



**Escuela de Psicología**

**ACTITUDES DEL PSICOLOGO  
FRENTE AL PACIENTE ONCOLOGICO INFANTIL TERMINAL**

**Tesina para optar al grado de licenciada en Psicología y al  
Título Profesional de Psicóloga**

Asesor Metodológico: Christian Codecido Geell

Asesor Teórico: Claudio Barrales Díaz

Alumna: Celia Melo Gálvez

**Santiago – Chile, Julio / 2017**

<b>ÍNDICE</b> .....	2 - 3 .
<b>RESUMEN</b> .....	4 .
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b> .....	5 - 6 .
1.1 Justificación .....	7.
1.2 Pregunta de investigación .....	8
1.3 Objetivo General .....	8
1.4 Objetivos específicos .....	9
1.5 Objeto de estudio .....	9 - 10
<b>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	11 .
2.1 Salud.....	11
2.3 Enfermedad .....	11
2.4 La muerte .....	12 - 15.
2.5 El duelo .....	15 - 17
2.6 La Psicología de la salud .....	17 - 19.
2.7 Los cuidados paliativos .....	19 - 21
2.8 Ética en el paciente grave y terminal .....	21
2.7 Que se entiende pro enfermo en situación terminal .....	21 - 22
2.8 Las actitudes .....	23 - 26.
2.9 Componentes de la actitud .....	26
2.10 Formación y función de las actitudes .....	27.
2.11 Medidas de las actitudes .....	28
2.13 Personalidad y actitudes .....	28
2.14 Intervención Psico- Oncológica en el ámbito de hospitalario.....	29
2.15 El Psico-oncólogo .....	30
2.16 Estudios donde la actitud es la variable .....	30 - 31
<b>CAPITULO III. METODOLOGÍA</b> .....	32
3.1 Tipo de investigación.....	32
3.2 Diseño de investigación .....	32
3.3 Definición conceptual y operacional de variables / Definición de enfoque metodológico.....	32 - 33

3.4	Procedimiento de muestreo.....	34
3.5	Técnicas y recolección de datos .....	34
3.6	Técnicas de análisis de datos .....	34
3.7	Criterios de rigor científico .....	35
3.8	Aspectos éticos .....	36
3.9	Viabilidad de la muestra .....	37
3.10	Procedimiento .....	38
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS .....</b>		<b>39</b>
4.1	Presentación de resultados .....	39 - 48
4.2	Interpretación de los resultados .....	48 - 51
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES .....</b>		<b>52 - 53</b>
5.1	Sugerencias .....	53 - 54
<b>CAPÍTULO VI. REFERENCIA .....</b>		<b>55 - 57</b>
<b>CAPÍTULO VIII .....</b>		<b>58.</b>
Anexos 1 .....		58
Anexo 2 .....		59 - 61
Anexo 3 .....		62 - 63

## **Resumen**

El presente proyecto de investigación, para la obtención del título de licenciada en psicología se encuentra aplicado en el área de la salud en el campo de la Psicología. En su desarrollo se propone comprender los aspectos actitudinales de los psicólogos ante el paciente oncológico terminal infantil, y como son afectados emocionalmente para desempeñar sus funciones con el paciente, equipos multidisciplinario y familiares.

Con la finalidad que el presente trabajo sea representativo de la realidad su labor de Psicólogo en el ámbito de la salud se ha decidido realizar las muestras en los Centros Asistenciales, Clínica Alemana, Hospital San Borja Arriaran y Hospital Luis Calvo Mackenna.

Se utilizó un muestreo voluntario, al cual se le aplicó el Cuestionario Actitud Ante la Muerte (CAM), instrumento validado su uso en Chile por Maza, Zabala y Merino, 2008 y una Ficha Sociodemográfica elaborada por la suscrita. Ambos instrumentos en su conjunto permitirán un diagnóstico de las actitudes ante la muerte de los Psicólogos.

Con el propósito de realizar un correcto análisis de la información que se obtendrá, se realizará una triangulación de los datos, identificando actitudes ante la muerte de los Psicólogos y las variables que influyan en los resultados.

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos reflejan la necesidad de una preparación que considere aspectos prácticos y vivenciales, que otorguen al psicólogo recursos para poder afrontar situaciones tan complejas como es el final de la vida. Para realizar su labor requieren componentes cognitivos que no intervengan en la realización de sus funciones, de tal forma que estos no predominen y no aparezcan actitudes evasivas como dejar al paciente cuando está en su etapa final.

## Capítulo I. Introducción

La Psicología de la salud, se podría definir como “la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Oblitas, 2008).

La disciplina que, dentro de la psicología clínica que se encarga de estudiar las variables psicológicas involucradas en las reacciones y actitudes de los profesionales de la salud ante las enfermedades de los pacientes y la posibilidad de muerte, es la psicología de la salud (Oblitas,2008).

En el siglo pasado, la sociología tuvo importantes momentos de desarrollo en el creciente reconocimiento de la participación de los procesos sociales en la salud y la enfermedad. Esta disciplina contribuye a caracterizar y a explicar los fenómenos sociales pertinentes a la salud, la adopción e interjuego de roles significativos (enfermo /médico) (Oblitas, 2008).

Por otra parte, la antropología social ha contribuido al esclarecimiento de la formación de creencias, valores, hábitos comunes y prácticas que en distintos grupos culturales son relevantes en los problemas de salud e influyentes en el comportamiento individual. La Psicología en su proyección hacia el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad tendrá que establecer importantes relaciones con estas disciplinas, conocer sus aportes y nutrirse de ellos (Morales, 1997).

Con respecto a la actitud frente a idea de la muerte, es variada, dependiendo de los aspectos psicosociales y culturales entre otros factores que envuelve el proceso de vida de las personas, donde toma relevancia la historia personal sobre las pérdidas vividas y la forma de elaborar el duelo. También influyen algunos factores relevantes tales como, esperanza de vida y las creencias de distinta índole acerca del ser humano (Allende, 2014).

Los profesionales de la salud deben estar nutridos de un gran manejo de habilidades blandas, para el trato con el paciente y sus familiares, lo cual a menudo se olvida y se desarrolla una labor de forma automatizada, provocando en estos un cansancio físico y mental acumulado sin prestar mayor atención a ello, lo cual se ve reflejado en la atención al paciente terminal por tener ansiedad y actitudes que no ayuda a su labor.

Estudios señalan, que equipos de salud de las instituciones hospitalarias se encuentra en riesgo de estrés en el trabajo, destacada como la cuarta profesión más estresante en el sector público. Este riesgo de Psicologosión se debe a que estos profesionales se ven enfrentados a diario a diversos factores de estrés ocupacional, como el trabajar en un ambiente en el cual la muerte y el morir son parte de su cotidiano, principalmente cuando se trata de profesionales que trabajan con pacientes que sufren enfermedades graves, exceso de trabajo, y escasez de recursos físicos, materiales y humanos (López, 2007).

Los estados Psicológicos, afectan la salud del individuo, los sentimientos, las emociones pueden ser positivos o negativos para nuestra condición física. Los sentimientos de ser aceptados por otros nos ayudan a mejorar nuestra homeostasis.

En la actualidad, explican la difícil situación a la que se ven enfrentados los profesionales de la salud ante la muerte, haciendo un análisis desde una perspectiva cultural, social, psicológica, político y económica es muy compleja debido al trabajo permanente que realizan con el paciente y su familia (Romero, 2008).

Los psicólogos realizan atención emocional a los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida. No conocen cuáles son las experiencias, los obstáculos y problemas con que se encuentran al intervenir en estos casos (Fernández, 2013).

Los estudios realizados muestran la variedad de experiencias en este tipo de apoyo, como la existencia de las distintas dificultades que dependen del momento de intervención, de las características propias del paciente o la familia, las emociones del psicólogo, o la organización sanitaria. Se evidencia cómo los propios sentimientos de los psicólogos pueden influir en su intervención, y se propone la necesidad de una formación para superar los diferentes obstáculos que plantea la intervención en el final de vida (Fernández, 2013).

Los obstáculos emocionales, se asocian a la dificultad de manejar los sentimientos de impotencia, sufrimiento y ansiedad al encontrarse ante el paciente que se encuentran al final de sus días, por lo cual se hace necesaria la formación que incluya aspectos prácticos y vivencias que doten al psicólogo de recursos para afrontar estas situaciones tan complejas. El diagnóstico de una enfermedad terminal y la información a las familias traen consigo complicaciones a nivel emocional, lo cual se considera uno de los aspectos más ingratos de profesional sanitario (Fernández, 2013).

La muerte de un paciente forma parte en el proceso de atención de un profesional de la salud, sobre todo en el ámbito oncológico. Sin olvidar la interacción que se genera entre el binomio paciente-familia, lo que forma parte de la atención de un equipo interdisciplinario que se ve expuesto a diversos factores que evolucionan en el transcurso de la enfermedad como: reacciones, miedos, desesperación, ansiedad e incluso enfrentarse a la posibilidad de muerte (Ascencio, 2014).

En la intervención con familiares el psicólogo considera un gran obstáculo las existencias de psicopatologías previas en el paciente y familiares, la gran demanda de las familias o la obsesión terapéutica que se relaciona con la suspensión de las medidas curativas.

El equipo de trabajo multidisciplinario puede actuar al final de la vida del paciente y familia como un apoyo u obstáculo, lo cual dependerá del grado de integración del psicólogo y el ambiente. Entre los obstáculos se encuentra el tiempo disponible y la delegación de ciertas intervenciones, como también el desconocimiento por parte de los médicos de los roles que les compete a cada uno de los componentes del equipo multidisciplinario (Fernández, 2013).

## **1.1 Justificación**

En atención a lo expuesto anteriormente, se realizará una investigación en el ámbito de la salud, área de oncología, que abordará la actitud de los psicólogos ante la muerte, como factor condicionante de su relación con el paciente e interacción con el equipo de salud multidisciplinario y familiares de los Centros de salud, del Hospital San Borja Arriarán, Clínica Alemana y Hospital Luis Calvo M., todos estos organismos ubicados en la Región Metropolitana.

Se pretende:

- a) Evidenciar la necesidad de fortalecer a los psicólogos, como principales actores en la atención de pacientes terminales, donde se espera que las limitaciones de este trabajo puedan ser superadas en estudios posteriores con datos más analíticos, y ante una gran variedad de definiciones relativas a la muerte, la amplia diversidad cultural y la alta exposición que poseen los psicólogos frente a este tema, se hace necesario desarrollar una forma de enfrentar este fenómeno con la finalidad de proteger la integridad del psicólogo y mejorar las prestaciones de este con el paciente.
- b) Describir y comparar la actitud de los psicólogos ante la muerte, y los factores sociodemográficos que influyen en la atención de los pacientes oncológicos terminales infantiles de los Centros asistenciales de salud mencionados anteriormente.

## **1.2 Pregunta de investigación**

En la presente investigación, se buscará dar respuesta a la pregunta:

¿Cuáles son las actitudes ante la muerte, de los psicólogos que trabajan en el área de oncología infantil?

## **1.3 Objetivo General**

Ante una gran variedad de estudios relativos a las actitudes enfocados tanto en los aspectos sociales como en el ámbito clínico, producto de la amplia diversidad cultural y la permanente y necesaria relación de los psicólogos con el paciente terminal, se hace innegable desarrollar una forma de enfrentar el final de la vida con el propósito de proteger la integridad del profesional y mejorar las prestaciones de este con el paciente, el equipo multidisciplinario y sus familiares.

