidad de vida, cuidados regulares e integrales de enfermería y sobre el objetivo principal de la tanatología, desconocen además la carta de los derechos de los pacientes en fase terminal, no asisten a cursos de tanatología durante su formación como enfermera, pero consideran importante la capacitación sobre el tema. Además, Sandro de Barros y Magnabosco (2009), investigaron la percepción del técnico de enfermería en su formación en tanatología. Los participantes estaban más preocupados con la presentación de los informes que cómo enfrentar el proceso de muerte y muerte de los pacientes; y menos aún, de cómo estos piensan sobre la muerte, mostrando así su falta de preparación.

Los resultados de nuestro estudio coinciden con Vianna y Piccelli (1998) quienes al evaluar las preferencias profesionales antes y después de un programa educativo observan cambios con diferencias significativas en trabajar con enfermos de UCI, trabajar con enfermos terminales de cáncer y trabajar con cadáveres en la morgue. No se puede relacionar el miedo a la muerte y la ansiedad con la preferencia ocupacional, pero si podría estar influenciado, como se observa en el curso de anatomía, donde al contacto con un cadáver, genera angustia y miedo a la muerte y esto es mayor durante la necropsia.

Comprender el proceso de morir, ayuda al futuro profesional a procesar sus miedos y tener un mejor acercamiento al paciente terminal. Según Colell (2005), en su estudio la mayoría de alumnos desean hacer prácticas con enfermos en fase terminal; pero el tener miedo a los muertos lo evita. Los alumnos que presentan niveles altos de ansiedad, tienen valores altos en su deseo de trabajar con enfermos en edad pediátrica y enfermos de la atención primaria, y los que presentan nivel bajo de ansiedad, se predisponen a trabajar con enfermos en fase terminal. Al realizar su estudio experimental para evaluar la influencia de un seminario de educación sobre la muerte, en 177 alumnos, estos no se sienten preparados emocionalmente ni asistencialmente de trabajar con enfermos terminales y esto es independiente del lugar de residencia. El trabajo con enfermos en fase terminal de cáncer, sida, geriátricos son menos deseadas y de poder elegir no trabajarían con ellos. A más competencia percibida y autoeficacia, más deseo de trabajar con este tipo de enfermos. Existe más miedo a la propia muerte que al propio proceso de morir. Existe más miedo a la muerte y al proceso de morir de la persona querida. La intervención educativa produjo cambios por más de seis meses en las creencias sobre el enfermo en fase terminal y de su proceso de morir.

Es por este motivo que el personal de salud debe tener una buena actitud para poder comprender las necesidades del paciente y que la muerte sea de buena calidad, acompañada de dignidad y en lo posible sin dolor, como nos hace conocer Elías (2018), quien observa una actitud indiferente total en las enfermeras hacia el cuidado del paciente terminal en UCI y medicina, evidenciado en la higiene por falta de cuidados del paciente moribundo, el apoyo espiritual y el ambiente de privacidad. Este actuar superfluo del personal de salud es justificada por las enfermeras del estudio debido a que existe una demanda mayor de tiempo en este grupo de pacientes terminales que podría ser utilizado en otros pacientes.

El programa educativo sobre la muerte no tuvo impacto en actitudes generales de autoeficacia ante la muerte grupo B, determinado por la pregunta global ¿En este momento eres incapaz - capaz de realizar las siguientes acciones?, pero si se encuentran cambios significativos en las preguntas dar cuidados físicos y emocionales a un enfermo de cáncer y muy significativos en dar cuidados físicos y emocionales a un anciano moribundo, asistir con rapidez a un moribundo con dolor, decirle al enfermo la gravedad de su enfermedad y crear un grupo de ayuda a los enfermos en fase terminal.

Lizana y Palomino (2018), al evaluar la percepción y actitud del personal de enfermería en UCI sobre el proceso de la muerte la mayoría se afecta psicológicamente en su rendimiento laboral, la muerte de un joven o anciano les impacta igual con impotencia y pesar, son capaces de acompañar al familiar y al moribundo para que asimilen esta etapa, tienen protocolos de salud y comentan los fallecimientos entre colegas.

Entonces la capacitación se impone para mejorar las habilidades comunicativas del médico y producir empatía con el enfermo y su familia. Starewsky et al (2005), entrevistó a familiares de pacientes fallecidos y además a los profesionales que proporcionaron información sobre la muerte de un paciente, una minoría de los entrevistados desaprobaron la forma de notificación de la muerte y sólo un tercio de familiares no recibieron ninguna atención del equipo médico. Las situaciones más difíciles de afrontar fueron la muerte por enfermedad aguda, pacientes jóvenes y cuando la familia no entiende el caso.

Orozco, et al (2013), al evaluar experiencias sobre la muerte, refiere que la mayoría procura que el paciente esté en las mejores condiciones posibles a sabiendas de la inminencia de su muerte. La mitad se muestra capaces de superar la muerte de un familiar o de un paciente, y consideran que el personal de salud muchas veces no tiene una preparación para manejar la muerte del paciente, o se muestra indiferente.

Grau, et al (2018), en un grupo heterogéneo de profesionales de la salud, encuentra que los capacitados en cuidados paliativos ofrecen menos respuestas defensivas, pero mantienen respuestas de evasión, de temor y confusión. Es decir, la afectividad y lo emocional son importantes en las actitudes ante la muerte, a pesar que la instrucción recibida influye en sus componentes cognitivos. Como expresa Castellares y Castro (2018), la actitud afectiva del personal de enfermería frente a la muerte del paciente en su mayoría fue indiferente en el Hospital Regional "Zacarías Correa Valdivia" de Huancavelica, quienes tienen como actitud no enfrentarse con los familiares de los pacientes terminales, por presentar agresiones verbales de los familiares, quienes los tildan de incompetentes y los culpan de los

fallecimientos; por lo que prefieren concentrarse en atender las necesidades biológicas y no espirituales.

