



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

## **FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

TESIS, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

**TEMA:** Análisis de las reacciones afectivas en internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo ante el deceso de pacientes atendidos, período 2016-2017.

**Autora:**

Terán Burbano Diana Marina

**Directora de Tesis:**

Dra. Yesenia Acosta

**IBARRA - ECUADOR 2017**

## APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, Dra. Yesenia Acosta, en calidad de directora de tesis, certifico que la Srta. Terán Burbano Diana Marina realizó el trabajo investigativo para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, cuyo título es **“ANÁLISIS DE LAS REACCIONES AFECTIVAS EN INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO ANTE EL DECESO DE PACIENTES ATENDIDOS, PROMOCIÓN 2016-2017”**, la misma que ha sido realizada, revisada, corregida y aprobada bajo mi dirección, ajustándose a lo establecido en el reglamento general de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ibarra, a los 18 días del mes de Octubre 2017

Atentamente,



Dra. Yesenia Acosta

C.I: 040104680-0

**DIRECTORA DE TESIS**



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

## BIBLIOTECA UNIVERSTARIA

### AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

#### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100386210-7		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Terán Burbano Diana Marina		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Bartolomé García y Ricardo Sánchez		
<b>EMAIL:</b>	dianyssteran@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO</b>	2 954 699	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0980479565

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	Análisis de las reacciones afectivas en internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo ante el deceso de pacientes atendidos, período 2016-2017.
<b>AUTORA:</b>	Terán Burbano Diana Marina
<b>FECHA:</b>	
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PRGRAMA:</b>	PREGRADO (X) POSTGRADO ( )
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciada en Enfermería
<b>ASESOR/DIRECTOR:</b>	Dra. Yesenia Acosta

## **2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, Terán Burbano Diana Marina, con cédula de identidad 100386210-7, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior, artículo 144.

## **3. CONSTANCIAS**

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 18 días del mes de Octubre 2017

## **LA AUTORA**



Terán Burbano Diana Marina

C.I. 100386210-7



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### **CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Terán Burbano Diana Marina, con cédula de identidad 100386210-7, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“ANÁLISIS DE LAS REACCIONES AFECTIVAS EN INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO ANTE EL DECESO DE PACIENTES ATENDIDOS, PERÍODO 2016-2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciada en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 18 días del mes de Octubre 2017

#### **LA AUTORA**

Terán Burbano Diana Marina

C.I. 100386210-7

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de Octubre del 2017

**Terán Burbano Diana Marina** “Análisis de las reacciones afectivas en internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo ante el deceso de pacientes atendidos, período 2016-2017.”, Cantón Otavalo, provincia de Imbabura” / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

**DIRECTORA:** Dra. Yesenia Acosta

El principal objetivo de la presente investigación fue: “Analizar las reacciones afectivas que se producen en los internos rotativos de enfermería (I.R.E.), sus efectos y sus causas frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo, promoción 2016-2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las reacciones afectivas de los internos de enfermería que han tenido como respuesta ante el deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo, promoción 2016-2017. Examinar las consecuencias que obedecen a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo, promoción 2016-2017. Distinguir las causas relacionadas a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo, promoción 2016-2017.

Fecha: Ibarra, 18 de Octubre del 2017



---

Dra. Yesenia Acosta  
Directora de Tesis



---

Terán Burbano Diana Marina  
Autora

## **DEDICATORIA**

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado la fortaleza para perpetuar cuando a punto de derrumbar he estado, por los éxitos y tiempos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada vez más; por ello con toda mi humildad y amor que mi corazón puede proporcionar, dedico primeramente mi trabajo de investigación a Dios.

Este triunfo dedico también a la memoria de mi padre, a pesar de nuestra distancia física, siento que estás siempre y aunque nos faltaron diversas cosas por vivir juntos, tengo la convicción de que este momento hubiese sido tan especial e importante para ti como lo es para mí, de igual manera a mi madre quien ha sido un pilar fundamental en mi vida, que con sus recomendaciones ha sabido guiarme de la mejor manera para culminar con mi carrera. A la niña de mis ojos, a la que ha sabido entender mis ausencias, es mi inspiración para seguir adelante todos los días de mi vida, mi hija Maite Angelique. A mi familia en general al ofrecerme su apoyo incondicional y estar conmigo todo el tiempo.

*DIANA MARINA TERÁN BURBANO*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar doy las gracias a Dios por resguardar y guiarme durante todo mi camino brindándome fortaleza para superar obstáculos y problemas a lo largo de mi vida.

A mi papá, que siempre lo he sentido caminar junto a mí, convirtiéndose en mi ángel de la guarda, sé que estás orgulloso de la persona en que hoy me he convertido.

Agradezco también a mi madre por su apoyo absoluto y su amor brindado día a día celebrando mis triunfos.

A mi tío Hugo Terán que gracias a su apoyo, cariño y sus motivaciones he podido avanzar y no rendirme, por ser como un segundo padre para mí.

Del mismo modo a la magister Amparito Barahona más que una profesora se ha convertido en una gran amiga, gracias por sus enseñanzas, su apoyo, su confianza y su cariño incondicional que me ha brindado a lo largo de mi carrera universitaria

De manera especial, a la Dra. Yesenia Acosta, directora de proyecto de investigación, por su excelente guía y asesoramiento a la realización de la misma.

A la Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la salud por acogerme y formarme profesionalmente quedando en mi gratos recuerdos.

Gracias a todas las personas que ayudaron de manera directa e indirectamente en la realización de este trabajo de investigación.

*DIANA MARINA TERÁN BURBANO*



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA.....	iii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD.....	iv
CONSTANCIAS.....	iv
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	v
DEDICATORIA .....	vii
AGRADECIMIENTO .....	viii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	ix
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
TEMA .....	xv
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
1. Problema de la Investigación .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	2
1.3. Justificación del problema .....	2
1.4. Objetivos .....	4
1.4.1. Objetivo General .....	4
1.4.2. Objetivos Específicos.....	4
1.5. Preguntas de Investigación.....	4
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>6</b>
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Marco Referencial.....	6
2.2. Marco Contextual.....	10
2.2.1. Descripción del área de estudio .....	10
2.2.2. Misión del Hospital San Luis De Otavalo .....	10
2.2.3. Visión del Hospital San Luis De Otavalo .....	10
2.2.4. Servicios que tiene el Hospital San Otavalo: .....	10
2.3. Marco Conceptual .....	11
2.3.1. Enfermería.....	11

2.3.2.	Afectividad.....	13
2.3.2.1.	Importancia de la Afectividad.....	14
2.3.2.2.	Reacciones afectivas. ....	14
2.3.2.3.	Características de la Afectividad.....	15
2.3.2.4.	Manifestaciones afectivas .....	15
2.3.3.	Emociones.....	15
2.3.3.1.	Impacto emocional.....	15
2.3.3.2.	Reacciones Emocionales.....	17
2.4.	Marco ético legal.....	31
2.4.1.	Constitución de la República del Ecuador .....	31
2.4.2.	Ley Orgánica de Salud.....	32
2.4.3.	Plan Nacional del Buen Vivir .....	32
<b>CAPITULO III.....</b>		<b>33</b>
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1.	Diseño de investigación .....	33
3.2.	Tipo de investigación .....	33
3.3.	Localización de estudio.....	34
3.4.	Población de estudio .....	34
3.5.	Criterios de inclusión .....	34
3.6.	Criterios de Exclusión:.....	34
3.7.	Técnicas de recolección de datos .....	34
3.8.	Análisis e interpretación de resultados.....	35
3.9.	Procedimientos para la recolección de datos .....	35
3.10.	Variables .....	35
3.11.	Variable independiente .....	35
3.12.	Variable dependiente.....	35
3.13.	Operacionalización de Variables .....	36
<b>CAPITULO IV .....</b>		<b>39</b>
4.	ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	39
4.1.	Datos Sociodemográficos .....	39
4.2.	Afectividad.....	41
4.3.	Consecuencias presentadas ante la muerte de un paciente atendido.....	43

4.4.	Causas de reacciones afectivas ante la muerte de un paciente atendido .....	49
<b>CAPITULO V.....</b>		<b>56</b>
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1.	Conclusiones .....	56
5.2.	Recomendaciones.....	57
<b>Bibliografía .....</b>		<b>59</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>63</b>
ANEXO N°1 Entrevista semiestructurada .....		64
ANEXO N°2 Registro fotográfico .....		68

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N° 1:</b> Variables.....	36
<b>Tabla N° 2:</b> Datos de edad .....	39
<b>Tabla N° 3:</b> Datos de género .....	40
<b>Tabla N° 4:</b> Sentimientos desarrollados.....	41
<b>Tabla N° 5:</b> Grado Afectivo .....	41
<b>Tabla N° 6:</b> Reacciones Afectivas .....	42
<b>Tabla N° 7:</b> Me conmueve enfrentar la familia.....	43
<b>Tabla N° 8:</b> Crecimiento Profesional .....	44
<b>Tabla N° 9:</b> Vivenciar la muerte de un paciente .....	44
<b>Tabla N° 10:</b> Comunicar la muerte de un paciente .....	45
<b>Tabla N° 11:</b> Ser testigo de la muerte de un paciente .....	46
<b>Tabla N° 12:</b> Experiencias de muerte de pacientes años pasado .....	47
<b>Tabla N° 13:</b> La muerte de un paciente marca mi vida.....	48
<b>Tabla N° 14:</b> Ha sido preparado para afrontar la muerte de un paciente .....	49
<b>Tabla N° 15:</b> Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo.....	50
<b>Tabla N° 16:</b> Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.....	51
<b>Tabla N° 17:</b> No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en mi área. ....	52
<b>Tabla N° 18:</b> No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir. ....	53
<b>Tabla N° 19:</b> Prefiero no pensar en la muerte. ....	54
<b>Tabla N° 20:</b> Enfrentar la muerte de un paciente dificulta mi crecimiento profesional. ....	54

## RESUMEN

### ANÁLISIS DE LAS REACCIONES AFECTIVAS EN LOS INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO ANTE EL DECESO DE UN PACIENTE ATENDIDO EN EL PERÍODO 2016-2017

**Autora:** Diana Marina Terán Burbano

**Institución:** 1 CE FCCSS UTN

**Correo:** dianyssteran@gmail.com

La muerte de una persona genera un impacto emocional en los seres humanos y más aún si se trata de alguien con el que el sentimiento de responsabilidad y afecto ha estado manifiesto, los estudiantes de enfermería que realizan su internado rotativo no escapan de ello ya que llegan a compartir tiempo y depositan en ellos sus expectativas con el paciente atendido. El objetivo del estudio es analizar las reacciones afectivas que se producen en los internos rotativos de enfermería, sus efectos, sus causas frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017. La investigación planteada es de diseño cuantitativo, tipo descriptivo transversal en la que se escogió una muestra de 38 internos, que realizó su internado en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017. A través de la aplicación de una encuesta. Los internos corresponden a una población joven entre los 21 a 27 años de edad, continúa predominando el género femenino, la mayoría ha tenido experiencias de muerte de pacientes con los que tuvieron poca relación afectiva. Como resultado de las reacciones afectivas que manifestaron haber sentido, están reacciones comunes como tristeza, miedo, frustración, ansiedad y culpa, lo cual indica que su conducta es adecuada previniendo un afrontamiento ineficaz, pese a estos resultados se debe considerar implementar la preparación académica a los estudiantes para que en su futuro laboral pueda afrontar de manera eficaz estas situaciones relacionadas con la muerte de pacientes.

**Palabras claves:** Reacciones afectivas, Internos rotativos, muerte, paciente.

## ABSTRACT

### **ANALYSIS ON THE AFFECTIVE REACTIONS OF INTERNAL NURSES OF THE SAN LUIS OF OTAVALO HOSPITAL BEFORE THE DECISION OF A PATIENT ATTENDED, PERIOD 2016-2017**

**Author:** Diana Marina Terán Burbano

**Institution:** 1 CE FCCSS UTN

**Email:** dianyssteran@gmail.com

The death of a person generates an emotional impact on the human beings and even more so if it is someone with whom the feeling of responsibility and affection has been manifested, nursing students who perform their internship do not escape from it as they arrive to share time and deposit their expectations with the patient. The objective of the study is to analyze the affective reactions that occur in the rotating nursing interns, their effects, their causes in relation to the death of patients treated at the Hospital San Luis de Otavalo promotion 2016-2017. The research was designed with a quantitative design, a descriptive cross-sectional type, in which a sample of 38 nurse interns was selected, who completed their internship at the Hospital San Luis de Otavalo, in the year 2016-2017. Through the application of a survey. The nurse interns belong to a young population between the 21 to 27 years of age, women continue to predominate in this major, and most of the students have had experiences of death of patients with whom they had little affective relation. As a result of the affective reactions that they have felt, there are common feelings such as sadness, fear, frustration, anxiety and guilt, which indicates that their behavior is adequate to prevent ineffective coping in their future career so they could deal effectively with situations related to the death of patients.