## **1.4 Objetivos específicos:**



- Describir los niveles de actitud, ante la muerte de los psicólogos.
- Comparar si existen diferencias en los niveles de actitud ante la muerte de psicólogos según: edad, género o sexo, estado civil, religión, grado de estudios.
- Determinar, si el grado de estudios, años de experiencia clínica, años de experiencia en el área de oncología, tiempo de atención al paciente terminal, produce cambios significativos en la actitud de los psicólogos.
- Comparar y analizar las actitudes ante la muerte de los Psicólogos, de los tres centros asistenciales en que se aplicaran los instrumentos.

### **1.5 Objeto de estudio.**

Las motivaciones del presente estudio, se basa en la escasa bibliografía relacionada a la actitud frente a la muerte por parte de los psicólogos chilenos. Existen trabajos relacionados a este ámbito, que explican los efectos en otros profesionales de la salud, los cuales se utilizarán como marco metodológico con la finalidad de aportar para la estructuración de una base común de análisis en el estudio sobre las actitudes de los psicólogos que atienden pacientes oncológicos terminales infantiles de Centros Asistenciales de la Región Metropolitana.

En el contexto nacional, destaca la promulgación de la nueva ley de derechos y deberes de los pacientes N° 20.584, promulgada en Octubre/2012, que enfatiza el buen morir, tener conciencia sobre la muerte y tener la opción de aceptar o rechazar un tratamiento.

Sobre la base de esta nueva ley, el psicólogo debe estar lo más preparado para asumir la muerte de los pacientes, en especial aquellas relacionadas con la opción propia de negarse a recibir tratamiento médico.

Para la predisposición del psicólogo ante la muerte, no se nos educa, no estamos preparados con estrategias que nos permitan afrontarla de la forma menos dolorosa posible, cuando este hecho se presenta en nuestras vidas. Al negar la muerte, también se está negando todo lo que se relaciona con ella, con el proceso de morir, y con el moribundo. Siendo algunos de los efectos de la negación de este proceso la indefensión y el aislamiento de los enfermos terminales, como la falta de atención y de consideración a sus deseos y a la expresión de su voluntad en el proceso de fin de vida.

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

## **Capítulo II. Marco Teórico**

Los estudios científicos publicados y relacionados con la salud, la enfermedad, la muerte, la psicología de la salud, las actitudes, las actitudes de los profesionales de la salud, la actitud ante la muerte de los profesionales de la salud y la actitud ante la muerte en el psicólogo, para presente investigación se utilizarán estos trabajos como marco metodológico y así contribuir a la estructuración en una base común de análisis en el estudio que afecta a los psicólogos. Evidenciando la necesidad de fortalecer a los psicólogos, como principales actores en la atención de pacientes terminales, donde se espera que las limitaciones de este trabajo puedan ser superadas en estudios futuros.

### **2.1 Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones, sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social)”.

Desde un enfoque integrador y fusionado, podemos decir que la salud es uno de los mayores bienes del ser humano y que se registra en todas las dimensiones de su existencia. Por ello, podemos hablar de salud física, emocional, mental, social, religiosa, laboral, económica, ecológica (Morales, 1997).

### **2.2 Enfermedad**

La enfermedad, afecta a todos y puede influir, positiva o negativamente, en la manera de pensar lo humano como algo sometido a la fragilidad. La salud y la enfermedad transgreden al ser humano como estructuras, el ser humano o está sano o está enfermo, según los distintos niveles de expresión de cada una de estas categorías.

Salud y enfermedad son hechos y también son valores, salud y enfermedad son dones y derechos, son expresión de algo que viene dado y se tiene cierta disposición natural. Por otro lado, los avances médicos y tecnológicos de las sociedades industrializadas y desarrolladas han sido artifices, en gran medida de la disminución de la mortalidad por enfermedades crónicas o terminales y del aumento en la esperanza de vida, lo cual ha permitido variar, la percepción y significación de cada uno de estos conceptos a lo largo de la historia de la humanidad sobre el concepto de salud) (Morales, 1997).

Los psicólogos de la salud pueden hacer de la compleja causa de la salud y la enfermedad, la asociación de variadas causas las cuales son de diverso orden, entre la cuales encontramos las de carácter social y las relacionadas con el comportamiento.

El desarrollo de una determinada enfermedad requiere que las causas sean suficientes y el comportamiento pueda intervenir en la dinámica de estas. El hecho que el humano sea un ser activo obliga a que sea entendido en todas sus dimensiones psicológicas, estando inserto en su conjunto de actividades sociales. El ambiente social puede ser un generador de causas, que pueden afectar el carácter de un individuo. La resistencia del ser humano ante los agentes externos no se determina solo por sus cualidades biológicas, también las variables psicológicas juegan un rol importante para determinar el grado de resistencia, si no que por la modulación que pueden ejercer sobre su condición biológica (Morales, 1997).

### **2.3 La muerte**

La muerte siempre se ha considerado por la sociedad un proceso complejo, siendo para las sociedades tradicionales una preocupación por atender al paciente hasta su final. Siendo en la Edad Media un tema público, asumiendo la muerte con naturalidad. En el siglo XX, después de la primera guerra mundial, no se considera el duelo, y luego de la segunda guerra mundial se medicamenta al paciente en su totalidad, se pierde lo que se mantenía el momento de la muerte con la revisión de la vida y la despedida. La sociedad actual ya no ayuda a morir a

los enfermos, aunque la vida se proyecte por más tiempo por los avances de la medicina existente, ya no se muere en casa, si no que este proceso se desarrolla en los centros asistenciales (Gómez, 2011)

La evaluación de la salud se ha basado en criterios objetivos, como respuesta al tratamiento, la mejora de los síntomas, la toxicidad producida por los tratamientos y otros, por los especialistas en la salud. Hoy se da un valor central al punto de vista del paciente. Se ha puesto el interés en la evaluación que realizan los propios pacientes de variables como su Calidad de Vida (CV) y los componentes de esta (su nivel funcional, los síntomas y efectos secundarios, su estado emocional y otras áreas) y de variables, como la percepción de sus necesidades o la satisfacción con los cuidados (Arraras, 2010).

El mayor interés en las evaluaciones que realizan a los pacientes es producto del incremento en la prevalencia y en la atención a enfermedades que pueden afectar de manera importante la calidad de vida de las personas, como es la enfermedad neoplásica. El aumento en la prevalencia se debe, al aumento en la esperanza de vida media de la población. Lo cual, conlleva a prestar una mayor atención al estudio de dimensiones psicosociales, como son la percepción y valoración que realizan los pacientes de su situación, creando modelos teóricos que puedan explicar dichas percepciones y valoraciones, y al desarrollo de instrumentos de medida para estas dimensiones (Arraras, 2010).

Las variables psicosociales, a las que se presta mayor atención son el apoyo que reciben los pacientes de su entorno, la comunicación paciente / profesional, el soporte de los cuidadores, la información ofrecida, o las conductas que pueden ayudar a mantener / mejorar la salud y las habilidades para implementar dichas conductas (Arraras, 2010).

El fin de vida, presenta situaciones de dificultad y complejidad, y pueden generar momentos de desestabilización emocional, a los cuales deben responder los psicólogos que están formados y preparados. Los psicólogos, ante esta eventualidad aportan herramientas propias como intervenciones específicas, el acompañamiento en el duelo, la evaluación psicológica, el trabajo con la

subjetividad de la persona, considerando además las problemáticas de las familias y el equipo sanitario (Fernández,2014).

En la actualidad, el psicólogo se encuentra cautivo en dos discursos que se relacionan con su trabajo en los procesos de final de la vida, se habla de su importancia y se ve como un elemento básico y necesario en cualquier intervención, por otro lado, se menciona que sus funciones pueden ser realizadas por otros profesionales de la salud. Situación relacionada con el escaso número de psicólogos que trabajan con pacientes próximos a morir considerando las dificultades asistenciales, que se presentan, para llevar a cabo su intervención. Estudios realizados por psicólogos, muestran que el porcentaje de pacientes remitidos para algún tipo de intervención psicológica era de aproximadamente el 11%. Los resultados destacaron que un 31,7% de las demandas analizadas, habían sido catalogadas como desesperadas, lo cual adherido al escaso tiempo que se dispone para estar con el paciente, dificulta la tarea del psicólogo (Fernández,2014).

Los psicólogos han señalado la existencia de diferentes obstáculos durante su intervención en el final de vida, las emociones propias, los procesos organizacionales del sistema sanitario pueden ser causa de dificultades durante el apoyo y acompañamiento emocional. También, se debe considerar el ambiente en la unidad de trabajo, el cual es de vital importancia en la determinación de los niveles de satisfacción en los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos (Fernández,2014).

Con respecto a los modelos (Haley,2003), propone una visión temporal de la intervención del psicólogo, diferenciando cuatro momentos: antes de que aparezca la enfermedad terminal (labores de prevención y educativas, centradas en la toma de conciencia de la muerte), durante el diagnóstico (intervenciones centradas en la problemática psicológica/ existencial del paciente, así como labores de formación con el equipo), cuando la enfermedad ya se encuentra en estado avanzado y finalmente durante el periodo posterior a la pérdida .

Otro modelo, propone definir un currículum común para los psicólogos en Cuidados Paliativos (CP), el cual se basa en una estructura de cuatro niveles,

donde se detallan las labores de los diferentes Psicólogos sanitarios, que asisten al paciente al final de la vida. De acuerdo, a este modelo, el psicólogo estaría centrado en los niveles III y IV, que conciernen a las intervenciones específicas de consejería, manejo de la ansiedad, o a técnicas más específicas, como la psicoterapia. Los niveles I y II se identificarían por el uso de técnicas generales de apoyo emocional, algo que puede ser realizado por el psicólogo, y por el resto de personal que trabaje en CP. Desde este modelo el equipo multidisciplinar debería disponer de los recursos suficientes y habilidades para realizar un acompañamiento y un soporte emocional, como también detectar casos de mayor complejidad emocional, que serían susceptibles de una evaluación e intervención más específica por parte de los psicólogos que trabajen en la unidad (Fernández,2014).

En los procesos de fin de vida, la formación del psicólogo se instala como un tópico básico y procedente, no existe una formación normada, por lo que nos encontramos con multitud de propuestas diferentes. Hay muchos componentes que habría que tener en cuenta para establecer una aprobación, entre las que destaca una gran variedad de patologías a las que tiene que hacer frente el psicólogo y que van más allá de la enfermedad oncológica. Del mismo modo se hace necesario ejercitar un gran número de destrezas y herramientas, asociadas a la realización de las diversas funciones del psicólogo en esta área, también se debe considerar las diferencias culturales, a la hora de establecer la posibilidad de un currículum común (Fernández,2014).

En conclusión, la labor del psicólogo estaría dirigida a tres ejes principales: el paciente, la familia y el equipo profesional; y estando presente a lo largo de una línea temporal, que va desde las labores preventivas hasta el trabajo que se produce con las familias tras el fallecimiento del paciente (Fernández,2014).

## **2.4 El duelo**

Las teorías del proceso del duelo postulan que los enfermos terminales o deudos viven una secuencia de reacciones emocionales, las cuales les permiten protegerse de la amenaza de las pérdidas apremiantes. Kübler-Ross,1993 señala

que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitan por cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación, las cuales duraban determinados periodos de tiempo, de forma secuencial y en ocasiones se enmascaraban.