Para generar relaciones interpersonales positivas en la salud como es la comprensión emocional, tiene que haber concordancia y relación entre las frases y las emociones, esto incrementa la capacidad de hallar alternativas ante a situaciones negativas; así Alulema, et al (2017), analizaron la inteligencia emocional en las actitudes ante la muerte del personal de salud de las áreas de cuidados paliativos, hospitalización, emergencia y consulta externa , y encuentran una positiva en la percepción, comprensión emocional y regulación emocional en la relación médico paciente, pero una actitud negativa ante la muerte de sus pacientes.

Muchas actitudes reflejan ciertas creencias conductuales que pueden estar en disonancia con sus propias creencias como lo estudia Espinoza, et al (2016), mediante la escala FATCOD donde se muestra actitudes favorables en las enfermeras en dar cuidados al final de la vida como experiencia valiosa, valoran su ayuda a los pacientes en su preparación ante la muerte, y consideran que la familia debería involucrarse en los cuidados.

La actitud conductual indica responsabilidad laboral, apoyo psicológico, y acción con sensibilidad ante el paciente y la familia. Castellares y Castro (2018), encuentran que esta actitud conductual de enfermería fue totalmente positiva en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, en el servicio de medicina y UCI; al igual que Cárdenas (2016), quién refiere que la actitud conductual es positiva del profesional de enfermería ante la muerte de la persona en situación terminal; sin embargo, Elías (2018), encuentra que la actitud en el cuidado del paciente terminal, en la dimensión fisiológica, la mitad es indiferente y la otra mitad

es positiva; refiere que la indiferencia no es por la atención al dolor o sufrimiento del paciente, sino por la valorar las necesidades de la persona; además, el miedo por la muerte, produce un aislamiento del propio personal de salud que al observar sus propias carencias no realiza con calidad los cuidados más fundamentales.

Nuestro estudio comparte con Colell (2005), algunos hallazgos de la fase post de su seminario, dónde en la competencia percibida frente a la muerte de Bungen, se observa mejora de la capacidad para afrontar pérdidas futuras y la muerte de personas cercanas, de escuchar a los demás y de pasar tiempo y comunicarse con el enfermo terminal. En la autoeficacia encontró mejoría al prestar atención a las necesidades del paciente y sus familiares, poder dar el pésame, visitar a un amigo en fase terminal y poder afrontar su muerte, y poder tocar un cadáver.

La negación a la muerte es un mecanismo evasión e indiferencia en el personal sanitario, y se desarrolla de forma rutinaria en los hospitales. Beltrán (2015), encuentra mal afrontamiento a la muerte en emergencia, a diferencia de la UCI donde la formación en cuidados paliativos, favorecen su afrontamiento, el convivir con los pacientes graves muestra más capacidad de dar cuidados paliativos y hablar con familiares y amigos sobre la muerte.

En los diversos grupos culturales el miedo excesivo a morir se manifiesta con ansiedad. El personal de salud se enfrenta día a día con la muerte, y padece, ansiedad, que puede generar una atención inadecuada, actitudes de rechazo, evitación, al tener que afrontar sus propios miedos. Sanchís (2018), comparando las variables miedo a la muerte ajena y miedo a la muerte propia, con las estrategias de afrontamiento, encuentra significancia con la estrategia pensamiento desiderativo.

La educación sobre la muerte y morir puede disminuir la dificultad para tratar el problema con los pacientes terminales Vianna y Piccelli (1998), al evaluar la reacción ante un paciente con enfermedad terminal, la mitad respondieron que tendrían miedo de abordar el problema, y el resto evitaría abordar el tema y no tendrían miedo.

El programa si tuvo un impacto importante en la disminución de la ansiedad relacionada con la pregunta global en el grupo C: ¿Qué te preocupa de la muerte y del proceso de morir?, siendo muy significativo en los ítems relacionados: perder todo lo que tienes en esta vida, no poder sentir o pensar algo nunca más, que nadie te recuerde tras tu muerte, morir joven, perder el control de tus funciones fisiológicas, y miedo a la manera cómo vas a morir.

Limonero (1994), refiere que el miedo a la muerte es amenaza y mecanismo de defensa para la supervivencia de la especie, y nos afecta a todos en diferente intensidad, que puede llegar a ser patológico, por eso la sociedad evita su presencia dolorosa. Colell (2005), en relación a la ansiedad ante la muerte, refiere que el miedo a la propia muerte es mayor que el proceso de morir, pero es más grande si se trata de una persona querida. Linares (2015), en 274 enfermeras de Yucatán, al evaluar la influencia de un programa de formación ante la muerte y el morir, fue efectivo en la disminución del miedo y la ansiedad y el aumento de afrontamiento ante la muerte y el proceso de morir.

Bermejo, et al (2018), encuentra en estudiantes sociosanitarios, una actitud positiva hacia el cuidado de pacientes moribundos, el miedo a la muerte ajena, y luego, el miedo al proceso de morir personal, después al ajeno y por último el miedo a la propia muerte. Es también de mayor preocupación el no poseer los recursos para

ayudar y a mayor miedo a la muerte que tenga el personal de salud, la calidad de atención a los pacientes terminales empeora.

Las relaciones con el paciente se favorecen cuando el personal de salud expresa sus actitudes y creencias sobre la muerte. Torres y Zapata (2018), al analizar el sentido de vida y muerte en docentes de enfermería, estas dependen de las experiencias en los cuidados paliativos de moribundos, soslayan su finitud terrenal y la ven lejana; además se refieren a la muerte como impersonal, pero si se identifican con el sufrimiento del paciente y de su familia.

Un mejor cuidado de enfermería equivale a no presentar mecanismos de afrontamiento como la evitación y el escape que son actitudes para enfrentar el propio miedo de morir. Espinoza, et al (2016), refieren en su estudio que los cuidados de un paciente terminal empeoran con las actitudes de miedo, evitación y escape. El miedo a la muerte es la variable predictora negativa en las actitudes hacia el cuidado de los pacientes, y la educación precoz en mejorar las actitudes hacia la muerte, la variable predictora positiva junto a la inteligencia emocional de regulación y comprensión.