**Key words:** Affective reactions, rotational internal, death, patient.

**TEMA:** ANÁLISIS DE LAS REACCIONES AFECTIVAS EN INTERNOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO ANTE EL DECESO DE PACIENTES ATENDIDOS, PERÍODO 2016-2017.





# CAPITULO I

## 1. Problema de la Investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológico-emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás aquéllos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en su red de contactos sociales íntimos y en quienes los atienden, aunque ambos son de valencia emocional opuesta y la respuesta social que se da es también antagónica (1).

La experiencia vivida por el profesional de enfermería durante sus prácticas profesionales, suele consolidar la propia autoestima y fortalece los sentimientos de eficacia y competencia. No obstante, cuando muere un paciente, surgen sentimientos y emociones que embargan al profesional de la salud generando reacciones afectivas que probablemente afecte su estabilidad emocional, el hecho de estar durante horas, días y/o meses al lado de un enfermo que va a fallecer, hace confrontar al personal de enfermería con el miedo a la propia muerte, temor a fracasar o relacionarse con otros pacientes, o marcarle profesionalmente el futuro; situaciones como el final de la vida y cambios continuos tanto a nivel profesional como personal, suponen un gran reto de adaptación continua porque antes de ser enfermera debemos recordar que también es un ser humano con esferas biopsicosociales que actúan en conjunto y no de manera individualizada (2), (3).

Virginia Henderson contemplaba los cuidados de enfermería al paciente que va a morir: La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su restablecimiento o a evitarle sufrimientos en la hora de su muerte (4).

Un estudio realizado determinó en su investigación que un 46% de estudiantes de enfermería refieren no sentirse preparados para enfrentar la muerte de un paciente (5), esto puede dar lugar a situaciones diversas y por lo general de tipo negativo, afectando al estudiante que empieza a vivenciar experiencias dolorosas en un medio hospitalario.

En el internado rotativo de enfermería los estudiantes traspasan un sin número de procesos afines con la muerte y que en su mayoría los decesos de los pacientes se presentan de una manera inadvertida, su afrontamiento se debe al nivel de impacto emocional que este cause en el estudiante. La relación afectiva que tome el interno de enfermería con el paciente y la familia dependerá en gran dimensión si le causa o no una reacción afectiva que perturbe posteriormente a su desempeño laboral. Incluso en ciertos casos la afección es severa por lo que sería importante brindar un soporte psicológico al estudiante para poder superar este tipo de casos que se presentarán en varias ocasiones a los largo de su formación académica y posteriormente en su vida profesional.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Qué influye y cómo afecta la muerte sobre el estado emocional en los internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo ante el deceso de pacientes atendidos, período 2016-2017?

## **1.3. Justificación del problema**

La muerte de una persona genera un impacto emocional en los seres humanos y más aún si se trata de los estudiantes de enfermería que realizan su internado rotativo ya que llegan a conllevar tiempo con el paciente atendido y familiares, las reacciones afectivas que se suscitan en estos casos pueden llegar a ser tanto positivos como negativos en diferentes sujetos.

La necesidad de corregir a tiempo esta problemática optimizará la atención que brindará en un futuro el profesional de enfermería en formación. El estudiante de enfermería se puede ver afectado de una manera psicológica, emocional, afectiva, desmotivarse e incluso perder la confianza en sí mismo para desempeñar su rol en la profesión de enfermería.

Esta investigación pretende analizar las reacciones afectivas presentes en los internos de enfermería que realizan su internado rotativo en el Hospital San Luis de Otavalo. Los resultados generarán beneficios directos para los internos de enfermería para poder llevar a cabo un adecuado afrontamiento a este tipo de eventos, así como también beneficiará de manera indirecta a la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte en la carrera de Enfermería para mejorar la formación académica del estudiante, desde un punto de vista metodológico, brindará la oportunidad de ser fuente de apoyo para crear otras investigaciones del mismo nivel o su sustentación como antecedentes.

Se seleccionó el Hospital San Luis de Otavalo para realizar este estudio de investigación con los internos de enfermería que realizan sus prácticas profesionales en esa casa de salud por su gran apoyo, colaboración por parte de los internos, además por el fácil acceso para la recolección de datos e información.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Analizar las reacciones afectivas que se producen en los internos rotativos de enfermería (I.R.E.), sus efectos y sus causas frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las reacciones afectivas de los internos de enfermería que han tenido como respuesta ante el deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.
- Examinar las consecuencias que obedecen a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.
- Distinguir las causas relacionadas a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.

## **1.5. Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son las reacciones afectivas de los internos de enfermería que han tenido como respuesta ante el deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017?
- ¿Cuáles son las consecuencias que obedecen a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017?

- ¿Cuáles son las causas relacionadas a las reacciones afectivas en los internos de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017?

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Marco Referencial

Una investigación realizada en España en el octubre del año 2006 titulado **“Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería”** en el cual el autor se plantea como objetivo: “Indagar en el impacto emocional de estas experiencias y aportar un programa de intervención que contribuya a ayudarles en las mismas, para este estudio se tomó una muestra total de 110 participantes en dos fases”.

En el ámbito metodológico. “En primer lugar, mediante un estudio descriptivo se detectaron las experiencias estresantes en los estudiantes de Enfermería y, en segundo lugar, a través de un estudio cuasi-experimental se propone y aplica un programa psicológico de intervención centrado en el desarrollo de las habilidades necesarias”. Finalmente con los resultados obtenidos el autor concluye que “Los estudiantes de enfermería sufren de estrés durante la realización de las estancias clínicas, siendo el cuidado de pacientes en la fase terminal y la convivencia con el sufrimiento ajeno, las experiencias más temidas.

El establecimiento de programas de intervención reglados para mitigar el efecto estresante del impacto de estas vivencias del dolor y la muerte puede constituir un recurso de gran utilidad tanto para los estudiantes como para los docentes universitarios encargados de la formación de futuros enfermeros. La formación integral de los futuros enfermeros constituye una garantía para el futuro porque permitirá contar con personal más competente y mejor formado ante estas demandas. Estos aspectos no pueden ni deben depender de la disponibilidad de los posibles recursos innatos del estudiante ni de la buena voluntad del profesorado sensible a esta cuestión, ni de la incidencia puntual de participar en un programa

de intervención de carácter experimental aislado. Ayudar a morir con dignidad y acompañar en el sufrimiento requiere formación, conocimiento y madurez” (6).

Estudio realizado en la Universidad Autónoma de Barcelona España en el año 2005 denominado “Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña”, planteándose como objetivo principal “Analizar las actitudes ante el enfermo terminal y la muerte entre dos comunidades con idiosincrasias muy determinadas: la catalana y la andaluza. Consecuentemente, valorar si los aspectos psicosociales, pueden determinarlas actitudes ante el enfermo al final de su vida, en los futuros estudiantes de Enfermería en las dos comunidades”, para la realización de este se tomó a cuatrocientos cuarenta y cuatro participantes voluntarios de tres escuelas universitarias diferentes de Enfermería de Lleida y Escuela universitaria Virgen de Macarena de Sevilla, aplicando encuestas y test de manera anónima, esta investigación les permitió a los autores que los estudiantes de enfermería manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente ni asistencialmente para cuidar enfermos terminales. Se sienten más preparados para cuidar otro tipo de enfermos, solo el 7% de los estudiantes Catalanes y el 4,7% de los andaluces manifiestan sentirse muy preparados asistencialmente para cuidar enfermos terminales. En relación al miedo y la muerte, existe más miedo a la propia muerte que al propio proceso de morir. En comparación, existe más miedo la muerte y al proceso de morir de la persona querida (7).

Artículo realizado en el centro Universitario de Ciencias de la Salud de México en el año 2002 designado “**Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal**” con el objetivo de “Analizar las actitudes, creencias y emociones ante la muerte e identificar los principales aspectos que podrían facilitar su trance de una manera digna o en paz. Para ello se ha administrado 150 estudiantes de enfermería de primer curso de las Universidades de Lleida y Sevilla (España), la escala Collet-Lester revisada y

modificada (1), el cuestionario de factores que ayudan a morir en paz (2) y un ad hoc sobre preferencias laborales, así como otras preguntas relacionadas con la enfermedad y la muerte. Los principales resultados muestran que los futuros profesionales de enfermería prefieren tratar a enfermos pediátricos; el trabajo con personas que han contraído sida es el menos deseado. El miedo a la muerte genera más ansiedad que el miedo al proceso de morir. Por otro lado, "poder sentirme cerca y comunicarme con mis personas queridas", y "pensar que mi vida ha tenido algún sentido" son los factores que más ayudarían a morir en paz. Dado que el ejercicio profesional de enfermería implica, en muchos casos, el afrontar situaciones altamente impactantes relacionadas con la enfermedad y la muerte, se sugiere una formación específica en cuidados paliativos para aquellos futuros profesionales que ejercerán su labor con enfermos avanzados o en fase final de la vida, en la que los aspectos psicológico-emocionales cobran especial relevancia (8).

En este estudio realizado en Chile en el año 2009 acerca de la **“Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes”** en el que se propuso valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionada con factores que condicionan, como también identificar instancias de preparación en esta temática. La muestra estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los Hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción y las Higueras de Talcahuano. Este estudio se sustentó en los conceptos actitud y muerte. Para recolectar la información se utilizó un instrumento con tres escalas: la primera, para Características Bío-socio-demográficas, tomado de Tejada, adaptado por los investigadores; la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, creado por Urrutia, citado en Tejada, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte (CAM), adaptación de Templer. Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de



enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Se concluye que es muy importante que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes. También es de relevancia, mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las persona (9).

El artículo publicado por la Universidad Autónoma del Estado de México en el año 2014 titulado **“Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente”** El objetivo de este trabajo es conocer los diferentes estados de ánimo que manifiesta la enfermera ante la muerte del paciente. Metodología: estudio cualitativo hermenéutico. Participaron cinco enfermeras que laboran en un hospital público. Se aplicó entrevista semiestructurada y fue utilizada la técnica de análisis de contenido.

Los resultados se construyeron a partir de tres códigos centrales que fueron: la enfermera ante la muerte, paciente que fallece y sentimientos de la enfermera ante la muerte del paciente. Esto dio a conocer diversos sentimientos que manifiesta el profesional de enfermería cuando se enfrenta a la muerte de un paciente durante su cuidado.

Conclusiones: los sentimientos que manifiestan las enfermeras cuando muere el paciente son: tristeza, angustia, ansiedad, impotencia, culpabilidad y tranquilidad principalmente. Por lo tanto se sugiere tener conocimiento de tanatología, así como gestionar un lugar en el hospital para la enfermera donde puede descargar estas emociones, y también recibir apoyo psicológico (2).

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. Descripción del área de estudio**

El hospital San Luis de Otavalo fue creado en el año de 1953, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Otavalo en la provincia de Imbabura, cantón Otavalo, parroquia el Jordán.

El Ministerio 9 de Salud Pública considera al Hospital como Básico del distrito D2, tiene una capacidad de 75 camas y con una población de referencia de 116.076 habitantes aproximadamente, incluida la población urbana y rural. Dentro de esta población los idiomas oficiales son el castellano y el Kichwa, y en lo referente a la religión es Católica. La cobertura del Hospital San Luis de Otavalo, es del 20 % de la población (10).

### **2.2.2. Misión del Hospital San Luis De Otavalo**

Brindar una atención que de confianza y seguridad al usuario que acude a consulta externa, emergencia y hospitalización. Ser líder en calidad y calidez de servicio (10).

### **2.2.3. Visión del Hospital San Luis De Otavalo**

Contribuir a la atención oportuna y eficiente a las personas que requieren los servicios de este hospital. (10).

### **2.2.4. Servicios que tiene el Hospital San Otavalo:**

**Hospitalización:** Cuenta con sala de partos, Quirófano, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Cirugía y Medicina Interna.

**Consulta Externa:** Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina General, Cirugía, Curación y Vacunatorio, además cuenta con el servicio de Emergencia.

Cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, laboratorio, trabajo social y educación para la salud. La modalidad de atención es curativa (10).

## **2.3. Marco Conceptual**

### **2.3.1. Enfermería**

La enfermería es una profesión del sector salud. El profesional de la enfermería es un licenciado que obtiene su título luego de cinco años de estudios universitarios complementados con actividades asistenciales en centros hospitalarios, también forman parte de este equipo profesionales de nivel técnico superior en enfermería y auxiliares de enfermería.

Los profesionales de la enfermería se dedican principalmente al cuidado de los pacientes, son un apoyo en la actividad asistencial del médico y, al igual que estos, suelen cursar estudios de especialización que le permiten desempeñarse en unidades complejas como quirófanos, trauma shock, pediatría, psiquiatría y cuidados intensivos, entre otras (11).

La enfermería es una de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud del ser humano. Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

Al respecto autores señalan que el ejercicio del profesional en salud exige una profunda y permanente conciencia de propósitos y dirección en lugar de un conjunto determinado de objetivos y normas, para el personal de salud, como equipo de múltiples disciplinas el trabajo realizado permite el alcance y mantenimiento de la salud de las personas y comunidades, es

un elemento del plan de estas carreras y parte integral del ser. El concepto del personal de salud implica responsabilidad legal y moral en cuanto al desarrollo de sus actos (12).

De lo anterior se considera que el profesional de enfermería, incluyen sentimientos de propósitos de capacidad y la inquietud por los demás que se demuestran cuando se les da asistencia a personas, grupos y por supuesto comunidades. Desde el punto de vista funcional, enfermería con el apoyo de los otros profesionales de la salud, deben constituir sus actividades es una forma apropiada de trabajo en equipo con una verdadera colaboración entre sus integrantes, traducido en capacidad de dirección y del mismo valor entre las diferentes disciplinas.

Dentro de este contexto, la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los argumentos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos y discapacitados; donde sus ocupaciones esenciales son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Tomando en cuenta las teorizantes, enfermería para Dorothea Orem tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos. Virginia Henderson (1966) explica que la función única de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte placentera) para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible. Según Martha Rogers enfermería es una profesión aprendida buscada en la aplicación de una ciencia y un

arte. Tiene como meta servirle al hombre. Considera que la ciencia de enfermería no es la suma de principios sacados de otras fuentes; sino un producto nuevo. La ciencia de la enfermería es un cuerpo organizado de conocimientos abstractos logrados por la investigación científica y análisis lógico.

Callista Roy propone que los cuidados de enfermería tienen como fin sostener y promover la adaptación de la persona a la que se cuida. Los cuidados de enfermería se centran sobre todo en el paciente que está llamado a responder a los estímulos que se presentaba causa de su posición sobre la continua salud-enfermedad. El fin es ayudar a la persona que se cuida a alcanzar el estado de adaptación que le permita responder a los demás estímulos.

De forma general y tomando en cuenta las definiciones, enfermería consiste en una profesión dinámica fundamentada en la ciencia, arte y disciplina, abierta al cambio, que busca mantener en el individuo la salud biopsicosocial del individuo, aplicando cuidados basados en la promoción, protección y seguridad, rehabilitación y educación.

### **2.3.2. Afectividad**

La afectividad puede definirse como un espectro de impulsos emocionales imposibles de ser dominados, constituyendo un sustrato que en buena que comparten todas las personas. La afectividad es el terreno de estudio de la psicología y ha sido materia de debate desde antes de ésta, con los primeros planteamientos filosóficos que se dieron al respecto. Con el paso de tiempo se han hecho importantes avances al respecto, asociando distintas áreas del cerebro con los distintos afectos que una persona pueda tener, circunstancia que se logró a partir de la investigación metódica. El primer aspecto a considerar que debe tenerse en cuenta cuando se habla de afectividad es que esta es imposible de decidirse conscientemente. En efecto, todos podemos dar cuenta de distintas emociones que experimentamos sin que tengamos un control sobre ellas. Estas surgen espontáneamente a lo largo de la vida en las distintas situaciones que

nos toca vivir y experimentar. Lo que realmente se puede decidir es la actitud que se toman ante esos momentos de la vida y sobre los mismos afectos que van surgiendo. También es posible realizar acciones que fomenten distintos tipos de afectos. Así, por ejemplo, tomar acciones que beneficien el bien común puede tener como consecuencia un sentimiento de bienestar (13).

#### ***2.3.2.1. Importancia de la Afectividad***

El ser humano es un ser racional, es decir, es un ser que piensa, tiene una lógica y posee la capacidad de reflexionar para tomar decisiones. Pero además del plano racional, el ser humano también está marcado por su parte afectiva que remite a los sentimientos del corazón. Todo ser humano necesita sentirse querido, valorado y reconocido por alguien porque el cariño aporta autoestima y felicidad. Las relaciones sociales, las amistades, el amor de pareja, la familia y el compañerismo cubren las necesidades afectivas de un ser humano a través de los momentos compartidos en común, el feedback constante y las palabras de afecto. Sin embargo, la afectividad también puede ser una fuente de conflicto como muestran las heridas de las rupturas de pareja, el dolor tras la pérdida de un ser querido, el miedo al fracaso, la decepción de un amigo de importancia (14).

#### ***2.3.2.2. Reacciones afectivas.***

Las relaciones afectivas están íntimamente ligadas a las emociones y clasificamos el afecto por la emoción que nos produce, por ejemplo cuando se dice “me siento muy tranquilo” es un afecto, que sientes recibir de alguien o de algo externo; como veras los términos son semejantes (15).

El cuidar, ayudar, apoyar, escuchar, comprender, regalar, permitir, son demostraciones para una buena relación afectiva, sin embargo para mantenerla se requiere esfuerzo. Tratar de agradar otro con nuestras acciones es correcto, siempre y cuando respetes su libertad y su individualidad.

### **2.3.2.3. Características de la Afectividad**

- Polaridad: consiste en la contraposición de direcciones que pueden seguir de los positivos los negativo.
- Intimidad: expresa subjetividad como una situación profunda y personal.
- Profundidad: grado de significación o importancia que le asigna el sujeto al objetivo.
- Temporalidad: está sujeto al tiempo, inicio y un final.
- Amplitud: los procesos afectivos comprometen a toda la personalidad del individuo. (15)

### **2.3.2.4. Manifestaciones afectivas**

- Corta duración y elevada intensidad
- Genera modificaciones fisiológicas significativas
- Aparecen por un estímulo en un contexto específico
- Comunes al hombre y animal

### **2.3.3. Emociones**

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. (16)

#### **2.3.3.1. Impacto emocional**

La respuesta a situaciones de estrés no solo supone cambios a nivel cognitivo, conductual sino también emocional que implica una amplia variedad de adaptaciones psicológicas para afrontar adecuadamente la enfermedad. Pues, el ser humano no es un ente que sólo es cuerpo, sino que sus conductas dependen de sus emociones que muchas veces se somatizan en el cuerpo.

Al respecto, se define las emociones “como estados de ánimos que pueden afectar al individuo” (17). El autor ha identificado las emociones básicas de los seres humano que surgen ante cualquiera de los temas o situaciones a las que se enfrenta una persona ante un evento agradable o desagradable; entre ellos están la ira como una ofensa degradante, miedo: emoción que surge al enfrentar un peligro inmediato, concreto y abrumador; tristeza surge después de haber experimentado una pérdida irrevocable; disgusto y felicidad que surge haciendo razonable los progresos hacia el logro de un objetivo.

En la misma línea de contexto, el pensamiento es una condición necesaria de la emoción. En psicología la emoción se define como percepción el cual expresa de la realidad o imaginación que se expresa físicamente a través de reacciones faciales o pulso cardiaco, incluyendo reacciones de conducta como la agresividad o llanto (18).

Entonces definiendo las emociones, el impacto emocional es un fenómeno que se da a nivel de la experiencia, al remitirse a una experiencia determinada. Siendo que la experiencia está integrada por el componente fáctico y la vivencia, no se puede hablar de impacto emocional sin la situación (18).

Por tanto, es una experiencia integrada por la situación y un fenómeno, la vivencia, que pertenece al orden de lo subjetivo, pero que remite a la experiencia. Todo impacto emocional es uno de los factores que van a permitir el desarrollo del componente afectivo, que al articularse con la presentación se transformará en vivencia (19). Por lo tanto, dependiendo de la distorsión del impacto emocional, podrán emergir vivencias traumáticas o vivencias de estrés.

Lo anterior explica que el impacto emocional de la conducta de una persona sobre otra es muy relativo. Va a depender, sobre todo, de la forma en que esa conducta sea percibida por receptor (20).



En este sentido, podemos decir que el impacto emocional es cognitivo y, por lo tanto, no tiene valor universal ni constante. Es susceptible de interpretaciones diversas como cualquier conducta verbal en función del tono, de matices y contexto de la frase; o como una conducta no-verbal en términos de captación del significado y alcance de los gestos.

### **2.3.3.2. *Reacciones Emocionales***

#### **Tristeza**

La tristeza es un sentimiento que coge todo el ser, provocando la caída del estado de ánimo, Y una sensación de pesar que se experimenta en el cuerpo, que se hace lento, y en la mente, que se llena de pensamientos oscuros.

Las funciones de la tristeza son facilitar la introspección y el recogimiento, reduciendo los estímulos del ambiente, facilitando la retirada a instancias internas donde restaurar el ser, reduciendo la atención focalizada en el entorno para centrarla sobre uno mismo.

La tristeza puede sobrevenir tras haber sufrido alguna pérdida personal (amor, trabajo, estatus, sueños) en cuyo caso puede que forme parte de una de las fases del duelo por las que las personas atravesamos en estos casos.

Quizás la tristeza esté provocada por la caída de un ideal, que manteníamos, sobre otra persona, o incluso sobre nosotros mismos.

La tristeza, en ocasiones, cursa con sentimientos de soledad, otras veces, tras una decepción, la tristeza nos transporta a un lugar de nuestro pasado donde las cosas iban mejor y se transforma en nostalgia.

Uno de los recursos más eficaces de los que dispone nuestro organismo para aliviar la tristeza es el llanto. Otro es la ira. La tristeza disimula con frecuencia una gran indignación y

un gran enfado. A muchas personas que les cuesta la emoción del enfado se van con frecuencia a la tristeza, y cuando se permiten enfadarse la tristeza se va transformando (21).

### **Frustración**

La frustración es una típica respuesta emocional que manifestamos los seres humanos cuando se produce el fracaso de un deseo o esperanza, es decir, consiste en un sentimiento híper negativo y desagradable y que está en estrecha vinculación con las expectativas insatisfechas por no haber podido conseguir lo que se buscaba o quería. En tanto, un fracaso implica la falta de éxito que tiene algo o la obtención de un resultado adverso, que obviamente no se esperaba. Cabe destacarse que cuanto mayor es la voluntad que alguien tiene para que ese hecho o evento se produzca de manera satisfactoria mayor será la frustración si no se lo consigue (22).

### **Miedo**

La palabra miedo proviene del término latino metus. Se trata de una alteración del ánimo que produce angustia ante un peligro o un eventual perjuicio, ya sea producto de la imaginación o propio de la realidad. Puede decirse que el miedo resulta desagradable para quien lo padece. Esta emoción, sin embargo, también funciona como un método de supervivencia ya que pone en alerta a las personas y los animales frente a una amenaza. De esta manera, una cebra que siente miedo por los leones, huirá apenas advierta la presencia de su depredador. Algo similar hará un hombre que, al escuchar disparos, se pone a resguardo por miedo a resultar herido (23).

Aunque estamos hablando del miedo desde un punto de vista general, tenemos que ser conscientes que existen diversos tipos de él. Así, entre las clasificaciones más habituales nos encontramos con las siguientes:

**Miedo a los cambios.** Tanto las personas adultas como los niños pueden sufrir este pavor a modificar no sólo su rutina sino también su entorno. Esto se puede producir por culpa de un cambio de colegio, de trabajo, de ciudad, de amigos.

**Miedo a la oscuridad.** Si hay un pavor que sea muy propio de los más pequeños es este que puede producirse a raíz de pesadillas, de situaciones que se imaginen o de cuentos que les hayan asustado. En este caso, los niños que lo sufren habitualmente que tengan que dormir con alguna luz encendida en su habitación (23).

Además de estas distintas clases de miedo, también podemos subrayar que existen otros tales como el miedo a la separación, los llamados “escolares” que son aquellos en los que se tiene pavor ante el fracaso o ante las actividades públicas, o bien los nocturnos.