El estudio realizado por (Melina y Moral, 2013), respecto del significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kùbler-Ross, deducen que la negación ante la enfermedad entre el paciente y los cuidadores es similar, destacándose la necesidad de evitar pensar y hablar de la enfermedad.

La negación de la enfermedad cumple una función de amortiguación considerándola como una defensa provisional. También la negación produce una negación desadaptativa, haciendo que el paciente retrase la búsqueda del tratamiento médico. Los profesionales de la salud consideran que la negación de la enfermedad predice una mala evolución de esta.

En cuanto a la ira, se hallan reacciones emocionales de rabia, enojo, hostilidad y agresividad por perder la salud. Encontrándose que la ira está dirigida a todos en general hacia sí mismo, la familia, amigos y dificultades que se encuentran.

Respecto del pacto/negación, se aprecia que tanto el paciente como y cuidadores intenta pensar positivamente dirigiendo su sentir hacia la espiritualidad y buscando una alianza con Dios. El pacto se transforma en la obtención de metas, deseos, expectativas y objetivos futuros. Lo que otorga al paciente, cuidadores y familiares una mayor motivación y fuerza. Además, proporciona un sentido a la vida, a la existencia dando más vida ante la adversidad.

La depresión ante la enfermedad, se hallan como definidoras la presencia de la tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social, y una actitud de rendición ante la enfermedad. Prevalciendo lo afectivo, cognitivo y social siendo características observadas más rápidamente que por los psicólogos que por los médicos. Por cual, los psicólogos están más próximos a la imagen de la depresión de los pacientes y familiares.



La aceptación de la enfermedad, entre las variables que definen la aceptación de la enfermedad se encontraron la actitud responsable de lucha y supervivencia, o sea que el paciente acepte la enfermedad sin esperar pasivamente la evolución de esta.

Como conclusión, los significados psicológicos de las cinco fases del duelo son acorde a los propuestos por Kubler-Ross, pero hay algunos aspectos diferenciales como la negación desadaptativa considerada por los pacientes y parientes (Miaja-Moral 2013).

## **2.5 La Psicología de la salud**

Existen elementos que contribuyeron al interés de los psicólogos para un acercamiento teórico y clínico más apropiado de la salud que el habitual modelo médico de enfermedad, entre los cuales se encuentra: el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; el costo elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida. De esta forma se plantea un modelo alternativo al modelo médico vigente, el modelo biopsicosocial.

La División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association define como "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud" (Oblitas, 2008).

Se considera, la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Por lo tanto, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en materias relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la psicología de la salud de la

American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas, 2008).

Se puede considerar a la psicología de la salud, como la rama de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Es de interés de la psicología de la salud el estudio de los procesos psicológicos que intervienen y determinan el estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, como también las circunstancias interpersonales que se manifiestan, lo que expresa un amplia actividad que considera acciones útiles para la promoción de salud, prevención de enfermedades, la atención de enfermos con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las los pacientes (Morales,1995) .

De lo anterior, se puede señalar:

1. La psicología de la salud es una rama aplicada de una disciplina más general, que tiene una amplia variedad de temas polémicos y contradictorios por resolver.
2. Es de su interés todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, incluye entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y enfermedades de las personas, lo que conjetura asuntos organizativos o económicos, también de carácter psicológico, son acciones que se producen por personas y para personas;
3. Incluye también la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, no nos debemos confundir que diga psicología "de la salud"; es preferible utilizar en su denominación la que alude a la parte positiva del proceso, hablamos de la psicología aplicada a "la salud y a la enfermedad y sus secuelas",
4. La concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los problemas de salud, se expresen estos en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones "mentales" o "corporales".

La historia de la medicina conductual señala que tres acontecimientos separados ocurrieron a principios de los años 70 que intervinieron en la creación de este campo.

- Primero, un conjunto de técnicas bien establecidas de tratamiento diseñadas para cambiar el comportamiento, y que fueron utilizadas con éxito en enfermos mentales, y que comenzaron a ser usadas con pacientes con otros problemas médicos, como la obesidad y la incapacidad para abandonar el hábito de fumar.
- Segundo, el desarrollo del campo de la biorretroalimentación estaba haciendo posible efectuar cambios fisiológicos comprobables en funciones corporales.
- Tercero, comenzaba a dirigirse la atención hacia las dos principales fuentes de mortalidad de los infantes (el cáncer y las enfermedades cardiovasculares) y hacia las vías a través de las cuales los cambios en el comportamiento podían jugar un papel útil en el tratamiento y prevención de esas enfermedades (Morales, 1997).

## **2.6 Los cuidados Paliativos**

La Organización Mundial de la Salud (1990) enuncia que el Cuidado Paliativo es “el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas, problemas de orden psicológico, social y espiritual”

Los Cuidados Paliativos (CP) es asistencia dirigida a las personas con enfermedades crónicas degenerativas y con cáncer que padezca al final de su vida un sufrimiento y precisen de atención sanitaria y social especial. Este tipo de cuidados tiene por objetivo conseguir una calidad de vida satisfactoria, que pueda permitir tener una muerte digna. Siendo el principal objetivo de los CP el bienestar de la persona. El Plan de Cuidados Paliativos propuesta desde el Sistema Nacional de Salud, es la atención integral tanto a pacientes como a familiares en procesos de final de vida. Se considera un abordaje holístico, donde tengan cabida el control de síntomas, los aspectos emocionales, sociales y espirituales; la

prevención del duelo; la promoción del trabajo multidisciplinar, así como la coordinación intra e inter niveles dentro del sistema asistencial (Fernández,2014).

Para responder ante las diferentes necesidades del paciente, se requiere una atención multidisciplinar, donde cada profesional de la salud pueda asesorar y acompañar de forma óptima. Por ello, se plantea que habrá funciones y tareas que serán desempeñadas por todo el equipo multidisciplinar, mientras que otras requerirán una formación específica (Fernández, 2014).

Trabajar con pacientes terminales, proporciona al psicólogo vivencias positivas y negativas, lo cual puede ser origen de lo reforzante que resulta trabajar en este ámbito, aunque la intervención es dura, los pacientes y las familias suelen agradecer la labor realizada. Al contrario, los psicólogos que trabajan en otras áreas hospitalarias no están satisfechos con su trabajo, por la gran presión asistencial, o por el tiempo que disponen para intervenir, obstáculos que se relacionan con la forma en que se encuentra organizado el sistema hospitalario (Fernández, 2014).

Los hallazgos encontrados, ponen de manifiesto que las situaciones en las que se demanda un psicólogo en el fin de vida son aquellas dónde la condición del paciente es ya muy compleja y desesperada (Fernández, 2014).

Los obstáculos emocionales dificultan el manejar los sentimientos de impotencia, sufrimiento y ansiedad que sienten al enfrentarse al paciente que se encuentra en un proceso de fin vida. El psicólogo puede encontrar similitudes propias con pacientes que se parezcan a él físicamente o que se encuentren en una situación igual, lo que dificulta la intervención si el psicólogo empatiza demasiado. Al respecto, se hace necesaria una formación para enfrentar el final de la vida que considere aspectos prácticos y vivenciales que otorguen al psicólogo recursos para poder afrontar este tipo de situaciones complejas (Fernández, 2014).

La literatura pone de certeza que el diagnóstico de enfermedad terminal y la comunicación de las malas noticias, tienen complicaciones a nivel emocional, ha sido considerado como uno de los peores aspectos del trabajo sanitario. Los psicólogos no han encontrado grandes obstáculos en la comunicación, con

respecto de otros profesionales sanitarios. Cuando los son derivados tardíamente sin conocer su estado de salud, hace que se requiera más tiempo para trabajar su proceso (Fernández, 2014).

En las situaciones de fin de vida, dependiendo del grado de integración del psicólogo el equipo de trabajo puede actuar como un factor de apoyo, o como un obstáculo. Una de las dificultades con el que se encuentra el equipo multidisciplinario que trabajan en el fin de vida, es la falta de otros profesionales como ellos (Barbero y Díaz, 2007), el escaso tiempo disponible, como la dificultad del médico para delegarles ciertas intervenciones.

Resultados similares, estudiados en equipos de cuidados paliativos destacan el desconocimiento del médico, los roles y funciones de los otros miembros del equipo multidisciplinar, y demuestran que el personal médico afirma sentir una mayor satisfacción laboral (Fernández, 2014).

## **2.7 Ética en el cuidado del paciente grave y terminal**

Las ciencias médicas se refieren a la necesidad de un respeto a la ley moral que defiende la ética. No siendo suficiente el reconocimiento de esta ley, este se debe encontrar acompañado de un sentimiento de responsabilidad moral el cual vinculé sujeto-objeto y actué razonablemente. El compromiso, como sujeto moral, de poder causar un daño o un beneficio en aquello que se haya en el campo de acción. El ser responsable, es estar en condiciones de responder por ello, pero en el contexto que brinda la libertad, aquella acción de la voluntad que debe siempre buscar un bien, además debido y razonable. En este contexto se desenvuelven todas las acciones valorativas de la ética en general y de la ética médica en particular. Lo anterior, adquiere importancia, cuando se trata de la atención al paciente grave (Zamora, 2006).

## **2.8 Que se entiende por enfermo en situación terminal**

En la definición de enfermedad terminal, es importante distinguir entre fase terminal biológica y fase terminal terapéutica (Sanz, 1996). La fase biológica se refiere al momento en que las constantes vitales de la persona (pulso, presión arterial, temperatura, respiración y consciencia) están por debajo de los límites normales y son irrecuperables por las vías terapéuticas disponibles, y la terapéutica, al momento en que la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos o se han agotado o son ineficaces. En otras palabras (Holland, 1998), enfermo terminal es aquél no susceptible de tratamiento activo sino paliativo.

Desde una perspectiva psicológica, la necesidad asistencial en la situación terminal es incuestionable, el paciente tiene una gran consciencia de la gravedad de esta, la cual aumenta el número de complicaciones, los tratamientos se prolongan y se reajustan con gran frecuencia, aumentando las dosis de medicación, produciendo en el paciente, cambios de sus condiciones físicas y una alteración de los hábitos cotidianos (dieta, evacuación, actividad, sueño, etc.),

Otros aspectos desde la mirada psicológica complican el cuadro, se refieren a la privación estimular que afecta al enfermo, siendo la hospitalización y la escasa posibilidad de movimiento, implican una gran disminución de la interacción social, facilitando por tanto una mayor propensión a estados depresivos. Es importante, también considerar los sentimientos de inutilidad e incapacidad que se producen en estas personas, en muchas ocasiones involuntariamente fomentados por los comportamientos verbales y no verbales de los familiares o personas relevantes encargadas de su cuidado (Holland, 1998).

La sensación de inutilidad, sentimientos de incomunicación ocasionados por la retroalimentación negativa que se ha dado en llamar "conspiración del silencio", hace que el paciente no comunique sus preocupaciones por no molestar o ser malinterpretado y los cuidadores tampoco permiten que los lamentos se manifiesten y así restar importancia a la gravedad de la situación queriendo dar la impresión de que no sucede nada (Holland, 1998).

En el acercamiento al enfermo terminal, los tres objetivos fundamentales, son la preservación de la dignidad del paciente, el apoyo emocional y el control de los síntomas.

La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo han de regir las decisiones terapéuticas, principio inamovible que implica elaborar con el enfermo los objetivos terapéuticos.