Para Limonero (1994), la muerte biológica es el cese definitivo de las funciones vitales y la muerte psicológica es la forma de sentir la muerte. El concepto de muerte está en constante cambio y también las actitudes, que son relativas, se transforman a medida que el individuo evoluciona de manera integral. Vianna y Piccelli (1998), refieren que la mayoría de los encuestados sólo eventualmente piensan en la muerte misma. Los estudiantes preclínicos piensan menos sobre la muerte que los de clínicas, médicos y profesores; y aunque un tercio ya han experimentado su presencia, después de un accidente o enfermedad grave, la posibilidad real o imaginaria de la muerte misma. Según, González (2015), los estudiantes tienen

aceptación a la muerte como un devenir biológico, esto ocasiona niveles bajos en la escala de miedo ante la muerte y con la DAS. El miedo a la muerte ajena tiene mayor puntuación, mientras que el miedo a la propia muerte en la escala de Collet, presenta niveles menores. En la escala de ansiedad se obtienen niveles intermedios de ansiedad ante la muerte.

Rojas (2018), encuentra en la dimensión psicológica, que la mayoría de los alumnos de medicina de ambas universidades UNT y UPAO tienen igual percepción frente a la muerte: no le tienen miedo, ni la piensan con frecuencia y tampoco determina su comportamiento. Para el proceso de morir cuando ven la muerte de un paciente piensan en alguien cercano, donde también influye la edad del fallecido y no les impresiona ver un cuerpo sin vida.

En salud hay que saber interpretar y percibir las mejores emociones ante las diversas situaciones que se desarrollan en el ámbito laboral. Alulema, et al (2017), encuentran en la mayoría del personal de salud una adecuada percepción emocional, que promueve la expresión de emociones positivas ante el fallecimiento de un paciente. Hallazgos similares en Cárdenas (2016), con relación a la actitud afectiva, las enfermeras en su mayoría tienen actitudes positivas ante pacientes terminales, pero distintos a Sánchez, et al (2016), quienes observaron que en enfermeras de más de 40 años, la mitad presentaron actitudes negativas ante la muerte; mientras que en las de 30 - 40 años, disminuyeron las actitudes negativas. Para Limonero (1994), la muerte social es la forma final de la muerte psíquica, porque el anciano pasa a una forma pasiva de existencia confinado a un asilo, dentro de su propio hogar o en algún hospital. Sanchís (2018), encuentra en los ancianos, debido a su aislamiento e infravaloración social, que presentan disminución en el miedo a la muerte, esto les genera más angustia sobre todo en

la muerte de sus seres queridos, en el poder padecer dolor y sufrimiento, el incumplimiento de las metas planeadas, en la existencia de otra vida, y en no poseer un autocontrol. Se encontró también que los ancianos sin estudios presentaban mayor miedo a la muerte ajena y propia.

El programa en general no tuvo impacto significativo en el grupo D, representado por la pregunta global: si estuvieras muriendo realmente, ¿Qué te ayudaría a morir en paz?, donde se le enfrenta a la posibilidad de enfrentar su propia muerte y evaluar su miedos y actitudes, pero hubo un cambio significativo en algunos de los ítems relacionados en este grupo como en pensar que los médicos pueden controlar tu dolor y otros síntomas generadores de malestar, creer en otra vida después de la muerte, pensar que podrás morir en casa y muy significativo en pensar que si no hay posibilidades de recuperación no se prolongue artificialmente tu vida en UCI.

Para Herrán, A & Cortina, M. (2007), la muerte esta omnipresente y es una condición vital y necesaria para la madurez humana. Es cotidiana, espontánea y natural en los juegos infantiles, películas, libros, teatros, pinturas, historias y medios de comunicación. En esa dirección Colell, R. (2005), recoge aspectos que podrían ayudar a morir en paz como son creer en otra vida después de la muerte y poder morir en casa, poder sentirse cerca y comunicarse con las personas queridas como aspecto más valorado. Limonero, J. (1994) refiere que antiguamente se convivía con la muerte, la mayoría moría en su casa y eran acompañados y despedidos por sus familiares y amigos. En las grandes ciudades en instituciones públicas o privadas más de la mitad de enfermos oncológicos prefieren morir en sus propios hogares, a pesar que la tecnología hospitalaria a desplazado el lugar de muerte que

antes ocurría siempre en casa. Rojas (2018), encuentra que la percepción de la muerte en su dimensión social de velar el cadáver en su casa, y de enterrar el cadáver, es coincidente en ambas universidades. Al evaluar el proceso de morir coinciden en que la persona debe morir rodeado de sus familiares, pero que mientras para los de alumnos de la UNT la persona debe morir en su casa, en los alumnos de la UPAO debe ser en un hospital.

El significado de la muerte y su proceso de aceptación, guarda relación con la espiritualidad religiosa que refuerza las creencias sobre los cuidados al final de la vida. Espinoza et al (2016), reportan que las enfermeras chilenas tienen un nivel promedio favorable en sus actitudes hacia el cuidado del paciente terminal. Ortiz y Lasso (2018), encuentran que la aceptación de acercamiento implica el imaginario de una existencia feliz después de la muerte, en el cual las creencias religiosas y la religión incluyen la noción de que la muerte puede traer paz y armonía con Dios.

El impacto del programa educativo sobre la muerte en este grupo E, fue muy significativo, es decir que las actitudes ante la muerte mejoraron de forma importante, sobre todo en los ítems relacionados: el tema sobre la muerte debe enseñarse en forma científica, carente de creencias, con diálogos cotidianos que disminuyan el temor. Actualmente se oculta el tema de la muerte y su didáctica en las escuelas, cuando lo correcto es su presencia en la malla curricular desde el inicio de la etapa escolar. El sistema socioeconómico actual tiene relación con el ocultamiento de la muerte, se privilegia el placer en todas sus formas, lo que aleja toda confrontación con el sufrimiento. Acompañar en las esferas espirituales y psicológicas permite sobrellevar el dolor, que es de lejos lo más complicado de abordar terapéuticamente, promover el conocimiento de nuestra finitud terrenal, el

aprecio a las cosas pequeñas, discutir cotidianamente sobre la muerte, valorar sin apego las cosas materiales y personales, nos prepara para el duelo y las pérdidas naturales de nuestra existencia.