Es importante destacar que, más allá de su función biológica y psicológica y de su calificación como emoción desagradable para los individuos, el miedo también aparece en el arte como una forma de entretenimiento. Por eso constituye un género literario (como los cuentos o las novelas de miedo) y un género de la industria cinematográfica (el cine calificado como de terror) por sí mismo (23).

### **El miedo en su ámbito físico biológico**

El miedo se encarga en muchas ocasiones de hacernos conscientes de los peligros externos que nos pueden amenazar, y nuestro organismo los interpreta de la siguiente forma:

Primero los sentidos captan el foco de peligro, pasando a ser interpretado por el cerebro, y de ahí pasa a la acción el sistema límbico. Este se encarga de regular las emociones de lucha, huida, y ante todo, la conservación del individuo. Además de todo esto, también se encarga de la constante revisión de la información dada por los sentidos, incluso cuando dormimos, para poder alertarnos en caso de peligro (23).

Cuando esto ocurre, se activa la amígdala, que se encarga de desencadenar todo el sistema del miedo, y entonces nuestro cuerpo pasa a sufrir las siguientes reacciones:

- Aumento de la presión arterial
- Aumento de la velocidad en el metabolismo
- Aumento de la glucosa en sangre
- Detención de las funciones no esenciales
- Aumento de adrenalina
- Aumento de la tensión muscular
- Apertura de ojos y dilatación de pupilas

En determinados momentos de miedo, puede llegar el pánico, que hará que se desactiven nuestros lóbulos frontales, retroalimentando el miedo y haciendo que se pierda la noción de la magnitud de este y en muchas ocasiones el control sobre la conducta de uno mismo (23).

## **Culpa**

Como emoción humana que es, la culpa y su resultante sentimiento de culpabilidad, la hemos experimentado todos a lo largo de nuestras vidas, siendo una emoción que consideramos negativa, pues en definitiva nos hace sentirnos mal (24).

Pero definir la culpa como algo negativo o positivo no es tan simple como identificarla a los sentimientos que pueden venir parejos a ella, sino que requiere un análisis más profundo e individualizado de todos los factores que intervienen (24).

Y ¿cuándo sentimos culpa? Normalmente cuando rompemos o creemos haber roto ciertas normas o significados tanto personales como sociales, de carácter ético, natural, religioso, sexual, existencial... podemos encontrarlos ante una culpa causa-efecto, hicimos algo que

pensamos que no debíamos haber hecho, o a la inversa, no hicimos algo que creíamos debía haberse hecho y ahora nos sentimos mal, pudiendo ser todo esto algo real o imaginario (24).

### **Evitación**

La evitación es una actitud, una forma de no afrontar ciertos problemas o situaciones que generan algún tipo de estrés. La evitación es una forma de huida, es decir, la persona intenta apartarse de aquello que le disgusta. En ocasiones, lo logra pero en otras muchas, evitar algo no es más que una forma de atraerlo (todo aquello que se reprime tiende a brotar con más fuerza). Desde el punto de vista de la felicidad, conviene puntualizar que el filósofo Tomás de Aquino ya explicó que el ser humano huye por naturaleza de todo aquello que le produce dolor y sufrimiento mientras que persigue de un modo natural aquello que le produce alegría y placer (25).

### **Relación profesional de salud paciente.**

Intentar establecer una relación entre médico paciente se hace bajo diferentes áreas entre ellas: Filosofía, Sociología, Psicología y Psiquiatría, si se crea un lazo o una conexión entre estos individuos y es por eso que afecta el deceso de un paciente. La relación entre el médico y su paciente juega un papel muy importante en la práctica de la medicina y es esencial para la provisión de asistencia médica de alta calidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La relación entre el médico y su paciente es una de las bases de la ética médica contemporánea. La mayoría de las facultades de medicina enseñan a sus estudiantes desde un principio, aún antes de que comiencen a recibir instrucción práctica asistencial, a mantener una relación profesional con sus pacientes, observando su dignidad y respetando su privacidad (26).

## **Límites personales**

Entiéndase por Límites Personales como una línea imaginaria que colocamos a nuestro alrededor que define el espacio que nos distingue del mundo exterior a la vez que mantenemos una conexión con los demás sin fusionarnos. El proceso de desarrollo de Límites Personales comienza desde que nacemos. Es un aprendizaje que se adquiere a través de la enseñanza, el modelaje y la manera como los adultos que participaron en nuestra crianza se relacionaron con nosotros (27).

Límites Personales sanos son límites flexibles que facilitan el relacionarnos con los demás sin que ninguno de los dos pierda su identidad. El espacio se expandirá cuando nos sentimos a salvo y se contraerá cuando percibamos que pueden perjudicarnos. La distorsión se presenta cuando mantenemos en todo momento unos límites rígidos o cuando permanentemente son inexistentes.

## **Afrontamiento**

En psicología, el afrontamiento ha sido definido como un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que la persona utiliza para gestionar demandas internas o externas que sean percibidas como excesivas para los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1984). Se puede considerar como una respuesta adaptativa, de cada uno, para reducir el estrés que deriva de una situación vista como difícil de afrontar (28).

La capacidad de afrontar no se refiere solo a la resolución práctica de los problemas, sino también a la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación-problema. Modificar las propias estrategias de afrontamiento para afrontar con eficacia los eventos estresantes depende, entonces, sea de la manera de evaluación de los eventos, sea de

la capacidad nuestra y de la posibilidad de captar informaciones, buscar ayuda y apoyo social en el contexto donde se vive.

## **Transferencia**

Según las teorías de Freud, cada vez que experimentamos nuevas sensaciones estamos evocando parte de las experiencias pasadas que dejaron una marca en nuestro inconsciente. La transferencia es, justamente, el modo en el que las ideas y sentimientos acerca de vínculos con personas con las que nos hemos relacionado antes son proyectados hacia otra persona, aunque sea la primera vez que la veamos.

Por lo tanto, la transferencia es el modo en el que la mente humana revive ciertas experiencias relacionadas con vínculos (que han quedado fijadas en nuestro inconsciente) al interactuar con alguien en el presente, según Freud (29).

Partiendo de las ideas de Sigmund Freud, las transferencias están muy relacionadas con los vínculos más tempranos y emocionalmente relevantes para las personas, que en la mayoría de los casos son las relaciones con las figuras parentales y maternas. La interacción con los padres y madres (o sus substitutos, según Sigmund Freud) dejaría marcas muy importantes en lo inconsciente, y estas podrían manifestarse en transferencias futuras.

Aunque teóricamente la transferencia es un fenómeno generalizado que se produce en nuestro día a día, Sigmund Freud puso especial énfasis en la necesidad de considerar el efecto que la transferencia tiene durante las sesiones de psicoanálisis. A fin de cuentas, creía Freud, el contexto en el que se realiza la terapia no anula automáticamente el funcionamiento del inconsciente, y este sigue rigiéndose según sus normas.

Por tanto, durante las sesiones puede ocurrir la transferencia, que significaría que el paciente proyecta en el analista contenidos de su inconsciente y revive vínculos afectivos del

pasado. De este modo, según Freud el paciente verá cómo su relación con el psicoanalista tendrá reminiscencias de relaciones ya vividas, por muy ilógico que parezca. Podrá enamorarse y desenamorarse del analista, sentir aversión por él, odiarlo como se odió a una figura importante del pasado (29).

Pero para Freud no era malo que se iniciase una transferencia desde el paciente hacia el analista. De hecho, formaba parte de la terapia, ya que creaba un vínculo emocional desde el cual el terapeuta podría guiar al paciente en la resolución de conflictos psicológicos y de bloqueos basados en traumas. Dicho en otras palabras, la transferencia sería un ingrediente necesario para que la relación terapéutica se oriente hacia la resolución de los problemas de los pacientes.

### **Concepto de la muerte**

La muerte se considera un proceso y no como un acto puntual. Este proceso se puede contemplar desde un ámbito biológico, psicológico y social. Morir ha trascendido desde el hecho biológico hasta el significado filosófico de lo que sucede con el alma, porque en la actualidad no se puede hablar de muerte sin buscarle un sentido de transcendencia, de forma que la religión ha cumplido un papel importante en este concepto, dando el propio significado de morir.

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis en la vida de la humanidad, pudiendo ser más crítico la representación de la muerte anticipada lo que inspira más terror que el cese de las funciones orgánicas, la muerte (30).

Por otra parte, en un libro de la biología de la muerte, autores en un intento de describir el lugar que ocupa la muerte en las ciencias de la vida, aquí se encuentran las siguientes ideas científicas respecto la muerte:



Carl von Linneo (1707-1778)	Plantea que la sabiduría divina ha impuesto un orden natural el cual descansa sobre cuatro fenómenos relacionados: propagación, distribución geográfica, destrucción y conservación. La muerte mantiene la justa proporción de las especies.
Jean-Baptiste Lamarck (1774-1829)	Considera que un cuerpo vivo es un cuerpo limitado en su duración, organizado en sus partes, que posee lo que denominamos vida y que está sujeto necesariamente a perderla, a sufrir la muerte, que es el fin de la existencia.
Claude Bernard (1813-1878)	La existencia no es más que una perpetua alternancia de vida y muerte. No hay vida sin muerte, ni muerte sin vida.
Weismann (1834-1914)	Hace una distinción entre causas externas e internas de muerte, señalando que con la edad ciertos cambios en los tejidos minan su funcionamiento y acaban por conducir directamente a los que se llama muerte normal, o bien conducen indirectamente a la muerte, al hacerlo incapaz de resistir ante influencias perjudiciales externas de poca importancia.
Thomas (1993)	Detenimiento de la respiración y del corazón. Es la destrucción de la estructura de equilibrio que constituye a un ser vivo superior, es un proceso irreversible ligado a la lesión de un órgano vital.

Carl von Linneo, Jean-Baptiste Lamarck, Calude Bernad, Weimann, Thomas (31)

De lo que estos autores plantean, la muerte se considera como un hecho que está en contra de la voluntad, pero al mismo tiempo es parte de un proceso natural. Al respecto, la muerte en sí es un fenómeno donde se produce la cesación de la vida, es universal y nadie escapa de ella. Aunque muchas opiniones consideran la muerte como hecho contrario a la vida, muerte es el fin de la misma, donde en esencia no extingue el proceso homeostático de ser vivo, bien sea por enfermedad o hechos fortuitos.

Sin embargo, las actitudes frente a la muerte han cambiado en el transcurrir del tiempo, y depende de factores como las cultura y la religión. Pues, la muerte ha pasado a ser el apaciguamiento del sufrimiento que padecen las personas enfermas o con algún dolor que lo hace agonizar en cuerpo y alma.

Desde los diferentes puntos de vista, la muerte o el cese de la vida de una persona es inevitable, y en sí se considera la culminación de la vida, y forma parte natural del ser humano.

### **La muerte y la enfermería**

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal, pero las actitudes hacia los moribundos y hacia la muerte no son ni inalterables ni accidentales, son peculiaridades de sociedades determinadas. Los padecimientos, los modos de enfermar y de morir son procesos históricos y socialmente contruidos según las condiciones de vida de los conjuntos sociales y sus modos de afrontarlos, produciendo sentidos y significaciones individuales y colectivas que se exteriorizan de diferentes formas. La muerte es un hecho social que ha pasado a ser institucionalizado: La instauración de ella en los hospitales, ya sea por deseo de prolongar la vida o por el miedo de morir sin atención, ha alejado este acontecimiento del entorno

colectivo donde era visto como un evento natural: Y entre tanta tecnología y sin alma, entre tantos objetos inanimados y casi ningún sujeto ¿cómo percibir el rasgo de humanidad en todo acto médico? Tanta tecnología y omnipotencia de la ciencia oculta el padecimiento humano no solo del enfermo sino del que lo atiende. Al respecto, Eduardo Menéndez señala que en los últimos tiempos desaparecen los principales rituales de mortalidad, como parte del proceso de ocultamiento y negación de la muerte que caracterizaría a la sociedad occidental (5).

### **El duelo y su proceso**

El duelo es una forma de vivenciar la muerte de una manera dramática de un ser querido. La función del duelo es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la desaparición física del familiar o seres queridos. En este sentido, el duelo se considera un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y significa dolor. También se considera un estado donde el individuo experimenta respuestas humanas que implica reacciones psicosociales y psicológicas, es la respuesta del sentimiento y el pensamiento ante la pérdida (32).