El apoyo emocional se considera un aspecto básico, ya que, si el afecto negativo del paciente es elevado, la expresión de emociones puede presentarse como el problema fundamental, lo que repercute en una mayor dificultad para que el cuidador detecte las necesidades reales del paciente, pudiéndose producir sensaciones de desamparo tanto en el paciente como en el cuidador. El control de síntomas, con el dolor en primera línea de preocupación, no se pone en duda que sea imprescindible y uno de los objetivos esenciales en el abordaje asistencial.

Respecto del personal sanitario, convendría tener en cuenta, la necesidad de soporte en cuanto al manejo de las propias emociones ante la situación terminal y la importancia de la comunicación entre los distintos miembros del equipo terapéutico para una mayor eficacia profesional, por lo que resulta evidente la necesidad de formación de dicho personal en la detección de las necesidades reales del enfermo.

En otro orden de cosas, la asistencia ha de llevarse a cabo de forma interdisciplinar (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales y en caso necesario, asesores espirituales), en la que cada profesional tiene su rol específico y proporciona sus conocimientos en pro del objetivo terapéutico común (Barreto, 1990).

## **2.9 Las actitudes**

La concepción original de las actitudes, fueron propuestas por Thomas y Znaniecki (1918) en *The Polish peasant in Europe and America*, las cuales no se alejan de la

propuesta teórica actual de las representaciones sociales, ambos autores las abordaron mediante el estudio de la dependencia del individuo con respecto a la sociedad y de la organización social (Parales, y Vizcaino, 2007).

La investigación y estudio de las actitudes en Norteamérica, se consideró primeramente como el campo esencial de competencia de la psicología social (Watson, 1925). Lo que llama “individualización de lo social” (Graumann,1986) se relaciona con la generalización de los supuestos positivistas de la psicología social de Allport (1924) y la influencia del conductismo. Desde este modelo se subraya la continuidad entre lo psicológico y lo social (Parales, y Vizcaino, 2007).

El conductismo en la psicología social norteamericana, en la primera etapa de desarrollo y aplicación particular al estudio de las actitudes, considero un esquema de relación directa actitudes-comportamiento, sin mediación entre el estímulo y la respuesta. Situación que luego se modifica con los efectos de la revolución cognitiva y el establecimiento del paradigma de la cognición social, desde una perspectiva individualizada de lo social (Parales y Vizcaino, 2007).

Las investigaciones sobre las actitudes desarrolladas en las primeras décadas del siglo veinte fueron tan grandes, que (Allport, 1935, 1968) las identificó como el concepto más importante de la psicología social norteamericana. Los estudios de las actitudes presumían un concepto cuantificable que prometía, tanto posibilidades de elaboración teórica, como aplicaciones reales y prácticas en un momento en el que la cuantificación se establecía como aspecto fundamental en la retórica de la cientificidad.

En la historia de las actitudes, la individualización las aparto de su esencia social, convirtiéndolas en fenómenos mentales, internos, concepción que permanece vigente. Convertidas en manifestaciones individuales, las actitudes designan procesos interiores, estados neuronales que orientan la disposición a la acción (Allport, 1935). Desde esta representación convencional, las actitudes son antecedentes del comportamiento y por lo tanto su estudio se considera prerequisite para la predicción de la acción.



En la conceptualización de las actitudes se destaca la tradición que reconoce la dimensión valorativa siendo importantes desde una mirada de estructura, en la cual son consideradas estados internos de naturaleza evaluativa siendo estados personales que sugieren la predisposición para actuar de una manera determinada (Parales-Vizcaino, 2007).

Según Psicología analítica de Jung, para identificar el tipo psicológico es necesario primero determinar si la persona está orientada hacia el mundo interior (introversión) o hacia la realidad externa (extraversión). Llamó a la introversión o la extraversión la actitud fundamental del individuo para poner énfasis en su importancia (Croninger, 2003).

Las actitudes fundamentales (introversión y extroversión) pueden ser combinadas con las cuatro funciones (pensamiento, sentimiento, sensación e intuición) de ocho maneras diferentes, constituyendo ocho psiquetipos (Croninger, 2003).

Jung describió las cuatro funciones psíquicas como constituyentes de dos pares de funciones. Las funciones racionales, pensamiento y sentimiento, nos permiten realizar juicios o tomar decisiones. Las funciones irracionales, sensación e intuición, nos proporcionan la información sobre la cual basar estos juicios. Si la función dominante es una función racional (decisión), la función auxiliar será una irracional (recopilación de información), y viceversa. Juntas, considerando tanto el psiquetipo y la función auxiliar, dan por resultado 16 patrones diferentes posibles (Croninger, 2003).

Para Cattell, las actitudes son las expresiones más específicas de los sentimientos. Definió una actitud como “un interés en un curso de acción en una situación dada”. Como las actitudes son tan específicas, no es factible tener una lista amplia. El concepto es importante al considerar cómo se expresan en realidad las dimensiones más amplias de la personalidad, los sentimientos y los ergios (Croninger, 2003).

Los ergios y los metaergios son rasgos dinámicos, rasgos motivacionales y son activados por las situaciones, ayudan a la gente a seleccionar metas y le brindan la energía para perseguirlas. Estimulan respuestas emocionales a ciertos objetos: esperanza, temor, expectativa, etc. Esos rasgos motivacionales pueden hacer que la gente perciba oportunidades selectivas para satisfacer las metas.

Las actitudes son subsidiarias a los sentimientos porque las actitudes son más particulares, más remotas a partir de los ergios básicos (Croninger, 2003).

La variedad de estudios a los que ha dado lugar el constructo actitud, se sabe que no es un concepto aislado, más bien interacciona con otros conceptos psicológicos tales como la motivación (en el sentido de que la actitud tiene fuerza impulsora); la percepción (la actitud es sólo una fase de ella, según (Fraisie, 1967); la personalidad (que considera a ciertas estructuras actitudinales como patrones de la personalidad bastante estable, (Rokeach, 1976) y constituyen un instrumento psicológico que permite explicar y modificar la conducta.

Gran parte de los psicólogos que han estudiado las actitudes lo han hecho considerándolas como un constructo, que integra estos tres componentes mediante los cuales se puede analizar la conducta. Es decir, una estructura que se pueda inferir indirectamente como explicación de buena parte de la conducta humana (aspecto explicativo); son un medio para predecir las conductas y, por último, son predisposiciones que inducen al sujeto a responder favorable o desfavorablemente a determinados estímulos sociales.

- a. **Componentes de la actitud**, del ser humano se hallan integradas en su personalidad global y son condicionadas por ella. No debe por tanto extrañar que en toda actitud se hallen presentes las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: percepción, emoción y motivación.
- b. **Formación y función de las actitudes**, entre los numerosos determinantes de la formación de actitudes (Krech, 1973) resaltan dos: la afiliación del individuo a un grupo y con el cual se identifica, es decir la familia, los amigos o compañeros de trabajo, y su personalidad. A estos dos elementos (Munné,1980) añade un tercero la información que recibimos, ya sea a través de la enseñanza o los medios de

comunicación o bien a través de nuestra experiencia directa. De esto se desprende que el mecanismo de formación de actitudes más general es la interacción social por las que pasa el individuo.

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

Facilitando y esquematizando los estudios podemos decir que las actitudes sirven:

- Para comprender mejor el mundo que nos rodea.
- Para ajustarnos en un mundo complejo.
- Para proteger nuestra auto estimación.
- Para expresar nuestros valores fundamentales.

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

Por la función expresiva de valores, el individuo obtiene satisfacción mediante la expresión de actitudes apropiadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Estos valores personales y este auto concepto son sistemas integrados de actitudes que se aprenden en la niñez y, constituyen el núcleo central de la personalidad.

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

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

**c Medidas de las actitudes**, quizá el problema más grave que afronta la investigación sobre actitudes sea el problema de su Medición, sólo podemos llegar a su existencia por deducciones basadas en manifestaciones explícitas o implícitas de un individuo respecto al objeto de actitud: su comportamiento, sus expresiones verbales, las manifestaciones de sentimientos respecto a un determinado objeto o situación, etc. Pueden llevarnos a inferir qué clase de actitud mantiene un determinado individuo.

Para realizar la medición de las actitudes, o sea asignar a cada individuo una puntuación numérica que indique su posición en la dimensión de una actitud determinada, siendo los instrumentos más utilizados para recoger datos sobre los que basar tales deducciones son las llamadas Escalas de Actitudes o sistemas de medidas directas, aunque también pueden medirse por medios indirectos. Estas medidas directas, por lo general, se limitan a recoger la información verbal o escrita que el propio sujeto nos da.

En la medida de las actitudes por medio de Escalas se han hallado ciertos problemas, entre ellos, su alto grado de reactividad; el individuo se percata fácilmente de cuál es la actitud que se pretende medir, lo cual le induce a manifestar lo que se ha dado en llamar deseabilidad social y no su verdadera conducta (Urraca,1981).

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

**f Personalidad y actitudes**, la teoría de los constructos personales formulada por (Kelly, 1955) ocupa una posición destacada dentro del estudio de la personalidad, al insistir en las categorías perceptivas y conceptuales del individuo como claves para entender todos sus procesos psicológicos., señalando “los procesos de una

persona están canalizados psicológicamente a través de medios por los que se anticipa los acontecimientos” (Croninger, 2003).

Lo anterior, supone que el hombre es un ser activo a la hora de relacionarse con su entorno; estructura e interpreta el significado del entorno, de modo que su conducta no es posible interpretarla sin apelar a la construcción de su realidad (Pinillos, 1978 y Tapia, 1979). El individuo, pues, percibe, procesa y elabora la realidad. Por eso, el ser humano puede adoptar sus propias estructuras mentales y actitudes ante la muerte, ya que tiene la posibilidad de elaborar la percepción personal sobre ella. Puesto que cada persona desarrolla y elabora de modo característico y de acuerdo con su conveniencia sus propios constructos haciendo que difieran unas de otras.

## **2.10 Intervención Psico-oncológica en el ámbito hospitalario**

La identificación de las emociones y de los procesos psicológicos que viven los pacientes con cáncer y sus familiares, contribuyen a fortalecer la presencia y labor del Psico-oncólogo en los servicios hospitalarios, facilitando el cuidado integral hospitalario y el acercamiento más humanos a los enfermos, teniendo como labores asistenciales, docentes e investigadoras.

La labor asistencial, va dirigida a aliviar el sufrimiento y la optimización de la calidad de vida del paciente. Para lo cual, Psico-oncólogo debe colaborar con los distintos profesionales sanitarios, formando parte de los equipos asistenciales, siendo conocedor de técnicas psicoterapéuticas que se adaptaran a las necesidades del paciente, dependiendo de la etapa de la enfermedad en que se encuentre el paciente y familiares.