La supervivencia es el motor de la humanidad y la muerte la daga de inminente ataque, lo que produce como consecuencia una actitud de miedo, ansiedad que genera respuestas evasivas de negación y promueve creencias alternativas de vida paralelas y eternas de felicidad para aliviar el dolor. Sanchís (2018), al evaluar las actitudes hacia la muerte en adultos mayores, estos presentaron aceptación neutral, es decir consideran el devenir inevitable y presentan un temor que es natural. Los varones presentan en menor grado aceptación neutral, escape y miedo a la muerte y además se observa que en personas con estudios superiores la aceptación es neutral y como estrategia de afrontamiento usan la resolución de problemas. Maza et al (2007), al valorar la actitud de las enfermeras observa que la edad, el contacto inicial con la muerte, la educación sobre la muerte en pregrado, así como la experiencia laboral son significativas en la actitud tanatológica.

Los estudiantes distinguen a la muerte como lejana, por eso tienen actitudes y conductas de riesgo irresponsables y actitudes de indiferencia. Ortiz y Lasso (2018), describen las actitudes ante la muerte propia como una valoración indirecta frente a la muerte en general, en 172 estudiantes, mediante el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y cuyo resultado es de aceptación neutral. La actitud de aceptación de evitación y de escape, son mayores en los estudiantes que han tenido pérdidas familiares. Las actitudes de indiferencia hacia la muerte traducen una forma de evitar y autoproteger una vida sin final y soslayar la muerte.

Vásquez (2016), al evaluar las actitudes hacia la muerte de los estudiantes de enfermería de una universidad pública, en 93 estudiantes de enfermería de la

UNMSM, en las dimensiones de aceptación de acercamiento, evitación, aceptación de escape, miedo a la muerte, aceptación neutral, encontró una actitud de indiferencia. Al igual, Elías (2018), refiere que la actitud de enfermería en los servicios de medicina y UCI fue Indiferente y negativa en más de la mitad en la dimensión fisiológica; en la dimensión espiritual es indiferente y en la dimensión psicoemocional es negativa.

El médico tiene formación educativa integral en lo biológico, humano y cultural para enfrentar la muerte. Alulema et al (2017), refieren que las actitudes ante la muerte del personal de salud, presentan dificultades en la atención a sus pacientes por un déficit de formación. El encarnizamiento terapéutico es una forma de abandono del paciente y se produce cuando el médico tiene oposición o rechazo a la muerte.

La actitud negativa dificulta el desenvolvimiento profesional. Cárdenas (2016), menciona que la actitud de enfermería en un hospital de Tacna ante el proceso de la muerte en pacientes en etapa terminal fue mayormente negativa, la actitud cognitiva positiva, la actitud afectiva y la actitud conductual fueron negativas al igual que la edad, los años de experiencia, y el sexo muestran actitudes negativas. Los servicios con actitud negativa fueron medicina, ginecología, emergencia, UCI, SOP, neonatología, mientras Cirugía, Pediatría, SERCIQUEM, Psiquiatría tuvieron actitud positiva. En Arequipa, Araoz y Mamani (2014), encuentran similares hallazgos en la mayoría de enfermeras quienes tienen una mala actitud ante la muerte, la ven como ajena e impredecible, les genera temor, y su proceso incluye agonía y dolor. La consecuencia es tristeza y frustración en sus actos. Los servicios ambulatorios, administrativos, UCI, centro quirúrgico y oncología, tuvieron una actitud positiva y el servicio de cirugía, emergencia, ginecología, obstetricia, medicina, pediatría y neonatología, en su mayoría la actitud fue negativa. En Lima,

Sánchez et al (2016), observaron que la mayoría de enfermeras tiene actitud negativa e indiferente; mientras que la mitad de enfermeras con maestría muestran actitudes positivas. La asociación entre el servicio de trabajo y la actitud de las enfermeras ante la muerte, en medicina y cirugía fue negativa y/o indiferente; mientras que en el servicio de áreas críticas fue positiva. Además, enfermeras con más de 10 años de experiencia profesional fue negativa y/o indiferente. Maza et al (2007), encuentran que la mayoría de enfermeras presenta una actitud negativa ante la muerte. La formación en enfermería era inadecuada y la institución no tenía un sistema de apoyo de consejería, psicológico y no implementaba seminarios ni talleres.

La actitud negativa ante la muerte es un ingrediente ofensivo en la conducta adecuada al enfrentarse a los pacientes y familiares como lo manifiestan Alulema, et al (2017), al encontrar en 45 trabajadores de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, que la mayoría, tiene la actitud negativa.

Demostrar actitudes de miedo y evitación hacía la muerte del personal, produce en los pacientes terminales, recibir cuidados de mala calidad por parte del profesional. González, S. (2015), encuentra en estudiantes de enfermería que la mayor actitud fue aceptación de la muerte, porque para la mayoría es proceso biológico humano ineludible. A mayor actitud de aceptación, disminuyen las actitudes de miedo y evitación, pero se relacionan con la escala de miedo ante la muerte, y la escala de ansiedad ante la muerte. Rojas (2018), encuentra en la mayoría de los estudiantes de medicina de ambas las universidades UNT y UPAO, que en las percepciones de la muerte en su dimensión biológica coinciden que la muerte es un hecho irreversible de las funciones vitales; y en la percepción del proceso de morir

conciben a la muerte como el final de todo el proceso, y no como un fracaso de la terapéutica médica.

La experiencia profesional, especialmente en cuidados paliativos desarrolla la habilidad de elaborar estrategias de contención a las respuestas emocionales hacia la muerte y su proceso y además promueve conductas favorables la mejora de la calidad de vida en la estancia terminal. Espinoza et al (2016), encuentran en Chile que las actitudes del cuidado paliativo son positivas, en enfermeras con alguna formación en posgrado, con mayor experiencia profesional y laboral traducida en formación, tiempo y cantidad de pacientes terminales. En Trujillo, Cruz y Grados (2016), reportan que la actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico, mayormente fue favorable y también el componente cognitivo y conductual; estas actitudes son promovida por tener un bagaje de conocimiento en su formación y puestos en práctica al momento de su ejercicio profesional, pero el componente afectivo fue favorable. También Lizana y Palomino (2018), encuentran una actitud general de enfermería parcialmente positiva frente a la muerte al igual que las actitud cognitiva, afectiva y conductual. Ramos y Velarde (2018), corroboran como parcialmente positiva en su mayoría, al igual que la actitud afectiva cognitiva y conductual. Además, encuentran factores biológicos, sociales y culturales en la actitud de la enfermera ante la muerte, y observan actitudes negativas relacionadas como la mayor edad, el mayor tiempo de servicio y enfermeras casadas. Al mismo tiempo Castellares y Castro (2018), en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, describe la actitud global totalmente positiva en las esferas cognoscitiva, afectiva y conductual, en enfermería.