Por tal razón, desde el punto de vista humano y como ciencia de la salud, es necesario entender al duelo como un proceso dinámico, con cambios y una variedad de reacciones y sentimientos que expresan el estado de la persona. Por consiguiente, existen varias teorías que se utilizan como sistemas de referencia para comprender el duelo, y cada una de estas teorías explican diferentes fases por las que atraviesa el sujeto para resolver el duelo. Aunque todas estas fases tienen nombres diferentes, al final todas convergen en un proceso que va desde la negación, la tristeza, el sufrimiento hasta la aceptación y superación de la misma.

Ante lo descrito, las etapas según Kubler son las siguientes: (32)

- Negación: en esta fase las personas se sienten culpable posiblemente, porque no sienten nada, se apodera de ellos un estado de entumecimiento.
- Enojo o ira: se expresa de forma interna o externa, hacia las demás personas o hacia sí mismos, se manifiesta como depresión, o culpan a los demás para aliviar el dolor y aflicciones.
- Negociación: es un estado mental, y se da para aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar emocionalmente la pérdida.
- Depresión: es el enojo, el sentimiento de desamparo, la impotencia y la falta de esperanza de volver a ver físicamente al ser querido.
- Aceptación: se da después de la pérdida, comienzan a darse cuenta que se puede seguir viviendo sin adherirse en el pasado.

En la actualidad, ha surgido un nuevo modelo teórico postulado por Niemyer quien realiza un análisis del proceso del duelo desde una perspectiva constructivista. Este autor define duelo como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales. La elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias espirituales son determinantes relevantes del significado particular de la pérdida para cada persona. Este nuevo enfoque plantea, al igual que la postura más tradicional, que se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor.

### **Afrontamiento del dolor y la muerte.**

El afrontamiento del dolor y la muerte constituyen una de las tareas más difíciles y estresantes a las que deben hacer frente los estudiantes de ciencias de salud, el objetivo de

todos los años de preparación es conseguir que los estudiantes de enfermería se focalicen en salvar vidas pero cuando uno de sus pacientes muere es un impacto emocional y de estas experiencias los ayudan a madurar y a ver la vida desde otra perspectiva, si el dolor por la pérdida de un paciente no se logra canalizar este se manifestara en niveles de ansiedad de estados globales de estrés.

### **Tanatología.**

Definición según: - Martínez M y colaboradores, definen la tanatología como la ciencia que nos ayuda a comprender la muerte como un proceso que conforma parte de la vida y también como un arte del cuidado que permite brindar al paciente la calidad de vida, la dignidad y la serenidad para alcanzar un buen morir.

- Bravo M, en su estudio define a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”, la Dra. Kübler hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad, considera que ayudar a los enfermos en fase terminal es ayudar a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas.
- Chavarría A, en su estudio define a la tanatología como una disciplina científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte y la desesperanza, estos dolores son los más grandes que el ser humano puede sufrir, es humanizar el proceso de la muerte y proporcionar a la persona una muerte digna, así como ayudar a los dolientes a elaborar procesos de duelo.

### **Principios de la tanatología**

Está basada en el principio de cuidar más allá de curar, se propone disminuir los sufrimientos de los pacientes, mejora la calidad de vida, ayuda a que se preparen para la muerte y que algunos pacientes se reconcilien con la vida según el caso.

## **¿Cuándo es necesaria la tanatología?**

- Ante el dolor y la desesperanza de perder a un ser querido.
- Cuando se pierde un trabajo.
- Cuando se termina una relación de pareja.
- Ante el dolor de sufrir la pérdida de un miembro físico (amputación) ya sea por accidente o enfermedad.
- Cuando se sufre una pérdida material.
- Ante el impacto que causa el saber que se tiene una enfermedad incurable.
- Ante cualquier otra circunstancia que genere una pérdida ya sea física o emocional o material, todas estas son pérdidas que motivan una situación de duelo y un especialista en Tanatología puede intervenir para apoyar a la persona en el manejo de estas situaciones. El Reto de la Tanatología Es elevar la calidad de vida del enfermo terminal, así como la de las personas que se encuentran cerca de el de manera afectiva y profesional. (5)

## **La enfermería y la tanatología**

En 1858 Florence Nightingale escribió, que nuestro objeto fundamental como enfermeras es “Situación al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. Nuestra profesión es: Una ciencia, pero también un arte. Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Tenemos un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía. La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se

encuentra en el lecho del dolor. La enfermera brinda al paciente moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y 26 misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia. La profesión de enfermería no sólo debe basarse a su labor teórica, sino que debe integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento (5).

## **2.4. Marco ético legal**

### **2.4.1. Constitución de la República del Ecuador**

**Artículo 3, deber 1:** Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para los habitantes (33).

**Artículo 32:** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual, y salud reproductiva. La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (33).

## **2.4.2. Ley Orgánica de Salud**

### **CAPITULO I, DEL DERECHO A LA SALUD Y SU PROTECCIÓN:**

**Artículo 3:** La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (34).

### **CAPITULO V, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

**Artículo 117:** La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de trabajo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores (34).

## **2.4.3. Plan Nacional del Buen Vivir**

**Objetivo 3:** La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales (35).



## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Diseño de investigación

La sistemática que se utilizará en la presente exploración es de tipo no experimental, cuantitativa.

**No experimental:** Esta investigación tiende a tener esta metodología sistemática en la que como investigadora no tengo el control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque no son intrínsecamente manipulables.

**Cuantitativa:** esta investigación se elabora bajo un diseño cuantitativo debido a que se ha utilizado predominantemente información numérica para recoger, procesar y analizar las características del grupo de estudio, se centra más en la clasificación para explicar lo que se observa.

#### 3.2. Tipo de investigación

Se trata de una investigación de tipo descriptivo transversal.

**Descriptivo:** El objetivo de la investigación descriptivo consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres, y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables

**Transversal:** Ya que la investigación se centra en analizar cuál es el nivel de una o diversas variables en un momento dado.

### **3.3. Localización de estudio**

La presente investigación se realizó en el Hospital San Luis de Otavalo con los internos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte.

### **3.4. Población de estudio**

La población de esta investigación estuvo compuesta por 38 internos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte en el Hospital San Luis de Otavalo.

### **3.5. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión al momento de aplicar el instrumento fueron:

- Internos Rotativos de Enfermería del Hospital San Luis de Otavalo.
- Internos Rotativos matriculados en la Universidad Técnica del Norte.
- Internos Rotativos de Enfermería que acepten participar en la investigación.

### **3.6. Criterios de Exclusión:**

Los criterios de exclusión para la selección de la muestra son:

- Internos Rotativos de Enfermería que no pertenezcan al Hospital San Luis de Otavalo.
- Internos Rotativos de Enfermería que no estén matriculados en la Universidad Técnica del Norte.
- Internos Rotativos de Enfermería que no acepten la participar en la investigación.

### **3.7. Técnicas de recolección de datos**

Para este trabajo de investigación se realizó una encuesta adaptada de otra investigación realizada en Loja titulado “Actitudes del profesional de enfermería ante el fallecimiento de pacientes en el Hospital General Isidro Ayora” con preguntas abiertas y cerradas, con el

objetivo de identificar las reacciones afectivas presentes en los internos de enfermería ante el deceso de un paciente atendido en su lapso de internado, algunas de estas preguntas nos llevan a un análisis directo y otras se tuvo que clasificar en respuestas que identifica consecuencias y causas, todo bajo una escala de Likert orientando hacia respuesta desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo lo que permitirán alcanzar los objetivos planteados y finalmente establecer conclusiones y recomendaciones.

### **3.8. Análisis e interpretación de resultados**

Para fortalecer la encuestada de los resultados obtenidos de esta investigación se aplica el análisis descriptivo el cual permite una coherencia de las respuestas en relación al problema planteado. Para llevar a cabo dicho análisis de forma más clara se creó un archivo en el programa de Excel donde se realizó el vaciado de todos los datos obtenidos para posteriormente ser analizados por medio de tablas.

### **3.9. Procedimientos para la recolección de datos**

A través de la encuesta realizada al interno de enfermería que realiza sus prácticas profesionales en el Hospital San Luis de Otavalo se aplicó una entrevista semiestructurada previa explicación que esta será realizada de manera confidencial y anónima, y que los resultados serán usados con fines académicos.

### **3.10. Variables**

#### **3.11. Variable independiente**

Deceso de un paciente atendido en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.

#### **3.12. Variable dependiente**

Reacciones afectivas producidos en los internos de enfermería.

### 3.13. Operacionalización de Variables

**Tabla N° 1:** Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Datos sociodemográficos	Estudio de la estructura, dimensión y características generales de la población humana.	Edad	Años cumplidos	21 a 23 años 24 a 27 años 28 a 31 años
		Sexo	Hombre Mujer	Hombre Mujer
Afectividad	Esfera psicológica de todo lo que concierne a la esfera afectiva.	Sentimientos Afectivos placenteros	Alguna vez Ud. ha desarrollado sentimientos de afecto agradables hacia su paciente	SI NO
			Indique el nivel afectivo agradable que ha desarrollado hacia su paciente	Alto Medio Bajo
		Sentimientos Afectivos no placenteros	Que reacciones desagradables ha desarrollado Ud. después de vivenciar la muerte de su paciente atendido	Abierta
Consecuencias presentadas ante la muerte de un paciente	Conocimiento o creencia de aquello que resulta o es producido por causa de efecto, o resultado de la muerte de un paciente	Afrontamiento de la muerte	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo	Total desacuerdo (T.D.) Desacuerdo (D) Indeciso (I) Acuerdo (A) Totalmente de acuerdo (T.A)
			Pensar en el destino de un paciente	(T.D) (D) (I)

			moribundo no afecta mi crecimiento profesional	(A) (T.A)
			Después de vivenciar la muerte de un paciente atendido necesito la ayuda psicológica para continuar mi carrera	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Es difícil comunicar la muerte de un paciente a su familia	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Ser testigo de la muerte de un paciente puede alterar notablemente mis relaciones personales, familiares y profesionales	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Durante el año pasado fui testigo de la muerte de algunos pacientes, lo que me afectó de forma significativa	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			La muerte de mi paciente marca mi vida personal	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Ha sido preparado para	SI NO

			enfrentar este tipo de eventos relacionados con la muerte de un paciente	
Causas de las reacciones afectivas ante la muerte de un paciente.	Señala a aquello que se considera como el fundamento o el origen de las reacciones afectivas ante la muerte de un paciente	Afrontamiento de la muerte	Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en mi área	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Prefiero no pensar en la muerte	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)
			Enfrentar la muerte de un paciente dificulta mi crecimiento profesional	(T.D) (D) (I) (A) (T.A)

Elaborado por: La Autora

## CAPITULO IV

### 4. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Directa o indirectamente todos los internos de enfermería encuestados han tenido que enfrentarse con la experiencia de muerte de un paciente durante sus prácticas, esta situación hace que puedan expresar lo que han sentido tras este evento. Se inicia la descripción de los resultados con los datos sociodemográficos, seguidos de las expresiones y consecuencias del hecho de vivenciar de cerca la muerte de un ser al cuál cuidaron.

#### 4.1. Datos Sociodemográficos

##### Edad

Tabla N° 2: Datos de edad

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21-23	25	66%
24-27	9	24%
28-31	4	11%
TOTAL	38	100%

Elaborado por: La Autora

La edad predominante de la población en estudio es joven, comprendida entre los 21 y 27 años, según un estudio realizado en Chile la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente (36). La muestra estudiada al ser considerada una población joven tiene mayor probabilidad de presentar reacciones afectivas ante la muerte de un paciente atendido.

## Género

Tabla N° 3: Datos de género

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	8	21%
MUJER	30	79%
TOTAL	38	100%

Elaborado por: La Autora

El género de mayor concurrencia es el género femenino, seguida por una población pequeña del género masculino. Estudios acerca de enfermería vista desde el género refiere que Enfermería en sus inicios ha sido influenciada por las consideraciones del género femenino al ser una actividad eminentemente femenina (37). Por otra parte un estudio sobre Hombres en la enfermería profesional considera el ingreso de los hombres a esta profesión ha sido concebido como un hecho positivo para contrarrestar algunas definiciones acarreadas por el antiguo sistema biomédico (38). De alguna manera todos lo intuimos: los hombres y las mujeres reaccionamos de manera muy distinta ante una misma situación, salvo que ahora la ciencia lo ha confirmado. Científicos de la universidad de Pensilvania, en Estados Unidos, realizaron muchas pruebas de resonancia magnética que han comprobado que esa diferencia en realidad existe.