Las labores docentes, son necesarias para formar a los profesionales independiente de su especialidad, en relación con los aspectos psicológicos básicos del paciente y se complementan con las actividades investigadoras, que nacerán de la práctica clínica, lo cual permitirá detectar los aspectos importantes a investigar que pudieran tener repercusiones sobre el cuidado del paciente (Die, 2013)

## **2.11 El Psico-oncólogo**

El psico-oncólogo debe de estar capacitado para realizar actividades asistenciales que consideren prevención como:

- Trabajo con poblaciones sanas que tienen riesgo de desarrollar cáncer, implantando psicoterapias que favorezcan la adaptación psicológica del sujeto sano que vive con la amenaza de sufrir una enfermedad mortal.
- Desarrollar y establecer programas de prevención del cáncer, y modificación de las conductas de riesgo, como el fumar y beber, tanto en poblaciones sanas como en otras afectadas por cáncer.
- Identificar pacientes oncológicos que tienen mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas o psiquiátricas durante el proceso de enfermedad.
- Implementar programas de intervención psicoterapéutica y psicoeducativa para evitar el desarrollo de alteraciones psicológicas o psiquiátricas (por ejemplo, trastornos del estado del ánimo o de ansiedad), en los enfermos oncológicos o en sus familiares durante la enfermedad.
- Desarrollar intervenciones psicoterapéuticas preventivas para el personal sanitario, llevando a cabo grupos de trabajo o talleres teórico-prácticos sobre el burnout y las formas de prevenirlo (Die, 2013)

## **2.12 Estudios donde la actitud, es la variable**

Según Limonero (1997), en su estudio Ansiedad ante la Muerte concluye que las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres ante la muerte, esto se puede explicar ya que las mujeres expresan su ansiedad mal libremente. Según el DSM-IV la incidencia de la ansiedad generalizada es mayor en el sexo femenino.

No encontró diferencias entre la edad de los encuestados y la ansiedad ante la muerte, no es meritorio pensar que la edad influye sino más bien es la forma que cada persona tiene de percibirla y su estilo de afrontarla.

Las personas que han visto morir alguna persona manifiestan menor ansiedad, es posible que ello se deba a que tengan menos miedo a la muerte como algo misterioso y tema aspectos más concretos como es el dolor o la pérdida de las capacidades cognitivas.

Los sujetos que no han tenido relación directa con la muerte representan mayor miedo ante lo desconocido.

Los datos obtenidos señalan que las personas que poseen mayor miedo a la muerte prefieren morir acompañados con un bajo nivel de conciencia. El estar acompañados actúa como un elemento reductor de su ansiedad al darles la sensación de seguridad y la inconciencia les ayudaría a reducir sus malestares.

En cuanto a creencia religiosa, los resultados muestran que las personas creyentes eliminan o disminuyen su ansiedad través de la religión.

Para investigaciones futuras, sugiere modificar las respuestas dicotómicas de la Escala de Ansiedad Ante la muerte, por opciones de respuesta tipo Likert, ello permitirá discriminar mejor las respuestas de los sujetos.

De acuerdo con el estudio realizado por (Maza, Zabala y Merino 2008) respecto de la actitud ante la muerte por enfermeras, se concluye de los factores que priman son para que la profesional tenga una actitud positiva o negativa, se asociación a las variables, edad de los encuestados, en su primer contacto con la muerte, años de experiencia profesional y preparación de pregrado en relación con la muerte.

También influye en la actitud, las diferencias culturales, factores religiosos, pero en mayor relevancia priman los sentimientos de ansiedad y temor.

### Capítulo III. Metodología

**Tipo investigación: Comparativa**, la cual permite efectuar una comparación exhaustiva de dos o más variables con la finalidad de analizar y sintetizar sus diferencias y similitudes. Mostrando de esta forma si existe algún tipo de asociación entre las variables que influyen en la actitud de los Psicólogos frente al paciente infantil oncológico terminal, aplicando para ello dos instrumentos el Cuestionario de Actitud ante la Muerte (CAM) validado en Chile y un Cuestionario que contiene antecedentes sociodemográficos.

**Diseño de investigación: Cuantitativo no experimental transaccional**, debido a que no hay manipulación intencionada de variables, sino más bien estas se presentan en su ambiente natural y adicional a ello, no existe segmentación en grupo control, y no experimental y transaccional ya que se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único, siendo su propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El procedimiento consiste en ubicar en una o más variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades; y así proporcionar su descripción. Permiten realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas (Hernández, 2010).

#### 1. Definición conceptual y operacional de variables / Definición de enfoque metodológico.

La variable puede medirse u observarse no se manipula, se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella.

- **La variable actitud:** manifiesta la predisposición en los procesos cognitivos y afectivos para responder frente a un estímulo, evaluándolo de forma positiva o negativa.

Las actitudes de un individuo se hallan integradas en su personalidad integral y son condicionadas por ella. En toda actitud se encuentren presentes las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: percepción, emoción y motivación.



En la variable actitud se medirán la evitación, la aceptación, el temor, el pasaje, la salida, las perspectivas Psicológicas ante la muerte.

- **Variables sociodemográficas** como: edad, genero sexual, religión, estado civil, grado de estudios, años de experiencia clínica, años de experiencia en el área de oncología, tiempo de atención al paciente terminal, preparación de pregrado sobre oncología, apoyo institucional sobre la labor en el área de oncología, a qué edad tuvo su primer contacto con la muerte y de quien fue la muerte.

#### **Definición conceptual de variables:**

- Edad: tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.
- Genero sexual: identidad de género que puede ser masculino o femenino.
- Religión: conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales para darle culto.
- Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- Grado de estudios: nivel de grado académico que posee la persona.
- Años de experiencia clínica
- Años de experiencia en el área de oncología.
- Tiempo de atención al paciente terminal
- Primer contacto con la muerte,
- De quien fue la muerte

#### **Definición operacional de variables**

El Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM), está compuesto por 33 reactivos, con dos alternativas de respuesta (acuerdo o desacuerdo), donde un total de 141 puntos o más corresponde a actitud positiva hacia la muerte y puntajes inferiores a actitud negativa. Para su interpretación está dividido en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: de evitación, de aceptación, de temor, basadas en las creencias de que la muerte es un pasaje o tránsito, fundamentadas en la concepción de la muerte como una salida o solución y otra que involucra la perspectiva profesional. Con un alpha de Cronbach de 0,7139.

## **2. Procedimiento de muestreo**

La muestra considerada es no probabilística voluntaria y estará compuesta por psicólogos que atiendan pacientes oncológicos terminales infantiles, de los Centros Asistenciales mencionados, en cuya población se pretende generalizar los resultados, para lo cual se tomó contacto con los directores de los establecimientos mediante carta proporcionada por la Universidad, quienes dieron su consentimiento y derivaron la petición a las Unidades oncológicas respectivas.

Una vez tomado contacto con el jefe del área de oncología infantil se procedió a llevar en soporte papel el consentimiento y los instrumentos psicológicos para luego su aplicación.

## **3. Técnica y recolección de datos**

Se utilizarán dos instrumentos:

- Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM)
- Ficha Sociodemográfica, creada por la autora de esta investigación para estos fines.

## **4. Técnica de análisis de datos**

Para los análisis estadísticos de las variables sociodemográficas, y variables del CAM se utilizará software estadístico SPSS. Utilizando una estadística descriptiva inferencial para cada variable, con la finalidad de efectuar generalizaciones de las muestras y luego su comparación.

Un análisis ANOVA y T-Student de efectos individuales de cada variable Sociodemográfica sobre la variable actitud ante la muerte, para observar que variables influyen en el modelo final, y con qué nivel de confianza como: edad, años de

experiencia profesional, edad cuando el profesional tuvo su primer contacto con la muerte y preparación de pregrado acerca de la muerte.

ANOVA, prueba estadística que analiza más de dos grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas. La prueba t se usa para dos grupos y el análisis de varianza unidireccional se usa para tres, cuatro o más grupos. (Hernández, 2010).

Luego de un análisis individual de todos los factores que influyen sobre la variable actitud, que describe el Cuestionario CAM y los factores de la variable de la ficha sociodemográfica.

Se realizará un análisis exhaustivo de cada una de las variables, verificando si éstas influyen en el modelo de acuerdo con su valor.

Según los datos que se obtengan, se podrá apreciar todas las variables sociodemográficas con sus respectivos valores, donde la variable actitud ante la muerte, permitirá observar cuáles son las variables que influyen en el modelo final.

La información que se obtenga nos permitirá centrar la investigación en analizar cuál es el nivel o modalidad de las variables en un momento dado, o ubicar cual es la relación entre un conjunto de variables.

Los resultados obtenidos de los parámetros del CAM y de la ficha sociodemográfica, permitirá conocer acerca de los factores que pueden influir en las actitudes frente a la muerte de los psicólogos que maneja pacientes oncológicos terminales infantiles.

## **5. Criterios de rigor científico**

El instrumento debe garantizar la calidad científica de la investigación. Por ejemplo, el trabajo sistemático y ordenado (secuenciación metodológica), la precisión y exactitud en la realización de cada uno de los pasos.

El instrumento de recolección debe reunir tres condiciones esenciales íntimamente relacionadas entre sí:

- Ser objetivo. Valores permanecen entre investigadores
- Ser confiable. Valores permanecen en el tiempo
- Ser válido. mide todo lo que tiene que medir o lo que se propone medir.

El Cuestionario Actitud ante La Muerte (CAM), su uso validado en Chile por Maza, Zabala y Merino en año 2008. La confiabilidad del instrumento fue medida con una muestra piloto aplicada a 10 enfermeras del Hospital Naval de Talcahuano Chile (Maza 2008). La confiabilidad del instrumento fue medida con una muestra piloto aplicada a 10 enfermeras del Hospital Naval de Talcahuano y con el cálculo de alpha de Cronbach para la escala de medición de actitud ante la muerte.

## **6 Aspectos éticos**

De acuerdo con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos (año 2008), se deberá tener en consideración, los principios generales señalados en el artículo 1° Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas, artículo 2° Competencia, artículo 3° Compromiso Profesional y Científico, artículo 4° Integridad, artículo 5° Independencia y artículo 6° Responsabilidad Social

Considerar los aspectos éticos relacionados con el comportamiento de los psicólogos entres sus pares como también con sus pacientes (la no divulgación de la información confidencial), los aspectos legales, manteniendo un comportamiento uniforme a su calidad de profesional de la salud.

Tener siempre presente la confidencialidad, y los valores éticos tanto de parte de la muestra como del investigador respecto de la información proporcionada.

La investigación no producirá daño al investigado, como tampoco será expuesto a alguna circunstancia comprometedora, en atención a la información entregada.

El consentimiento, por escrito de los psicólogos a quienes se pretende la aplicación de los instrumentos.

## 7 Viabilidad de la muestra.

Para desarrollar la presente investigación señalada, la viabilidad de la muestra dependerá de obstáculos prácticos como:

- Al tomar contacto, con los centros Hospitalarios públicos, no se tiene claridad del área a la cual derivar para realizar las consultas, respecto de la investigación que se pretende realizar.
- Pedir autorización a los directores o Gerentes según corresponda de los Centros Asistenciales, para la autorización de la aplicación de los instrumentos, de la presentes investigación.
- Las normativas establecidas por los Comité Científicos que operan indistintamente en cada Servicios de Salud, pueden ser un impedimento para la realización de la investigación y aplicación de los instrumentos.
- Los Comité Científicos existentes en los Centros Hospitalarios públicos, no consideran estudios como el descrito en esta investigación, recién analizan la factibilidad de incorporarlos.
- Los Centros Asistenciales, establecen convenios con distintos Centros Educativos, a los cuales les prestan inmediata atención a sus requerimientos. No así, a nosotros como independientes
- La comunicación, con el área de oncología, para coordinar con los psicólogos voluntarios que responderán los instrumentos de los instrumentos.
- Tiempo en que se realizará la aplicación del instrumento, a los psicólogos de los Centros Asistenciales.
- Espacio físico para reunir a los psicólogos, que se les aplicará los instrumentos.
- La cantidad de psicólogos, a los cuales va a ser posible aplicar los instrumentos.
- También puede afectar los recursos económicos, como adquisición de materiales, movilización y otros.