A un nivel mayor de competencia percibida, entendida como la creencia generalizada acerca de poder interactuar con el entorno efectivamente, frente a la

muerte, le corresponde un mayor deseo de trabajar a futuro con pacientes terminales y un miedo a la muerte y a los muertos menor. Rojas (2018), encuentra que el nivel de percepción general fue medio de los estudiantes de medicina de la UNT y mayor a medio en la UPAO; en los primeros en relación a la percepción de la muerte fueron diferentes en las dimensiones biológica, religiosa y legal, y en el proceso de morir, fueron diferente en las dimensiones psicológica y social.

Herrán y Cortina (2007), refieren que la cultura que no valora la muerte, no valora la vida. La muerte es un tema tabú en la educación, y su ausencia es evidente en los proyectos educativos. La educación para la muerte debe incluirse desde el aula inicial, la familia, los medios de comunicación, y sobre todo en las políticas educativas. En la universidad de Medicina los temas de tanatología son insuficientes dentro de materias como psiquiatría y psicología.

Según Ortiz y Lasso (2018), se debe promocionar la salud mental a quienes sufran pérdidas relacionadas con la muerte y ofrecer talleres y seminarios de tanatología, no sólo universitaria, sino también comunitarias.

La ausencia de contacto con pacientes terminales puede justificar el desinterés en el tema entre estudiantes y profesores de áreas básicas de medicina. Vianna y Piccelli (1998), refieren que los estudiantes de preclínica tienen dificultades para tratar el tema y porque nunca participaron en seminarios sobre la muerte, ni discutieron el tema con sus maestros. Los médicos aprenden recién a tratar con pacientes terminales durante la residencia médica, es decir después de haber culminado la carrera médica.

Actitudes de culpabilidad, desapego e impotencia son sentimientos negativos ente los pacientes terminales, es por eso que el médico ante deberá aprender sobre compasión y sinceridad en procura que el enfermo tenga mayor apoyo emocional,

espiritual, así como también a sus familiares. Azuela (2015), propone un módulo de tanatología de 40 horas por semestre, para la valorar los aspectos psicológicos, emocionales, afectivos y espirituales en relación al paciente, la terapia del dolor, la voluntad anticipada, la donación de órganos y los temas legales forenses.

Los pacientes terminales presentan en la anamnesis debilidad, anorexia, con disminución del peso, insomnio, ansiedad y depresión, dolor, estreñimiento e incontinencia, xerosis bucal, trastornos urinarios, disnea y tos, disfagia, náuseas y/o vómitos, confusión, hemorragias, úlceras cutáneas. Colell, R. (2005), realizó un seminario para disminuir en lo posible las creencias negativas y observa la disminución de la creencia que el paciente terminal muere con mucho dolor, pero aumenta la creencia de que es mejor morir en casa, y que la morfina es usada el manejo del dolor. Espinoza et al (2016), describen una mala actitud en el tratamiento paliativo, al hacer uso limitado de la terapia debido a la concepción de que puede provocar adicción. Esta desinformación persiste en el ámbito médico y es una barrera en el buen manejo de dolor, y en la mejora de la calidad de vida.

El impacto del programa en nuestro estudio, fue importante y muy significativo en disminuir las creencias generales del grupo F, sobre todo en los ítems relacionados como: es preferible ocuparse de la muerte después en lugar de amargarse pensando ahora, la reencarnación existe después de la muerte, es mejor preocuparse por la vida y fue significativo en el ítem: es peligroso hablar mal de los muertos.

La religión tiene efectos negativos y positivos sobre la ansiedad ante la muerte y sobre el deseo de trabajar con pacientes terminales. Limonero (1994), refiere que la creencia en otra vida después de la muerte, puede promover el deseo de trabajar

con enfermos terminales. Colell, R. (2005), observa mayor nivel de creencia al miedo a los muertos y a la muerte en el género femenino. Al igual que el estudio de Sanchís (2018), donde las mujeres tienen mayor religiosidad que no se relaciona a la edad, ni al nivel de estudios. Refiere también que genera miedo y ansiedad el sufrimiento en caso de enfermedad y los cambios físicos relacionados al paso del tiempo, pero no encuentra relación entre el miedo a la muerte propia y las creencias. Por otro lado, Sánchez et al (2016), observan en 62 enfermeras católicas, que la mayoría tiene actitud negativa e indiferente ante la muerte. Al igual que Elías (2018), al evaluar las actitudes de las enfermeras en los cuidados paliativos y la espiritualidad, la gran mayoría tiene una actitud indiferente y negativa. Consideran que no es importante el apoyo espiritual, ni que es importante indagar sobre las creencias del paciente, y les disgusta la realización de ritos y ceremonias espirituales de despedida.

Rojas (2018), al evaluar la percepción de la muerte en su dimensión religiosa en estudiantes de Medicina de la UNT, la mitad considera como el inicio de otra etapa del hombre. Ambas universidades consideran que debe respetarse las creencias religiosas de los fallecidos y no creen en la reencarnación. En el análisis del proceso de morir la utilización de la religión como ayuda es mayor en la UPAO y en ambos grupos es aceptado que el moribundo deba recibir los últimos actos religiosos y que la muerte no purifica el alma.

CONCLUSIONES

- La aplicación del programa educativo sobre la muerte no mejoró significativamente la actitud tanatológica global en estudiantes de internado de Medicina.
- El programa educativo sobre la muerte no mejoró significativamente las actitudes tanatológicas en el grupo A: ¿Cuándo seas médico, con qué tipo de pacientes terminales desearías trabajar?, grupo B: ¿Te sientes capaz de realizar acciones de autoeficacia ante la muerte?, y en el grupo D: ¿Qué te ayudaría morir en paz?.
- El programa educativo sobre la muerte mejoró muy significativamente las actitudes tanatológicas en el grupo C: ¿Qué te preocupa de la muerte y del proceso de morir?, grupo E: ¿Cómo valoras temas de la muerte?, y en el grupo F: ¿Cómo valoras las creencias en temas de la muerte?.