Con los resultados del estudio del funcionamiento los cerebros, tanto de varones como de mujeres, han llegado a la conclusión que los hombres tienen mejor conexión entre lo que perciben y su coordinación, mientras las mujeres tienen una mayor capacidad de análisis e intuición. Esto explicaría por qué a la mayoría de los hombres se les facilita estacionar un coche en un espacio pequeño, y a la mayoría de las mujeres notar cuando un hijo tiene problemas, aunque no lo verbalice (39). El sexo que predomina en este estudio no concluye que vaya a ser el más afectado para manifestar reacciones afectivas esto depende más bien de las actitudes que adopten los internos de enfermería ante la muerte de pacientes.



## 4.2. Afectividad

### Sentimientos de afecto agradables desarrollados hacia el paciente que ha muerto

Tabla N° 4: Sentimientos desarrollados

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	29	76%
NO	9	24%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: La Autora

En su gran mayoría los internos de enfermería manifiestan si haber desarrollado sentimientos hacia los pacientes atendidos, son pocos los internos que expresan el no haber desarrollado sentimientos hacia los pacientes. El centro universitario de México menciona que la relación afectiva cobra especial relevancia ya que “poder sentirme cerca, comunicarme y establecer vínculos afectivos con los pacientes” es un factor indispensable para que los autores sugieran profundizar en las actitudes y las emociones de los futuros profesionales de enfermería ante la enfermedad terminal y la muerte sugiriendo la posibilidad de crear programas formativos que capaciten a los futuros enfermeros a enfrentar estas situaciones (40). Los estudiantes de enfermería tienden a desarrollar sentimientos hacia los pacientes al mantener contacto directo y pasar tiempo con ellos, así como también participar en el tratamiento de su enfermedad.

### Grado afectivo agradable que usted ha desarrollado hacia su paciente que ha muerto.

Tabla N° 5: Grado Afectivo

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHO	9	24%
POCO	25	66%
NADA	4	11%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Elaborado por: La Autora

Se evidencia que el grado de mayor porcentaje es en escala media del grado afectivo desarrollado en los internos de enfermería seguido por el grado afectivo alto y pocos refieren una escala de grado bajo hacia los pacientes. Investigaciones aseguran que el tiempo que los profesionales de salud compartan con los pacientes y se involucren en la vida de ellos es parte importante para que nazca un vínculo afectivo profesional de salud paciente (41). Sin embargo las relaciones afectivas se crean a partir del interés que desarrollemos y el tiempo que dediquemos en nuestros pacientes para su recuperación. Los internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo no llegan a involucrarse afectivamente a tal grado que produzca mayor impacto.

### **Reacciones afectivas desagradables ante la muerte de un paciente**

**Tabla N° 6:** Reacciones Afectivas

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TRISTEZA/MIEDO</b>	20	53%
<b>ANSIEDAD</b>	8	21%
<b>FRUSTRACIÓN</b>	6	16%
<b>CULPABILIDAD</b>	4	11%
<b>TOTAL</b>	38	100%

**Elaborado por:** La Autora

La tristeza y el miedo es la reacción afectiva más frecuente en los internos de enfermería, seguida de la ansiedad y la frustración y por último la reacción de culpabilidad. En el artículo acerca de los sentimientos en enfermeras ante la muerte de sus pacientes se encuentran la tristeza, angustia, ansiedad, impotencia, culpabilidad, tranquilidad los autores proponen brindar una ayuda psicológica (36). La muerte de un ser humano causa reacciones afectivas en todas las personas principalmente nos invade la tristeza, es común que se genere este tipo de sentimientos ya que antes de ser estudiantes de enfermería debemos recordar que somos seres humanos como cualquier otro y también nos conmueve este tipo de eventos.

### 4.3. Consecuencias presentadas ante la muerte de un paciente atendido.

#### Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo

Tabla N° 7: Me conmueve enfrentar la familia

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	0	0%
<b>DESACUERDO</b>	3	8%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	10	26%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	25	66%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

La población en estudio emite en su mayoría que están totalmente de acuerdo, como segundo lugar internos que están algo de acuerdo y en mínimo porcentaje están en desacuerdo a este ítem, el porcentaje nulo en respuestas son indecisas y en total desacuerdo. Investigación acerca de cómo tratar a la familia de un paciente terminal refiere que la falta de literatura médica sobre el enfermo terminal ha sido queja constante de nuestros Médicos de Familia y de nuestros alumnos, más aún si se trata de la atención integral que aporta a esta familia. Ha sido por esto que nuestro personal médico ha vivido situaciones tan dispares en la relación enfermo terminal-familia, que tarda en encontrar el trato adecuado con ambos, en particular con la familia.

Aun en el peor de los casos, nuestros médicos y enfermeras deben intentar compartir el sufrimiento de la familia, algo que no resulta difícil, pues ese sufrimiento deja también en este equipo profesional huellas imborrables (42). Los internos de enfermería en gran cantidad se conmueven al enfrentar a la familia de un paciente moribundo por la escasa preparación en manejo paciente terminal-familia.

## **Pensar en el destino de un paciente moribundo no afecta mi crecimiento profesional**

**Tabla N° 8:** Crecimiento Profesional

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	18	47%
<b>DESACUERDO</b>	15	39%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	5	13%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Como primera instancia se evidencia que los internos están totalmente desacuerdo un segundo porcentaje de internos refleja estar en desacuerdo una pequeña muestra se encuentra algo de acuerdo. En estudios realizados acerca de las actitudes de los profesionales de enfermería ante pacientes terminales manifiestan hay una gran discrepancia entre los que piensan y sienten los pacientes y, por otro lado, las actitudes y conductas del personal asistencial hacia ellos. Por tanto, parece válido pensar que el comportamiento del personal sanitario no va dirigido a satisfacer las necesidades de estos pacientes sino que va dirigido a cubrir las propias necesidades suscitadas por la situación (43). Es inevitable preocuparse por el destino de un paciente enfrentar estas circunstancias como estudiantes de enfermería es vista de manera difícil al no recibir una preparación en su formación académica.

## **Después de vivenciar la muerte de un paciente atendido necesito ayuda psicológica para continuar mi carrera**

**Tabla N° 9:** Vivenciar la muerte de un paciente

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	2	5%
<b>DESACUERDO</b>	5	13%

<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	19	50%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	12	32%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

En su mayor porcentaje de internos de enfermería responden que están algo de acuerdo, continuando con el resultado totalmente de acuerdo, también se obtiene respuestas en el ítem desacuerdo y finalmente con una pequeña cantidad en total desacuerdo. Investigaciones realizadas recomiendan brindar apoyo psicoemocional para los profesionales que atraviesan frecuentemente la muerte de pacientes (44). Implementar programas formativos en la formación académica en los internos de enfermería optimizaría la ejecución profesional con la mayor eficiencia posible.

### **Es difícil comunicar la muerte de un paciente a su familia**

**Tabla N° 10:** Comunicar la muerte de un paciente

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	0	0%
<b>DESACUERDO</b>	2	5%
<b>INDECISO</b>	3	8%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	13	34%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	20	53%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Totalmente de acuerdo es la respuesta que precede en esta pregunta en segundo lugar algo de acuerdo se evidencia un porcentaje pequeño que se encuentra indecisa y en su minoría está desacuerdo con esta consulta. Estudios realizados de medicina referente a como dar una noticia de esta índole determina que el aprendizaje de habilidades de comunicación de malas noticias puede producir un impacto positivo tanto como el dador como el receptor de las

malas noticias (45). El comunicar una mala noticia a los familiares se debe manejar con mucha delicadeza por lo que se sugiere una preparación por parte de los profesionales de salud para poder dar una noticia de la mejor manera posible.

**Ser testigo de la muerte de un paciente puede alterar notablemente mis relaciones personales, familiares y profesionales.**

**Tabla N° 11:** Ser testigo de la muerte de un paciente

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	2	5%
<b>DESACUERDO</b>	3	8%
<b>INDECISO</b>	1	3%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	17	45%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	15	39%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Algo de acuerdo encabeza el resultado de esta pregunta propuesta a los internos de enfermería seguido de totalmente de acuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo y finalmente indeciso. El cuidado que exige una relación interpersonal demanda habilidades que se adquieren con la experiencia de ser cuidador, al igual que con el tiempo de experiencia de la enfermera, para trascender y establecer la relación persona a persona. La experiencia genera en la enfermera una percepción personal de competencia donde surgen la destreza, la confianza en sí, la habilidad en la relación y en la comunicación, para despertar en el paciente su interés y atención, y producir un cambio en su comportamiento (46).

Vivenciar episodios de muerte como estudiantes de enfermería pueden alterar su formación pre profesional ya que se produce cambios en la interrelación familiar, personal y profesional.

**Durante el año pasado fui testigo de la muerte de algunos pacientes, lo que me afectó de forma significativa.**

**Tabla N° 12:** Experiencias de muerte de pacientes años pasado

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	1	3%
<b>DESACUERDO</b>	4	11%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	23	61%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	10	26%
<b>TOTAL</b>	38	100%

**Elaborado por:** La Autora

Internos de enfermería que presenciaron la muerte de pacientes en el año anterior responden estar algo de acuerdo posterioridad a este tenemos totalmente de acuerdo, en tercer lugar en desacuerdo y en último lugar totalmente en desacuerdo. Experiencias de muerte presenciadas por los internos de enfermería en años pasados han causado afecciones de manera significativa. Un artículo realizado acerca del cuidador y el paciente al final de la vida pretende abordar el paciente al final de la vida y la familia y/o persona significativa como pilar de su cuidado.

Las intervenciones junto a estos cuidadores son esenciales para que el sufrimiento sea minimizado, siendo necesario identificar sus necesidades básicas y la implementación de un plan de intervención ajustado a cada situación en particular (47).

La formación adecuada en el pre grado ayudarían de manera significativa para que los futuros profesionales tengan en cuenta el manejo adecuado y su limitación de crear afectividad a los pacientes atendidos evitando así reacciones afectivas cuando se presente el deceso.

## La muerte de un paciente marca mi vida personal

Tabla N° 13: La muerte de un paciente marca mi vida

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	10	26%
<b>DESACUERDO</b>	4	11%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	14	37%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	10	26%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Algo de acuerdo precede esta temática, seguida de la igualdad de resultados con los ítems totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, en último lugar están en desacuerdo. La muestra mayor refleja que en los estudiantes marcan la vida personal en base a que crean reacciones afectivas con los pacientes atendidos durante sus prácticas estudiantiles. En el estudio realizado “Mi paciente ha muerto” expresa que la primera vez que viví la muerte de una paciente, me impactó muchísimo. Sentí un torbellino de emociones cuando llegó la familia y tuve que dar mi apoyo psicológico a ese marido que se quedaba solo, al nieto favorito y demás familia. Hice mi trabajo. Pero cuando llegué a casa, me derrumbé. Me costó mucho esfuerzo superarlo. Cuando llegué el lunes al trabajo, me reuní con el médico y los enfermeros que habían estado intentando reanimar a la paciente. Hablar nos ayudó a todos a gestionar nuestras emociones de rabia y culpa que nos habían abofeteado ese día, recomienda para afrontar este tipo de situaciones que la comunicación es fundamental para superar estos acontecimientos. Contar lo que sentimos, cómo vivimos la experiencia y soltar nuestras emociones. Hablarlo con todas las personas que podamos, cuantas más veces mejor y con todo lujo de detalles. Esto evita la represión de sentimientos y pensamientos que podrían acarrear un trastorno posterior (48).



El gran inconveniente de enfrentar la pérdida de un paciente es que reaviva nuestras propias pérdidas y si hay duelos mal elaborados la reacción a esta será de mayor complejidad.

#### **4.4. Causas de reacciones afectivas ante la muerte de un paciente atendido**

##### **Ha sido preparado para afrontar la muerte de un paciente**

**Tabla N° 14:** Ha sido preparado para afrontar la muerte de un paciente

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	3	8%
<b>NO</b>	35	92%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Casi en su totalidad de la población responde negativamente y una mínima de manera positiva. Aproximadamente los 35 internos aseguran no haber sido preparados en su formación académica, manifestando que no se siente seguros de afrontar situaciones de muerte con sus pacientes. La investigación realizada en el Hospital general Isidro Ayora acerca de las actitudes de enfermería ante el fallecimiento de pacientes concluye que la mayoría de los profesionales reflejan escasa preparación para afrontar de forma realista el prodigio de la muerte (49).