## 8 Procedimiento

Para concretar la presente investigación, debemos considerar como primera instancia la obtención de la muestra no probabilística voluntaria, para ello se hizo contacto con tres centros asistenciales que poseen área de oncología infantil, siendo todos de la región metropolitana y una vez realizadas las comunicaciones iniciales, daré a conocer la investigación a realizar, como también a detallar los instrumentos que he considerado para la presente investigación.

Para lo anteriormente señalado, se realizarán los pasos que se describen a continuación:

- a) Comunicación telefónica, solicitando agendar visita para entrevista con el director o subdirector del establecimiento.
- b) En paralelo, se solicitará a la Dirección de la Escuela de Psicología carta de presentación, para entregar en cada uno de los centros asistenciales.
- c) Las visitas, se coordinarán de tal forma que, en el transcurso de 2 semanas, se concreten en cada centro asistencial.
- d) Se expondrán los motivos y la necesidad de realizar el estudio de la actitud de los psicólogos ante la muerte y que se requiere contar con una muestra no probabilística para ello. Señalando que se aplicaran dos instrumentos de medición, el Cuestionario CAM y la ficha Sociodemográfica.
- e) También, se informarán las fechas, en que se hace necesario aplicar los instrumentos de medición que nos permitirán los resultados requeridos. Como también el espacio físico.
- f) Firma del consentimiento voluntario, para aplicar los instrumentos.
- g) Aplicación de instrumentos
- h) Análisis de resultados
- i) Elaboración de conclusiones
- j) Informe final

## Capítulo IV

### Resultado y discusión

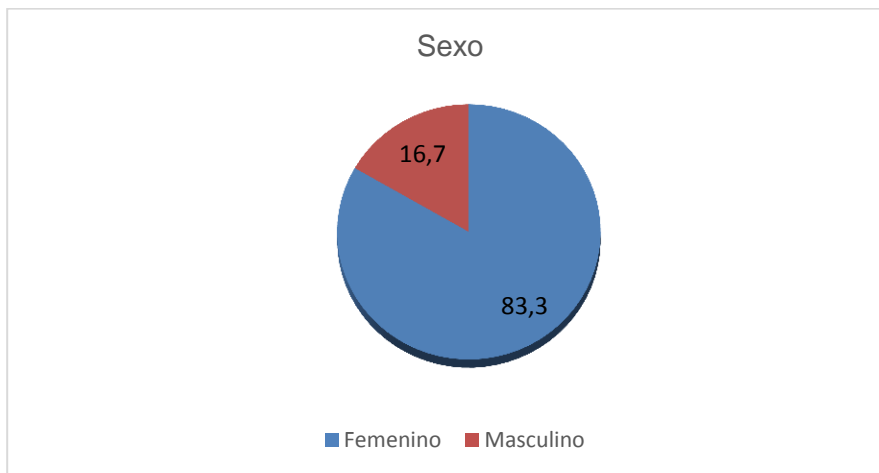
#### 4.1 Presentación de los resultados

La muestra estuvo compuesta por el 100% de los Psicólogos que laboran en el área de oncología infantil de los Centros Asistenciales Hospital Luis Calvo M., Hospital San Borja Arriaran y Clínica Alemana, quienes entregaron su consentimiento firmado y respondieron la totalidad de las variables consideradas en la Ficha Sociodemográfica y el CAM.

4.1.1 **Análisis descriptivo de la ficha sociodemográfica**, donde se detallan los porcentajes de la variables generales y profesionales

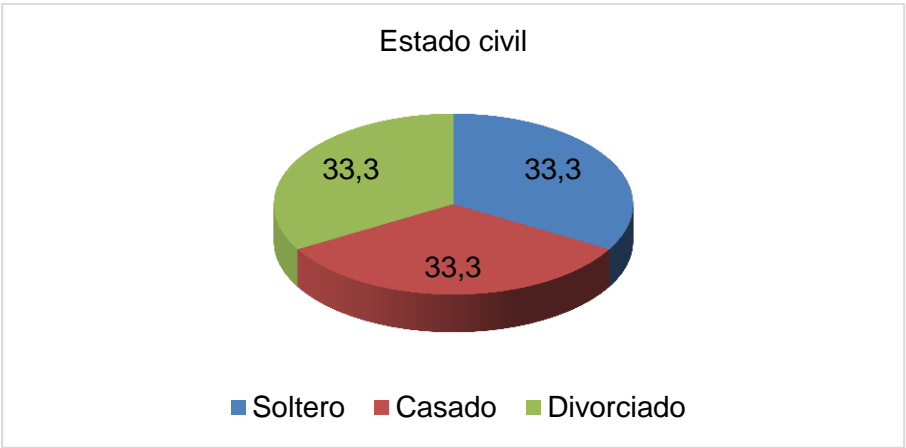
#### 4.1.2 Grafico 1 Sexo

El 83,3% de la muestra es de sexo femenino y el 16,7% de sexo masculino.



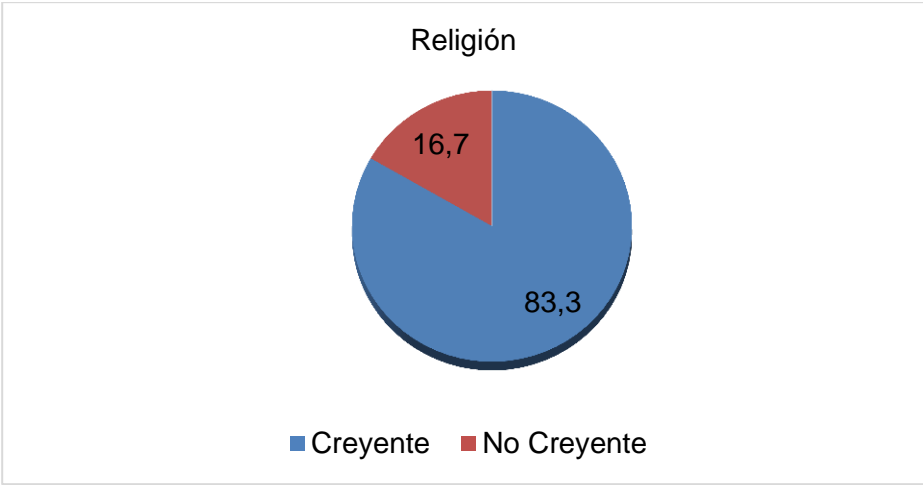
#### 4.1.3 Grafico 2 Estado civil

El 33,3% su estado civil es soltero, casado y divorciado.



**4.1.4 Grafico 3 Religión**

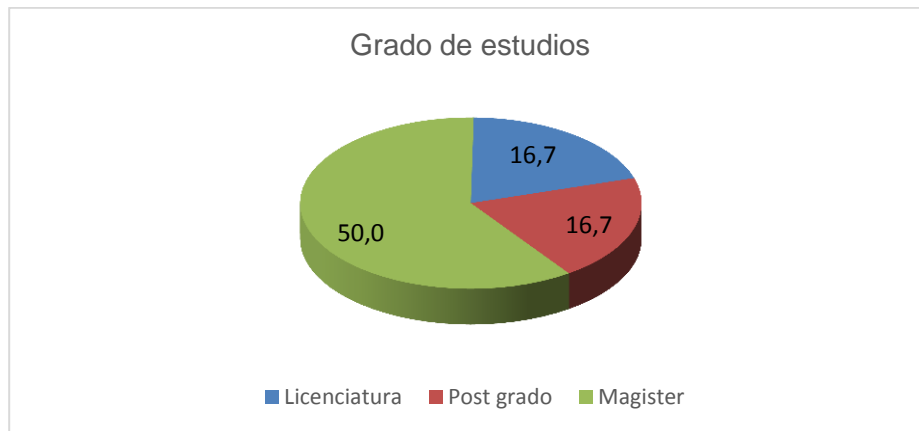
El 83,3% son creyentes, mientras que el 16,7% no son no creyentes.



**4.1.5 Grafico 4 Grado de estudios**

El 50% de la muestra posee un Magíster y el 16,7% un Post grado y Licenciatura. Al consultar sobre el nivel de estudios, se observa que los profesionales logran capacitarse una vez licenciados para ser más competentes en sus funciones.

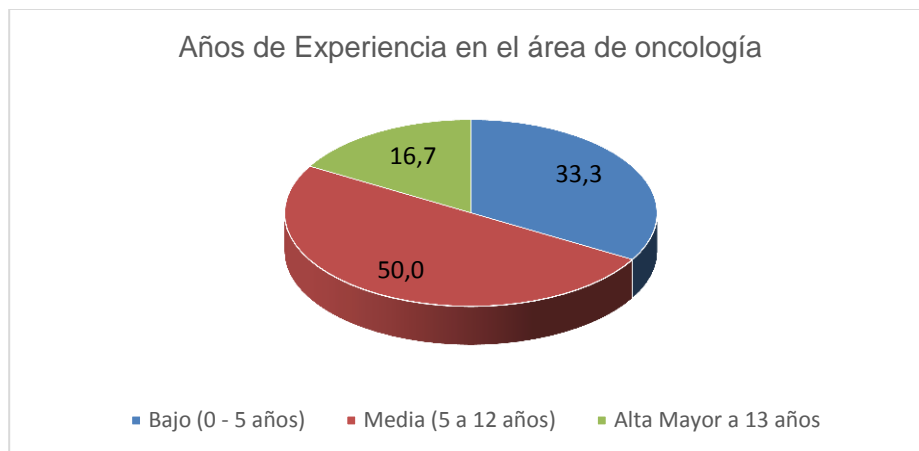




#### 4.1.6 Gráfico 5 Años de experiencia en el área de oncología

El 50% tiene entre 5 a 12 años de experiencia en el área de oncología, un 33,3% entre 0 a 5 años y un 16,7% más de 13 años.

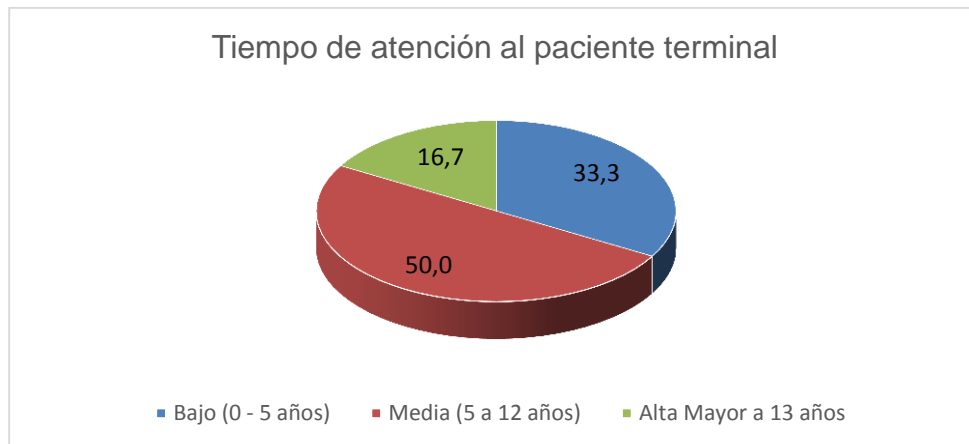
Se aprecia que el mayor porcentaje de encuestados, posee experiencia en el trabajo con el paciente infantil oncológico.