RECOMENDACIONES

1. Preparar al futuro profesional de salud en tanatología, de forma integral y transversal desde los primeros años de carrera universitaria.
2. Propiciar la investigación cuantitativa y cualitativa en tanatología en el ámbito educativo y de salud, como líneas de investigación prioritaria de salud mental.
3. Sensibilizar a las autoridades regionales de salud sobre la importancia de considerar la ejecución de programas de capacitación y terapias de apoyo emocional tanatológico al personal de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta O. (2009). Actitudes de los internos de Enfermería hacia los cuidados paliativos del paciente terminal de la Universidad San Martín de Porres. Tesis de especialidad. Universidad Mayor de San Marcos. Lima.
- Alulema, A., Velastegui, J. & Tenezaca, R. (2017). "Inteligencia emocional y actitudes ante la muerte en el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período febrero - julio 2016". Universidad Nacional de Chimborazo, 2017.
- Álvarez T. (1987). Aspectos Algológicos y Tanatológicos De Los desastres. CIDBIMENA. Honduras.
- Araoz, C & Mamani, Y. (2014). Factores sociales relacionados con la actitud de la enfermera ante la muerte. Hospital III Goyeneche. Arequipa, 2014. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Azuela, A. (2015). Importancia de la tanatología como materia de inclusión curricular en la formación médica. Tesina. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, México.
- Baylor, RA y McDaniel, AM (1995). Nurses' attitudes toward caring for patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. *J Prof Nurs*, 1995; 12: 99-105.
- Bermejo, J., Villacieros, M & Hassoun, H. (2018) . Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios. *Medicina Paliativa*. volumen 25(3), pp. 168-174.
- Beltrán L. (2015). Estrategias de afrontamiento para la muerte como factor protector de ansiedad en el personal de salud. Tesis pre grado. Universidad Antenor Orrego, Trujillo.

- Bender, M., Lloyd, CH. y Cooper, A. (1996). Calidad de muerte: Atención al anciano en la etapa final de la vida. Madrid: TEA Ediciones.
- Bolívar, A. (1995). La evaluación de valores y actitudes. Grupo ANAYA.S.A. Madrid. España.
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la Tanatología? Revista Digital Universitaria UNAM, volumen 7 (8), pp, 1067-6079.
- Cárdenas, M. (2016). Ante El Proceso De La Muerte En Pacientes En Etapa Terminal El Hospital Hipólito Unanue Tacna, 2016.Tesis pregrado. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna.
- Cardozo de Angulo, R., Espig, H., Romano, E., Vilorio, F., Centeno, G., & Medina, M. (2014). Actitud ante la muerte en estudiantes de medicina al inicio y final de la carrera. Revista de Bioética Latinoamericana, volumen 14, pp. 82-104.
- Castellares D. y Castro, B. (2018). Actitud frente a la muerte del paciente en el personal de enfermería del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica - 2018. Tesis pregrado. Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica.
- Castillo, K. (2016). Factores Biosocioculturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en UCI y emergencia. Hospital Regional Docente de Trujillo - La Libertad, 2013. Tesis Maestría. Universidad Católica los Ángeles Chimbote, Trujillo.
- Collet, L. J. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. The Journal of Psychology, 72, 179-181.
- Colell, R. y Limonero, J. T. (2003). ¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico? Rev. ROL Enf. 26(2):92-92.

- Colell, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Cruz, L (2009). Análisis estadístico de la estructura de las actitudes hacia la atención tanatológica. Revista electrónica Vinculando. [http://vinculando.org7salud/análisis estadístico atención tanatológica.](http://vinculando.org7salud/análisis%20estadístico%20atención%20tanatológica)
- Cruz, A &Grados, G. (2016). Actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente crítico en Clínicas Privadas de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo.
- Domínguez Mondragón, Guadalupe (2009). La tanatología y sus campos de aplicación. Horizonte Sanitario, 8 (2), 28-39. [Fecha de Consulta 4 de abril de 2021]. ISSN:1665-3262. Disponible en: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845132005.](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845132005)
- Elías, N. (2018). Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en los servicios de medicina y cuidados intensivos del Hospital Hipólito Unanue Tacna. 2016. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna.
- Espinoza, M., Luengo, L., & Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. Revista Aquichan, volumen 16(4), pp. 430-446.
- Ferrer, F. (2002). Actitudes y conocimientos de la enfermería frente al sida. Análisis de su evolución entre 1991 y 2001. Enfermería Científica, 238-239, 4-13.
- González, S. (2015). Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Grau, J., Llantá, M., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M., & Infante O. (2018). Ansiedad y actitudes ante la muerte. *Pensamiento Psicológico*, volumen 4 (10), pp. 27-58.
- Herrán, A & Cortina, M. (2007). Fundamentos para una Pedagogía de la muerte. *Revista Iberoamericana de Educación*, 41(2), pp. 1-12.
- Hilario, R. (2016). Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Tesis de especialista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Kastenbaum, R. y Costa, P.T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology*, 28, 225-249.
- Kubler-Ross, E (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*, Ed. De bolsillo, México.
- Larico, S. (2009) Actitudes de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. Tesis de especialidad. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67 (1), 27-36
- Limonero, J. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona. España. www.tdx.cat/bitstream/10803/5458/1/jtlg1de5.pdf.
- Linares, M. (2015). Miedo, ansiedad y afrontamiento ante la muerte en estudiantes de enfermería: efectos de un programa de formación. *Revista Big Bang Faustiniiano*, volumen 4(2). Pp.31-34.