Al vivenciar el deceso de un paciente con frecuencia se va generando emociones que impactan, es por ello que aplicar programas de soporte emocional al estudiante y al profesional de enfermería es una herramienta que las puede ayudar a canalizar las emociones y afrontar el proceso del fallecimiento del paciente.

## **Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo**

**Tabla N° 15:** Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	5	13%
<b>DESACUERDO</b>	4	11%
<b>INDECISO</b>	3	8%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	7	18%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	19	50%
<b>TOTAL</b>	38	100%

**Elaborado por:** La Autora

En estos resultados se muestra que la mitad de la población está totalmente de acuerdo, seguido de algo de acuerdo, totalmente en de acuerdo, desacuerdo y por último indeciso, puesto que se cree que solo sería una caída en su carrera más no el final de la misma.

El artículo denominado reflexiones de los estudiantes de enfermería sobre el proceso de la muerte sostiene que es necesario aprender a percibir la muerte como algo natural. Los sanitarios tratan a los moribundos, interpretan el fenómeno de la muerte y la muerte misma bajo su óptica y entendimiento. La formación en tanatología y los cuidados paliativos se trata de forma escasa o al menos de forma irregular en los planes de estudio (50).

Profesionales de salud llevan un contacto cercano con la muerte por lo que es difícil no tener pensamientos sobre la muerte, crear pensamientos como la importancia de compartir momentos únicos con la familia, lo valioso y afortunados de sentirse aparentemente sanos, son factores que determinan a llegar a ese tipo de pensamientos.

## Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso personal

Tabla N° 16: Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	1	3%
<b>DESACUERDO</b>	5	13%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	10	26%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	22	58%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Encabeza totalmente de acuerdo, segundo algo de acuerdo, desacuerdo y en mínimo porcentaje totalmente desacuerdo, se considera como un fracaso para su carrera profesional en el campo de la salud. Una publicación titulada “La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros” Se ha verificado que en el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir por el enfermero emergen sentimientos como: impotencia, angustia, sufrimiento, tristeza, miedo. Y esos sentimientos interfirieron en la asistencia ofrecida al enfermero y su familia, sin embargo, por otro lado, mostró que, a pesar de la vivencia constante con la muerte en su práctica en la UCI, los enfermeros aún se sensibilizan con el proceso de la muerte. Se ha observado, también, una preocupación y solidaridad constante de esos profesionales con relación a la familia del paciente, siendo está valorada e incluida en el contexto hospitalario y de cuidado. En sus relatos, los entrevistados dijeron ver a la muerte como un hecho natural, sin embargo terminan desarrollando una forma de defensa ante el dolor y el sufrimiento. Para ellos, esos "distanciamientos" son necesarios a fin de evitar daños en los aspectos psicológicos y emocionales (51). El tema sobre la muerte debería ser debatido durante la formación académica de los estudiantes de enfermería enfatizando sobre las cuestiones ligadas a las emociones ya que es fundamental que el profesional de la

salud revise sus conceptos sobre la existencia, pues, si no lo hiciera, persistirá enfrentando a la muerte de los pacientes como fracaso, impotencia y frustración.

### **No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente a mi área**

**Tabla N° 17:** No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en mi área.

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	2	5%
<b>DESACUERDO</b>	7	18%
<b>INDECISO</b>	2	5%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	11	29%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	16	42%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Totalmente de acuerdo lidera en esta pregunta planteada, algo de acuerdo, desacuerdo, existe una equidad entre totalmente desacuerdo e indeciso, se limitan y prefieren evitar ser testigos de episodios de la muerte de un paciente.

Investigaciones acerca de las Enfermeras y su duelo al morir un paciente revela que manejar el dolor resulta una tarea entre pedagógica y educativa, para esto es fundamental que la enfermera sepa a qué se enfrenta y también sepa manejar la frustración por perder una vida para que no se sienta culpable. El apoyo de las psicólogas clínicas es una de las estrategias que ayudan a superar ese duelo, que para enfrentarlo lo primero debe ser aceptar que existe. En algunos casos las enfermeras lloran, sienten frustración, temor a atender a otro paciente con la misma patología, e incluso temor a volver a trabajar, otras manifiestan no sentir dolor, según lo encontrado por una enfermera en su investigación (52). En estos casos es importante realizar capacitaciones a los futuros profesionales acerca a esta temática para corregir y preparar a tiempo a los estudiantes de enfermería.

## No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir

Tabla N° 18: No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.

ESCALA DE MEDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	2	5%
<b>DESACUERDO</b>	3	8%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	13	34%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	20	53%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Se menciona los resultados según orden de porcentaje de mayor a menor: totalmente de acuerdo, algo de acuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo.

En el artículo publicado por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud México acerca de las actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal encontró como resultado que los estudiantes de enfermería otorgan una mayor importancia a los aspectos emocionales en el proceso de morir. La relación afectiva cobra especial relevancia ya que los estudiantes manifiestan “Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar vínculos afectivos con mis seres queridos” es un factor que determina que es inevitable pensar en la familia cuando somos testigos de la muerte (8).

Presenciar la muerte genera automáticamente pensamientos hacia la familia y seres queridos lo que crea en los internos de enfermería reacciones como la tristeza y miedo, debatir sobre este tema en clases mejora la actitud de los futuros profesionales ante estos hechos.

## **Prefiero no pensar en la muerte**

**Tabla N° 19:** Prefiero no pensar en la muerte.

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	2	5%
<b>DESACUERDO</b>	6	16%
<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	14	37%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	16	42%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

El porcentaje más alto constituye totalmente de acuerdo, segundo se encuentra algo de acuerdo, desacuerdo y totalmente desacuerdo, prefieren no pensar en la muerte. El autor de una investigación llamada “Pensar en la muerte es positivo” afirma que A mí me gusta pensar en la muerte, compartir mis inquietudes, mis preguntas, hablar de la fugacidad de la vida.

Es más, lo necesito. Porque tener presente de vez en cuando que voy a morir, que esto se acaba (y ¡no sé cuándo!) no sólo no me viene mal, sino que me produce una tremenda pasión por la vida. Me revitaliza, me enamora de mi existencia, me impulsa a conseguir lo que deseo a pesar de los miedos (53). Mantener pensamientos sobre la muerte se presentan en la mayoría de casos solo cuando este hecho ocurre mientras no evidenciamos estos episodios preferimos no pensar en la muerte ya que nos forja pensamientos negativos cambiando nuestro estado de ánimo.

## **Enfrentar la muerte de un paciente dificulta mi crecimiento personal**

**Tabla N° 20:** Enfrentar la muerte de un paciente dificulta mi crecimiento profesional.

<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TOTALMENTE DESACUERDO</b>	0	0%
<b>DESACUERDO</b>	15	39%

<b>INDECISO</b>	0	0%
<b>ALGO DE ACUERDO</b>	19	50%
<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>	4	11%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Elaborado por: La Autora

Algo de acuerdo, desacuerdo y totalmente desacuerdo son las respuestas obtenidas en esta pregunta. En el ámbito de la salud, se ha puesto en evidencia la necesidad de profundizar en las actitudes y creencias ante la muerte en los propios profesionales ya que pueden influir en la calidad de los cuidados, especialmente las derivadas de procesos de muerte y duelo, por lo que el objetivo de la investigación fue explorar y analizar actitudes y creencias ante la muerte en el personal de salud en Cuidados Paliativos Oncológicos. Fue un estudio, transversal y descriptivo; se utilizó un muestreo intencional, los instrumentos utilizados fueron: Formato de datos personales y profesionales (54). Las circunstancias para que se determine si dificulta o no el crecimiento profesional se basa en las reacciones afectivas que crean los estudiantes además de la formación de pregrado que estos reciban.

## CAPITULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- Los internos de enfermería del Hospital San Luis de Otavalo, en su mayoría siguen siendo de sexo femenino y por su condición de estudiante, sus edades oscilan entre los 21 y 27 años, factor que se relaciona con el perfil de la profesión de enfermería.
- La mayoría de los Internos Rotativos de Enfermería han presentado reacciones afectivas comunes como tristeza, miedo, ansiedad y culpa; además dicen haber sido afectados significativamente por haber presenciado la muerte de un paciente.
- Las experiencias de dolor que viven los profesionales de enfermería ante la muerte de sus pacientes, están representadas por los significados encontrados y plasmados en las emociones de los estudiantes de enfermería frente a la muerte.
- Las respuestas afectivas en los internos rotativos de enfermería que han tenido que presenciar la muerte de su paciente tienen consecuencias diversas sobre todo pensamientos como que si afectaría su crecimiento profesional, que podrían necesitar ayuda psicológica o que podría alterar las relaciones personales, y a la mayoría les conmueve enfrentar la comunicación de la muerte a los familiares del paciente.
- Las causas que pueden estar relacionadas con sus manifestaciones afectivas apuntan a la falta de preparación sobre el cómo enfrentar la muerte de su paciente, evitar la transferencia y que la vivencian a la muerte como un fracaso profesional, además del grado de acercamiento afectivo que hayan tenido con él. Sin embargo esto no ha sido impedimento para continuar su carrera.



- La mayoría de Internos Rotativos no ha tenido un grado alto de afectividad con los pacientes y aun así la mayoría manifiestan consecuencias que interfieren con su desarrollo profesional lo que hace pensar en un posible afrontamiento ineficaz.
- La síntesis de lo afectivo, lo cognitivo y lo práctico conforman la actitud, y ésta constituye un componente esencial de la persona en general. Es ésta actitud la que permite actuar después de un estímulo y de una forma determinada; de tal manera, que cuando los profesionales de enfermería enfrentan la muerte de un paciente sus reacciones o comportamientos se basan especialmente en esa experiencia vivida y por ese profesional en particular, quien a su vez está dotado de antecedentes educativos formales y no formales.
- El sentir, el pensar y el actuar frente a los familiares que enfrentan una muerte un paciente, conforman el conjunto de actitudes que expresan los profesionales de enfermería que de alguna manera, son sus reacciones naturales ante este fenómeno.

## **5.2. Recomendaciones**

- Se recomienda la necesidad de preparar, formar, acompañar y orientar desde lo individual hasta lo colectivo, desde la formación de pregrado en todas las universidades a todos los profesionales de salud especialmente enfermería.
- Sería conveniente constituir y crear equipos especializados en cada unidad de salud para abordar éstas experiencias de dolor, encontrar las vías de afrontamiento de una forma positiva y constructiva que de cómo resultado un buen drenaje emocional y por ende un enriquecimiento personal para evitar consecuencias negativas en quienes enfrentan esta situación. Igualmente, el beneficio es extensivo en la atención y orientación de los familiares afectados, a la profesión y a la institución, al fin y al cabo todo es un valor agregado.

- Es importante que el profesional de enfermería conozca sus propias emociones y sensaciones frente a la muerte, para educar su ser emocional y de esta manera canalizar todas sus energías y las reinviertan en sí mismo para continuar laborando con interés y la dedicación necesaria; sin dejar a un lado el sujeto de cuidado, su grupo familiar y el contexto en que estos se desenvuelven, y así lograr una transformación en los entornos externos e internos de las unidades de cuidados de salud.
- Se recomienda de manera individual a cada estudiante de enfermería auto prepararse para ponerse de frente en los diversos acontecimientos presentes en lo largo de la vida profesional, ya que la muerte es un acontecimiento frecuente en nuestro medio profesional.
- El empeño que pongamos en nuestra formación también debe extenderse en beneficio a los familiares del paciente que ha fallecido, puesto que también necesitan de nuestro soporte inmediato.