- Lizana, K & Palomino P. (2018). Percepción y actitud de la enfermera sobre el proceso de la muerte en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión Huancayo 2018. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional del Callao, Callao.
- López, J. (2016). Encuesta de actitudes y conocimientos médicos en el manejo paliativo hospitalario. *Revista Ciencias de la Salud*, volumen 14(1), pp. 53-61.
- Mansilla, M. (2009). Actitud hacia la muerte, adoptada por los estudiantes de enfermería, Universidad nacional de San Agustín, 2009”, [Tesis de pregrado], Facultad de enfermería, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa.
- Martínez, M., Flores, M., Córdoba M., Campos, M., Mirón J & Aguirre, H (2010) Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional. *Revista CONAMED*, volumen 15(1), pp. 4-14.
- Maza, M., Zavala, M., & Merino, J. (2007). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes”, *Revista Ciencia y Enfermería*, volumen. 15(1), pp. 38-48. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>.
- Neimeyer, R. A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.
- Oliva, J.; Matos, J. (2004). Las exposiciones científicas escolares y su contribución en el ámbito afectivo de los alumnos participantes. Madrid. Bilbao.
- Orozco, M., Tello, G., Sierra, R., Gallegos, R., Xequé, A., Reyes, B. & Zamora, A. (2013). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado. *Revista Enfermería Universitaria*, volumen 10(1), pp. 8-13.

- Ortiz, M. Lasso, L. (2018). Actitud ante la muerte propia como una valoración indirecta frente a la muerte en general en estudiantes de un programa de salud en una Universidad De Girardot, período 2018. Tesis de pregrado. Universidad de Cundinamarca, Bogotá.
- Pulliquitín, T. (2014). Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés. (Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3586> .
- Ramos, W., & Velarde, A. (2018). Factores biosocioculturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en LA UCI - UCIM del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, ESSALUD” Arequipa – 2017. Tesis de Especialidad. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Rojas, E. (2018). Percepciones de los estudiantes de Medicina en la etapa clínica de las Universidades Nacional de Trujillo y Privada Antenor Orrego sobre la muerte y el proceso de morir. Tesis de Maestría. Universidad San Pedro, Trujillo.
- Sánchez, L., Valderrama, F. Vilca, E. (2016). Actitud de las enfermeras ante la muerte, en un Hospital de las Fuerzas Armadas – 2016. Tesis pre grado. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- Sanchís, L. (2018). Afrontamiento del miedo a la muerte. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Sandro de Barros, A., Magnabosco C. (2009). A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatología . Revista de Psicologia da UNESP, volumen 8(1), pp. 110-121.

- Salazar, J. "Actitud ante la muerte en estudiantes de la Segunda especialidad de enfermería en oncología 2014". Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2014.
- Starewsky, A., Rolim, L., Morrone, L. (2005). O Preparo do Médico e a comunicação com familiares sobre a morte. Rev Assoc Med Bras, volumen 51(1), pp. 11-6.
- Thomas, L.V. (1991). La muerte. Barcelona: Paidós. Estudio.
- Torres, D., & Zapata, A. (2018). Sentido de vida/muerte de los docentes de la Escuela de Enfermería, que laboran en Unidades Críticas. USAT. Chiclayo, 2014. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, volumen 2(2), pp. 34-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.35383/cietna.v2i2.143>.
- Vásquez, S. (2016). Actitudes hacia la muerte en estudiantes de enfermería de una universidad pública. Tesis pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Vianna, A., & Piccelli, H. (1998). O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. Rev Assoc Med Bras, volumen 44, pp. 21-7.
- Revista Digital Universitaria UNAM.MX. Vol.7, No.8 ISSN: 1607 – 6079. 10 de agosto de 2006.

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta para medir las actitudes tanatológicas

Instrucciones generales: Hombre /Mujer

A continuación, se le presentará una serie de preguntas con la finalidad de investigar las actitudes de los estudiantes de medicina con respecto a la muerte. Le solicitamos respetuosamente contestar las preguntas de forma sincera.

Valora de 1 a 5 tu nivel de no deseo y deseo en cada una de las siguientes afirmaciones.

1 2 3 4 5

no lo desearía en absoluto neutral lo desearía muchísimo

A. Cuando seas médico, cuanto desearías:

1	Trabajar con enfermos terminales de sida	1	2	3	4	5
2	Trabajar con enfermos terminales geriátricos	1	2	3	4	5
3	Trabajar con enfermos de la UCI	1	2	3	4	5
4	Trabajar con enfermos terminales de cáncer	1	2	3	4	5
5	Trabajar con cadáveres de la morgue	1	2	3	4	5

14	Afrontar pérdidas futuras de mis familiares	1	2	3	4	5
15	Hablar con naturalidad a los niños de la muerte	1	2	3	4	5
16	Pasar mucho tiempo con un moribundo si es necesario	1	2	3	4	5
17	Decirle al familiar que su ser querido se está muriendo	1	2	3	4	5
18	Decirle al enfermo la gravedad de su enfermedad	1	2	3	4	5
19	Promover el mejor trato a los pacientes de mis compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
20	Crear un grupo de ayuda a los enfermos en fase terminal	1	2	3	4	5

C. ¿Qué te preocupa la muerte y del proceso de morir?

Valora del 1 al 5 tu nivel de acuerdo en cada una de las siguientes afirmaciones:

1 2 3 4 5
Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo

1	Perder todo lo que tienes en esta vida	1	2	3	4	5
2	No poder sentir o pensar algo nunca más	1	2	3	4	5
3	La imposibilidad total de comunicación con amigos o familiares	1	2	3	4	5
4	Que nadie te recuerde tras tu muerte	1	2	3	4	5
5	Morir joven	1	2	3	4	5
6	Morir con un dolor continuo insoportable	1	2	3	4	5
7	Perder el control de tus funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
8	El deterioro de tus facultades mentales	1	2	3	4	5
9	Morir solo, sin la presencia de tus seres queridos	1	2	3	4	5
10	Miedo a la manera cómo vas a morir	1	2	3	4	5
11	Perder definitivamente a la persona más querida	1	2	3	4	5
12	El hecho de que no poder verla, ni u oírla nunca más	1	2	3	4	5
13	Sentirme solo/a sin la persona más querida	1	2	3	4	5
14	Arrepentirme de no haber aprovechado más su compañía cuando estaba viva	1	2	3	4	5
15	Que muera sin estar en sus últimos momentos	1	2	3	4	5
16	Contemplar su dolor y sufrimiento	1	2	3	4	5
17	Contemplar su pérdida de control sobre sus capacidades fisiológicas	1	2	3	4	5
18	Contemplar su deterioro mental	1	2	3	4	5
19	Pensar que puede morir sola sin la presencia de los seres queridos	1	2	3	4	5
20	Sentirme sin recursos económicos para ayudarla	1	2	3	4	5