## Bibliografía

1. Ramón Collel Brunet, Joaquín T. Limonero García y María Dolores Otero. Investigación en salud. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. [En línea] Agosto de 2003. file:///C:/Users/diany/Downloads/Actitudes%20y%20emociones%20en%20estudiantes%20de%20enfermer%C3%ADa%20ante%20la%20muerte%20y%20la%20enfermedad%20terminal.pdf.
2. *SENTIMIENTOS QUE MANIFIESTAN LAS ENFERMERAS ANTE LA*. Bethzabet García-Solís, Edith Araujo-Nava, Victoria García-Ferrer, María de Lourdes García-Hernández. México : s.n., 20014.
3. Colerr. *Atención al enfermo terminal*. s.l. : Notas de enfermería, 1991.
4. *Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería*. Cano1, María del Carmen Amaro. 3, la Habana : Scielo, septiembre de 2004, Vol. 20. ISSN 1561-2961.
5. Lic. Cuarite Araujo, Lilia Verónica Lic. Reynoso Porras, Maritza Isabel Lic. Távara Rojas, Rosa Elvira. Universidad Peruana CAYETANO HEREDIA. [En línea] 2016-2017. p9. <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/670/Actitud%20del%20enfermero%20frente%20a%20la%20muerte%20de%20un%20paciente%20en%20el%20servicio%20de%20emergencia%20de%20un%20hospital%20de%20Lima%20abril%202016%20-%20marzo%202017.pdf?sequence=1>.
6. Benbunan-Bentata, Bibinha, y otros, y otros. International Journal of Clinical and Health. [En línea] Asociación Española de Psicología Conductual, 2007. file:///C:/Users/diany/Downloads/Afrontamiento%20del%20dolor%20y%20la%20muerte%20en%20estudiantes%20de%20Enfermer%C3%ADa-%20una%20propuesta%20de%20intervenci%C3%B3n%20(2).pdf. ISSN: 1697-2600.
7. Brunet, Ramón Collel. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña. *Facultad de psicología*. [En línea] 2005. <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf>.
8. *Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal*. \* Ramón Colell Brunet, Joaquín T. Limonero García y María Dolores Otero. 2, Sevilla : Investigación en Salud, 2003, Vol. V, pág. 1. ISSN: 1405-7980.
9. *ACTITUD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DE PACIENTES*. Maritza Maza Cabrera\*, Mercedes Zavala Gutiérrez\*\*, José M. Merino Escobar\*\*\*. 1, Concepción : Ciencia y Enfermería, 2008, Vol. 15. ISSN 0717-2079.
10. Chicaiza Calapaqui Mary Duchicela, Jingo Padilla María Elizabeth. Biblioteca UTN. [En línea] 12 de Enero de 2016. [Citado el: 12 de septiembre de 2017.] <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/4563>.

11. Andrade, Maria Paz de. Enfermería. *Definición ABC*. [En línea] 2009. <https://www.definicionabc.com/salud/enfermeria.php>.
12. Styler, M. *Promoción de la salud*. Washington : s.n., 1982.
13. MX, Definición. Definiciones. *Definición afectividad*. [En línea] SF. <https://definicion.mx/afectividad/>.
14. ayuda, Importancia una guía de. Importancia una guía de ayuda. *Importancia de la afectividad*. [En línea] <https://www.importancia.org/afectividad.php>.
15. Scharfetter, CH. *Introducción a la psicopatología en general*. Madrid : Morata, 2011.
16. Guerri, Martha. Psicoactiva. [En línea] [Citado el: 21 de julio de 2017.] <https://www.psicoactiva.com/>.
17. Lazarus. *Impacto emocional del diagnostico*. [En línea] 1999. [Citado el: 23 de junio de 2017.] <http://saluspot.com/impacto-emocional>.
18. *Categoría del bienestar psicológico*. Zajone. 6, 1998, Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 16.
19. *Conceptos de salud psicológica*. Benyakar. 1999, Revista clinica: Creando alternativas, Vol. 1.
20. Barrega. *La clave para identificar el malestar emocional*. Barcelona - España : EPS, 2008.
21. Estaire, Fidel Sanz. Psicólogos en Madrid EU. [En línea] 2011. [Citado el: 14 de septiembre de 2017.] <http://psicologosenmadrid.eu/tristeza/>.
22. DefiniciónABC. Frustración. [En línea] 18 de Abril de 2015. [Citado el: 23 de Septiembre de 2017.] <https://www.definicionabc.com/social/frustracion.php>.
23. National Geographic. ¿En qué consiste el miedo? [En línea] 10 de Octubre de 2012. [Citado el: 23 de Septiembre de 2017.] <http://www.nationalgeographic.es/ciencia/en-que-consiste-el-miedo>.
24. Psicoglobal. Psicología de las Emociones. *ulpa*. [En línea] [Citado el: 21 de junio de 2017.] [www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa](http://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-culpa).
25. ABC, Definiciones. Definiciones ABC. *Evitación*. [En línea] <https://www.definicionabc.com/social/evitacion.php>.
26. Cárdenas, J. La relación médico - paciente. [En línea] 12 de Julio de 2010. [Citado el: 23 de Septiembre de 2017.] [http://www.cardenashistoriamedicina.net/etica/es-medico\\_paciente.htm](http://www.cardenashistoriamedicina.net/etica/es-medico_paciente.htm).

27. Burton, M. Definición de los límites personales. [En línea] 15 de Noviembre de 2012. [Citado el: 23 de Septiembre de 2017.] <http://www.grupopedia.com/relaciones-y-familia/personal/definicio%CC%81n-de-los-li%CC%81mites-personales/>.
28. Castagneta, O. Definición de «afrentamiento». [En línea] 12 de Febrero de 2014. [Citado el: 23 de Septiembre de 2017.] <https://psicologiaymente.net/psicologia/estrategias-afrentamiento>.
29. Freud, S. *El Descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires : Lea, 2011.
30. Gomez. *Cómo dar malas noticias en medicina*. España : Aran, 1998.
31. Klarsfeld, A, Revah, F. *Biología de la muerte*. España : Computense, 2002.
32. Soto. *La muerte y el duelo*. Venezuela : Enfermería global, 2009.
33. Constitución de la República del Ecuador. [En línea] 2008.
34. Ley Orgánica de salud. *Ecuador*. [En línea] 2012.
35. Plan nacional del buen vivir. *objetivo 3*. [En línea]
36. Maza, M., Zavala, M. y Merino, J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. [En línea] 1 de Abril de 2009. [Citado el: 8 de Mayo de 2017.] [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532009000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000100006).
37. García, A., Sainz, A. y Botella, M. *La enfermería vista desde el género*. [En línea] 2004. [Citado el: 15 de Junio de 2017.] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009).
38. Osses, C., Valenzuela, S. y Sanhueza, O. *Hombres en la enfermería profesional*. [En línea] 2010. [Citado el: 30 de Mayo de 2017.] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000100016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100016).
39. Flores, Myrna del Carmen. Familias.com. *El cerebro de mujeres y hombres es distinto*. [En línea] [Citado el: 20 de septiembre de 2017.] <https://familias.com/3456/el-cerebro-de-mujeres-y-hombres-es-distinto-como-afecta-eso-tu-relacion>.
40. Colell, R., Limonero, J. y Otero, M. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. [En línea] 2 de Agosto de 2003. <http://www.redalyc.org/pdf/142/14250205.pdf>.
41. Busquets, X. *Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir*. *Revista Medicina Paliativa*. [En línea] 2001. [Citado el: 8 de Julio de 2017.] [www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X11000127-S300](http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X11000127-S300).
42. Guinart, N. *Cómo atender a la familia del enfermo terminal*. [En línea] 2006. [Citado el: 2 de Agosto de 2017.] [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_1\\_06/mgi10106.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi10106.htm).

43. *Conocimiento de la verdad en el paciente terminal*. Sanz, J. 1988; 90, Medicina Clínica, págs. 538-539.
44. *Dilemas bioéticos en situación de enfermedad terminal y en el proceso de morir*. Azulay, A. 2000, Revista Medicina Paliativa, págs. 145-146.
45. García, F. *Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud*. [En línea] 2006. [Citado el: 4 de Septiembre de 2017.] [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000900006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000900006).
46. González, Y. *La enfermera experta y las relaciones interpersonales*. [En línea] 2007. [Citado el: 15 de Septiembre de 2017.] <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108/217>.
47. *El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa*. Rodrigues Gomes, Ana Margarida. [ed.] Scielo. 18, pág. p1. ISSN 1695-6141.
48. *mi paciente ha muerto*. Perez, Taís. s.l. : GABINETE DE PSICOLOGÍA EN TENERIFE, 2013.
49. Actitudes del profesional de Enfermería ante el fallecimiento de pacientes en el Hospital Isidro Ayora. [En línea]
50. *Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la*. Hanzeliková Pogrányivá, A \*\*García López, MV \*\*\*Conty Serrano, MR. [ed.] Enfermería Global. 2014. ISSN 1695-6141.
51. *La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros*. Souza e Souza, Luis Paulo\*, y otros, y otros. no.32, Murcia : Enferm. glob., octubre de 2013, Scielo, Vol. vol.12 . ISSN 1695-6141.
52. heraldo.Co, Redacción el. Las enfermeras y su duelo al morir un paciente. *EL HERALDO*. 2016.
53. Millán, Amparo. *Pensar en la muerte es positivo*. 2012.
54. *CREENCIAS, ACTITUDES Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN UN EQUIPO*. Leticia Ascencio Huertas, Silvia R. Allende Pérez y Emma Verastegui Avilés. 1, México D.F : Psicooncología, 2014, Vol. 11. ISSN: 1696-7240.

# **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA



### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

### CARRERA DE ENFERMERÍA

## FORMATO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA APLICADA A LOS INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE QUE REALIZAN SUS PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL PERÍODO 2016-2017

**Objetivo.-** Analizar las reacciones afectivas que se producen en los internos rotativos de enfermería (I.R.E.), sus causas y sus efectos frente al deceso de pacientes atendidos en el Hospital San Luis de Otavalo promoción 2016-2017.

### INDICACIONES

A continuación se presentan una serie de proposiciones relacionadas con creencias, sentimientos, conductas, y en general, actitudes ante la muerte.

Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo o acuerdo que tiene Ud. con cada una de las proposiciones, así como también se plantea preguntas de contestación personal

**TD=** TOTALMENTE EN DESACUERDO

**D=** ALGO EN DESACUERDO

**I=** INDECISO

**A=** ALGO DE ACUERDO

**TA=**TOTALMENTE DE ACUERDO



## **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

### **1. Edad**

21 a 23 años ( )

24 a 27 años ( )

28 a 31 años ( )

### **2. Sexo**

Hombre ( )

Mujer ( )

## **SENTIMIENTOS AFECTIVOS:**

### **3. Alguna vez usted ha desarrollado sentimientos de afecto agradables hacia un paciente que ha muerto.**

1) SÍ ( )

2) NO ( )

### **4. Indique el grado afectivo que usted ha desarrollado hacia su paciente**

1) Mucho ( )

2) Poco ( )

3) Nada ( )

**5. Escriba las reacciones que usted ha desarrollado después de vivenciar la muerte de su paciente atendido.**

.....

.....

.....

**AFRONTACIÓN ANTE LA MUERTE**

**6. Ha recibido alguna preparación para afrontar este tipo de eventos**

SI ( )

NO ( )

<b>PREGUNTAS</b>	<b>TD</b>	<b>D</b>	<b>I</b>	<b>P</b>	<b>TA</b>
7. Me conmueve afrontar a la familia de un paciente moribundo.					
8. Pensar en el destino de un paciente moribundo no afecta mi crecimiento profesional.					
9. Después de vivenciar la muerte de un paciente atendido necesito apoyo psicológico para continuar mi carrera.					
10. Es complejo comunicar la muerte de un paciente a su familia					
11. Ser testigo de la muerte de un paciente puede alterar notablemente mis relaciones personales, familiares y profesionales					
12. Durante el pasado año fui testigo de la muerte de algunos pacientes, lo que me afectó de forma significativa.					
13. La muerte de mi paciente marca mi vida personal.					

14. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo					
15. Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional paciente en mi área.					
16. No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente en mi área.					
17. No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.					
18. Prefiero no pensar en la muerte					
19. Enfrentar la muerte de un paciente dificulta mi crecimiento profesional.					

## ANEXO N°2

### REGISTRO FOTOGRÁFICO

Atención a los pacientes internados en el HSLO por parte de IRE



Entrega y resolución de la entrevista semiestructurada a los IRE HSLO



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Reacciones afectivos IRE HSLO Tesis DT 13 octubre.docx (D31302959)  
**Submitted:** 10/13/2017 6:43:00 PM  
**Submitted By:** lyacosta@utn.edu.ec  
**Significance:** 9 %

### Sources included in the report:

Tratado Derecho Medico.docx (D30779131)

<http://www.monografias.com/trabajos102/resumen-criminologia/resumen-criminologia.shtml>

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013)

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/670/Actitud%20del%20enfermero%20frente%20a%20la%20muerte%20de%20un%20paciente%20en%20el%20servicio%20de%20emergencia%20de%20un%20hospital%20de%20Lima%20abril%202016%20-%20marzo%202017.pdf?sequence=1>

<https://familias.com/3456/el-cerebro-de-mujeres-y-hombres-es-distinto-como-afecta-eso-tu-relacion>

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/108/217>

### Instances where selected sources appear:

29