D. Si estuvieras muriendo realmente, ¿Qué te ayudaría a morir en paz?

Valora del 1 al 5 tu nivel de acuerdo en cada una de las siguientes

afirmaciones:

1 2 3 4 5

Nada Un poco Regular Mucho Muchísimo

1	Pensar que los médicos pueden controlar tu dolor y otros síntomas generadores de malestar	1	2	3	4	5
2	Pensar que tu proceso de morir, si se produce, será corto	1	2	3	4	5
3	Pensar que podrás controlar hasta el final tus pensamientos y funciones fisiológicas	1	2	3	4	5
4	Pensar que tu muerte no será una carga insoportable (económica, afectiva, o de otro tipo) para tus seres queridos	1	2	3	4	5
5	Poder sentirte cerca, y estrechar los vínculos afectivos con tus personas queridas	1	2	3	4	5
6	Pensar que si no hay posibilidades de recuperación no se prolongue artificialmente tu vida en UCI	1	2	3	4	5
7	Pensar que tu vida ha tenido un sentido positivo	1	2	3	4	5
8	Creer en otra vida después de la muerte	1	2	3	4	5
9	No sentirte culpable por conflictos personales del pasado	1	2	3	4	5
10	Pensar que podrás morir en casa	1	2	3	4	5

14	Cuando sucede una eventualidad trágica en la escuela, es importante enfrentarla	1	2	3	4	5
15	Según la edad, la idea de la muerte va cambiando	1	2	3	4	5
16	Lo que más preocupa al enfermo terminal en el proceso de morir es el control de los síntomas	1	2	3	4	5
17	Las mentiras respecto a la muerte contadas a los niños influyen en su personalidad y percepción de la vida	1	2	3	4	5
18	El apego a las personas y/o cosas materiales influye en el tiempo que dura el proceso de duelo	1	2	3	4	5
19	La cultura y/o creencias de cada persona, influyen en la actitud hacia la muerte	1	2	3	4	5
20	No se debe ocultar la verdad sobre su enfermedad al paciente terminal	1	2	3	4	5
21	Tanto para el familiar como para el enfermo, lo mejor es que muera en su casa	1	2	3	4	5
22	El dolor es el síntoma más difícil de tratar en el enfermo moribundo	1	2	3	4	5
23	La boca seca, el estreñimiento, el cansancio y la desgana son síntomas habituales en el enfermo terminal	1	2	3	4	5
24	Es muy importante para el enfermo terminal, recibir apoyo psicológico y espiritual	1	2	3	4	5
25	Lo que más preocupa al familiar son los aspectos emocionales del proceso de morir	1	2	3	4	5

F. Valora de 1 a 5 tu nivel de no creo y creo en cada una de las siguientes afirmaciones.

1 2 3 4 5

no creo en absoluto neutral creo absolutamente

1	Es preferible ocuparse de la muerte después en lugar de amargarse pensando ahora	1	2	3	4	5
2	Es peligroso hablar mal de los muertos	1	2	3	4	5
3	Cuando una persona muere, su espíritu permanece con nosotros	1	2	3	4	5
4	Es importante honrar la memoria de los muertos	1	2	3	4	5
5	Con la muerte todo se acaba, no hay nada más después de la muerte	1	2	3	4	5
6	Llevar luto es la mejor forma de demostrar el amor por la persona fallecida	1	2	3	4	5
7	La reencarnación existe después de la muerte	1	2	3	4	5
8	Hay una mejor vida después de la muerte	1	2	3	4	5
9	Hablar sobre la muerte causa temor	1	2	3	4	5
10	Es mejor preocuparse por la vida	1	2	3	4	5

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los internos de medicina del Hospital Regional Docente de Trujillo:

Se les invita a participar en la siguiente la investigación titulada: **“Programa educativo sobre la muerte para desarrollar actitudes tanatológicas en estudiantes del internado en medicina”**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2.

1.1 NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: Percy Rojas Plasencia

1.2 AUTOR(ES) DE LA INVESTIGACIÓN: Percy Rojas Plasencia

1.3 TELÉFONO: 949652248

2 INFORMACIÓN DEL ESTUDIO

2.1 PRESENTACIÓN DEL INVESTIGADOR

Médico Dermatólogo del Hospital Regional Docente de Trujillo

Profesor Asociado de la Universidad Nacional de Trujillo

2.2 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar si la aplicación de un Programa Educativo sobre la Muerte mejora significativamente la actitud tanatológica en estudiantes de internado de Medicina.

2.3 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Criterios de inclusión:

Internos de Medicina de las Universidades de Medicina de Trujillo: U.N.T; U.P.A.O y U.C.V. que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión:

No aceptación a participar en el estudio

Inasistencia o tardanza durante la experiencia.

No concluir su Internado dentro del año estipulado

2.4 PROCEDIMIENTO:

Para la realización de la presente investigación se aplicará un instrumento para el pre test de actitudes tanatológicas al iniciar el internado. Luego del desarrollo del programa educativo para desarrollar actitudes tanatológicas, con aplicación del instrumento en este caso el post test de actitudes tanatológicas

2.5 RIESGOS Y BENEFICIOS: ninguno por ser un trabajo de descriptivo.

2.5 DERECHOS DEL PARTICIPANTES: se respetará la CONFIDENCIALIDAD de los participantes.

3 PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA O RETIRO CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación: PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LA MUERTE PARA DESARROLLAR ACTITUDES TANATOLOGICAS EN ESTUDIANTES DEL INTERNADO EN MEDICINA, he sido informado de los riesgos y/o beneficios que involucran mi participación.

He leído la información arriba señalada y han sido aclaradas todas mis dudas y preguntas, por lo cual acepto de manera libre y voluntaria participar en el estudio y sé que puedo retirarme en el momento que yo lo decida, sin afectar mi salud e integridad.

Firma del investigador