#### 4.1.7 Gráfico 6 tiempo de atención al paciente terminal

El 50% tiene entre 5 a 12 años de atención a pacientes, un 33,3% entre 0 a 5 años y un 16,7% más de 13 años.

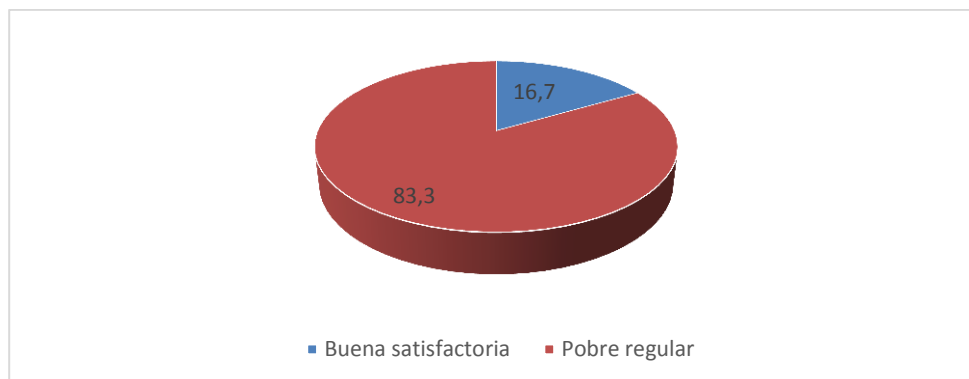
Los resultados demuestran que, la mayor cantidad de profesionales encuestados tiene un periodo corto de atención con pacientes terminales de entre 5 a 12 años.



#### 4.1.8 Gráfico 7 Preparación de Pregrado sobre el tema

El 83,3% posee una preparación de pre grado respecto del paciente oncológico y un 16,7% tiene una preparación buena y satisfactoria.

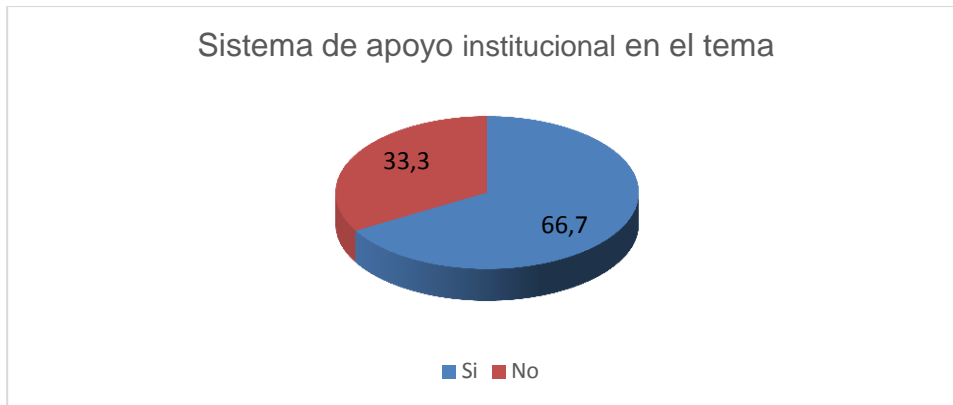
De acuerdo con los resultados obtenidos sobre el nivel de estudios, se puede observar que los profesionales con mayor preparación académica tienen respuesta más satisfactoria para tratar al paciente terminal.



#### 4.1.9 Gráfico 8 Sistema de apoyo institucional en el tema

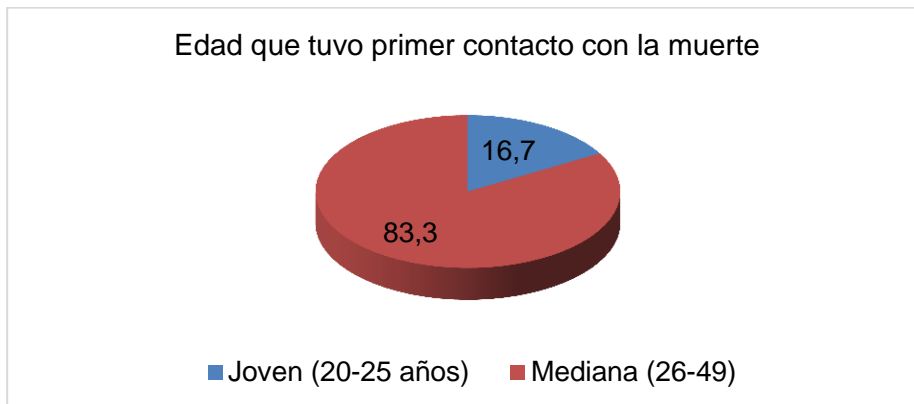
El 66,7% posee apoyo institucional sobre su labor y el 33,3% no.

De acuerdo, a los resultados obtenidos las instituciones en las que laboran los encuestados les brindan apoyo institucional para mayor capacitación en la especialidad.



#### 4.1.10 Grafico 9 Edad que tuvo primer contacto con la muerte

El 83,3% tuvo su primer contacto con la muerte menor a 10 años y el 16,7% mayor a 17 años.



#### 4.1.11 Grafico 10 de quien fue la muerte

El 100% señala que la muerte fue de una persona.

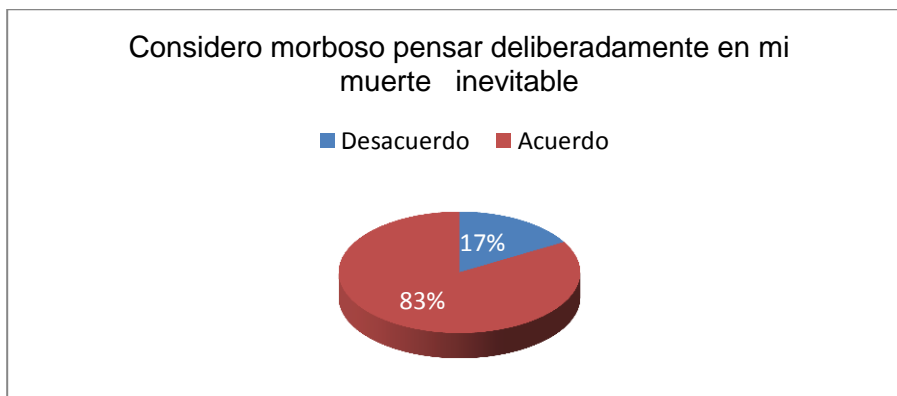


## 4.2 Resultados descriptivos del CAM, presentados gráficamente por dimensión

Para su interpretación si recordamos que el CAM nos entrega información sobre si existen actitudes positivas o negativas entre los Psicólogos, y teniendo en cuenta que, en esta escala de medición, un puntaje de 141 y más reflejaría que los individuos tienen una actitud positiva frente a la muerte y un puntaje de 140 y menos reflejaría que los individuos tienen una actitud negativa frente a la muerte.

### 4.2.1 Grafico 1 La variable Evitación:

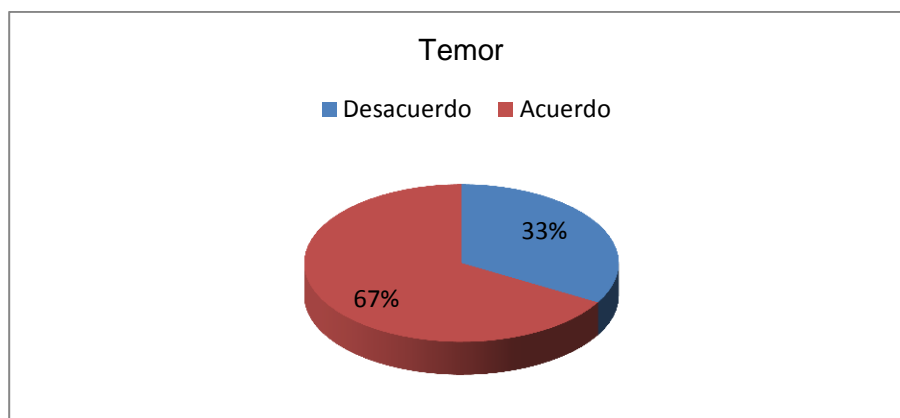
En la presente escala se obtiene una puntuación sobre el valor promedio, el estar de acuerdo para todas las subescalas, y un porcentaje de desacuerdo muy próximo al límite inferior en que pensar en la muerte es perder el tiempo. El 83% indica estar de acuerdo, mientras el 17% en desacuerdo.



Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Evitación	Pensar en la muerte es perder el tiempo	16,67	83,33
	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable		100,00
	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte		100,00
	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real		100,00

#### 4.2.2 Grafico 2 Dimension Temor:

Para los reactivos morir joven, encarar la muerte y pensar con temor el contraer una enfermedad y morir, puntúan todas sobre el valor promedio (67%). Que la muerte provoca ansiedad se obtiene un valor promedio de acuerdo y desacuerdo en un 50% y 50%.

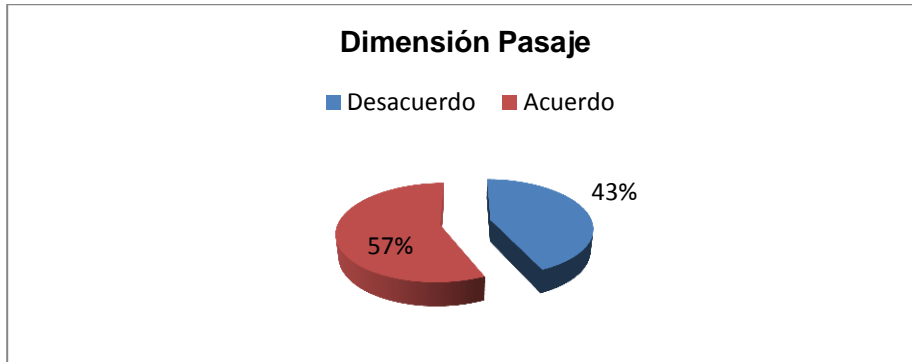


Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Temor	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad	50	50,00
	Yo temo morir joven	33,33	67,33
	Encuentro difícil encarar la muerte	33,33	67,33
	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediabilmente a la muerte	33,33	67,33

#### 4.2.3 Grafico 3 Dimensión pasaje

Los reactivos pensar que, al morir, habrá un lugar mejor y pensar que se vivirá después de morir se obtiene valor de desacuerdo sobre el promedio. A diferencia, de ver la muerte como un paso a la eternidad, esperar la vida después de la

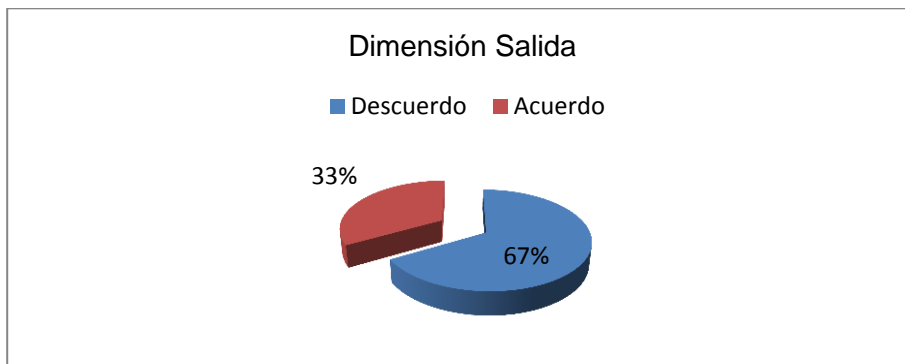
muerte, y encontrar la felicidad después de la muerte, se está en desacuerdo sobre el valor promedio. El 57% responde en desacuerdo, mientras que el 43% de acuerdo.



Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Pasaje	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	83,3	16,7
	Pienso que viviré después de la muerte	66,7	33,3
	Veo la muerte como un paso a a eternidad	16,7	83,3
	Yo espero con placer la vida después de la muerte	16,7	83,3
	Después de la muerte encontrare la felicidad	33,33	67,33

#### 4.2.4 Grafico 4 Dimensión salida

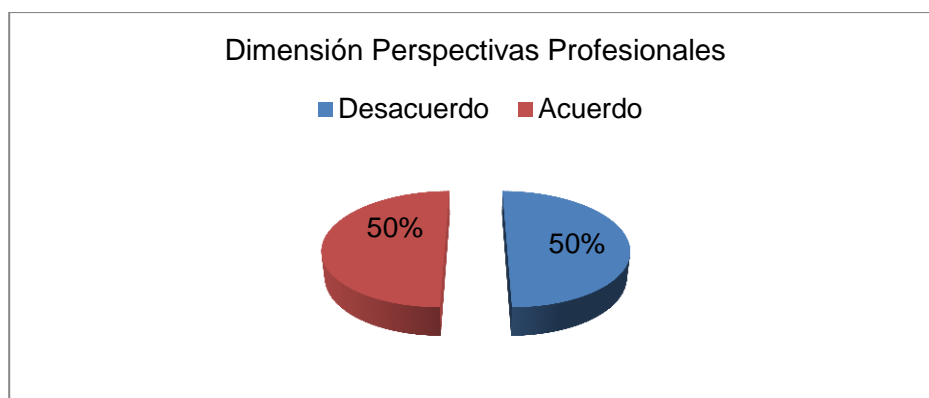
Para tres de sus factores responden estar de acuerdo con un resultado sobre el valor promedio, y un 100% en desacuerdo, considerar que la muerte puede ser un alivio. El 33% indica estar de acuerdo contra un 67% en desacuerdo.



Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Salida	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida	33,3	66,7
	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		100,0
	He pensado que no vale la pena vivir		100
	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio	100	

#### 4.2.5 Grafico 5 Dimensión perspectivas profesionales

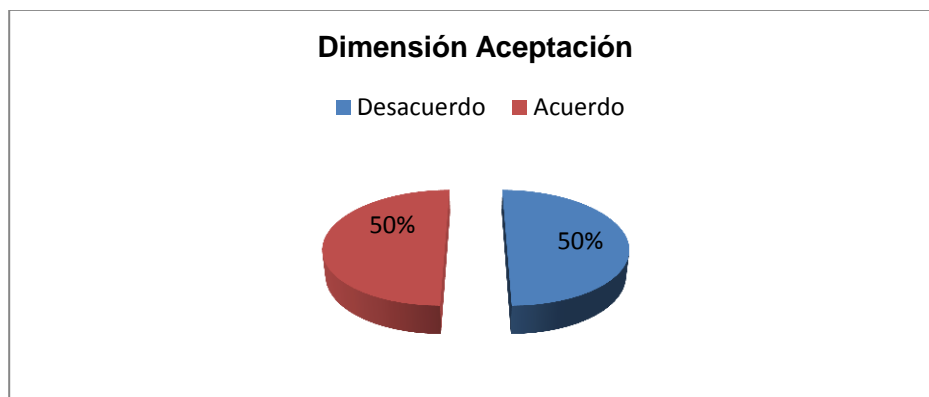
Se está de acuerdo, obteniendo un valor sobre el promedio para las subescalas vivencia la muerte como un fracaso profesional, pensar en la familia cuando un paciente va a morir, no querer asistir a la muerte de un paciente y salvar la vida de un paciente. Pensar en la propia muerte al asistir a un paciente, se obtiene un valor de acuerdo y desacuerdo de un 50% y 50%. El estar en contacto con la muerte, hace verla como algo natural el 100% está en desacuerdo.



Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Perspectivas Profesionales	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional		100
	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir	16,7	83,3
	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área	16,7	83,3
	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte	50	50
	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo	66,7	33,3
	Más alto sentido de mi trabajo es salvar vida del paciente		100
	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural	100	

#### 4.2.6 Grafico 6 Dimensión aceptación

Se obtienen resultados en igual porcentaje de estar de acuerdo y desacuerdo en un 50%



Dimensión	Reactivos	Desacuerdo	Acuerdo
Aceptación	He pensado en mi muerte como un hecho imposible		100
	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal	50	50
	Mi vida tiene más significado porque yo acepto al hecho de mi muerte	83,3	16,7
	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida	83,3	16,7
	Me siento más libre al aceptar mi muerte	33,3	66,7

#### 4.3.1 Discusión de los resultados

Una vez tabulado los datos de la población estudio, correspondientes a los Psicólogos de los tres Centros Asistenciales se pueden concluir los siguientes atributos a partir de los instrumentos aplicados.

En relación con las variables de Cuestionario Actitud Ante la Muerte CAM, en las dimensiones que se detallan, estas fueron consideradas en desacuerdo por los Psicólogos encuestados.

- Dimensión Temor, para la subescala la muerte despierta ansiedad se obtiene un valor de igual promedio correspondiente al 50% para ambos criterios de desacuerdo.



- Dimensión Pasaje, en la subescala pensar que hay una vida mejor después de la muerte se obtiene un valor de un 83,3% de desacuerdo, y pensar que se vive después de la muerte pondera un valor de un 66,7% de desacuerdo.
- Dimensión Salida, el 100% está en desacuerdo que hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.
- Dimensión Perspectiva Profesional, el 66,7% está en desacuerdo que le conmueve enfrentar a la familia del paciente y que el contacto con la muerte la haga ver como algo natural, y el 100% está en desacuerdo, podríamos señalar que rehúyen encontrarse con el paciente cuando este esta pronto a dejar la vida.
- Dimensión Aceptación, un 83,3% está en desacuerdo en que la vida tiene más significado por que acepta su propia muerte y un valor del 50% aceptar la que muerte lo ayuda a tener más responsabilidad ante la vida reconocer la muerte como un hecho inevitable ayuda a su crecimiento personal.

De acuerdo con los objetivos específicos planteados:

Al comparar si existen diferencias en los niveles de actitud ante la muerte de Psicólogos según: edad, género sexual, estado civil, religión, grado de estudios, como resultado tenemos que al segmentar el grupo entre los Psicólogos que reciben apoyo del sistema y quienes no reciben, se observa una diferencia significativa ( $P < 0,005$ ), lo que permite aludir que las personas que reciben apoyo poseen un puntaje mayor frente a la ansiedad que provoca la posibilidad de su propia muerte. De lo cual, se podría concluir que los Psicólogos tiene una actitud frente a la muerte como una vía de escape.

Realizado los análisis, ninguna variable presenta diferencias significativas, lo cual se debe al tamaño de la muestra, solo en estos dos casos se encuentra que los hombres poseen mayor percepción de respuesta que las mujeres es

decir los hombres obtienen niveles más altos que las mujeres en estos reactivos.

- i. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor -0,9800
- ii. Mi vida tiene más significado porque yo acepto al hecho de mi muerte -0,900

Determinar, si el grado de estudios, años de experiencia clínica, años de experiencia en el área de oncología, tiempo de atención al paciente terminal, produce cambios significativos en la actitud de los Psicólogos, de los resultados no se obtienen cambios significativos en estas variables.

Al comparar y analizar las actitudes ante la muerte de los Psicólogos, de los tres centros asistenciales en que se aplicaran los instrumentos, se puede señalar que se trata de una población de edad mediana que fluctúa entre los 25 y 49 años, en su mayoría mujeres, solteras, casadas y divorciadas y que la mitad de la muestra tiene estudios en magister. Un 50% tiene experiencia en el Área de Oncología y el tiempo de atención al paciente terminal fluctúa entre 5 a 12 años.

Dentro de las actitudes con respecto a la muerte podemos señalar que los Psicólogos que laboran con el paciente oncológico infantil terminal, la variable evitación y temor a la muerte obtiene un alto porcentaje de acuerdo, lo cual podríamos deducir que siendo su trabajo estar presente al momento del desenlace lo evitarían.

Las actitudes más significativas de los psicólogos son aquellas como Evitación en el que el resultado pondera un 96% estar en desacuerdo, Temor el 63% está en desacuerdo, Pasaje el 57% está en desacuerdo, la dimensión Salida donde el 67% está en desacuerdo, de lo cual se podría concluir que independiente que sea su trabajo habitual, su compromiso y vocación con el paciente no desfallece como persona, al contrario, se empodera de su rol.

Como se indicará los estudios sobre actitudes frente a la muerte, en nuestro país son escasos siendo este un tema tan sensible, se hace indispensable se realicen cada año investigaciones, sobre el funcionario que trabaja y vive a diario situación en que la muerte está presente, como es el caso en especial los psicólogos, que están siendo incorporados en los equipos multidisciplinarios para la atención del paciente. Estos trabajos investigativos deberían identificar patrones comunes sobre los cuales poder intervenir para modificar actitudes inadecuadas ante la muerte que permitan ver el proceso de morir como algo natural, como parte de la existencia; nacimos para vivir, vivimos para morir.

En el presente estudio se puede apreciar lo importante que es hacer estas investigaciones y sobre todo con personal de salud, y más específicamente con psicólogos, la razón es que ellos están en el frente de estas situaciones, ven a diario morir a sus pacientes, conviven con el dolor de los familiares, y no están preparados para afrontarlo, no poseen los recursos necesarios, ya sea a nivel académico o a nivel personal. Por lo cual, es importante que se siga haciendo análisis del tema y que el presente estudio sea parte del inicio para que generaciones de estudiantes de Psicología se enfoquen en investigar el trabajo que realizan los Psicólogos en el campo clínico y la importancia de su presencia en un cuadro clínico de los pacientes y en especial los con diagnóstico terminal, el equipo multidisciplinario con que labora y sus familiares directos.

Que, en las futuras investigaciones, se obtenga mayor número de resultados que ayuden a los psicólogos a sobrellevar de manera natural el tema de la muerte, por lo tanto, afrontar de mejor manera la muerte de sus pacientes, entregando atención integral a estos en el proceso final de su vida.

En las visitas realizadas a los tres Centros Asistenciales, los psicólogos se mostraban sorprendidos que hubiese una preocupación por su labor y en especial por su persona, ya que, en todos sus años de trabajo, nunca habían

sido contactados para investigaciones como la presente. Por lo cual, solicitaron se les haga llegar una copia con los resultados obtenidos.

## Capítulo V

### Conclusiones

A través del desarrollo de este estudio, se puede concluir que los psicólogos muestran actitudes contradictorias frente a la muerte.

En los procesos de fin de vida, la formación del psicólogo se instala como un tópico básico y procedente, no existe una formación normada, por lo que nos encontramos con multitud de propuestas diferentes entre sí (Fernández, 2014).

Al respecto, se hace necesaria una formación para enfrentar el final de la vida que considere aspectos prácticos y vivenciales que otorguen al psicólogo recursos para poder afrontar este tipo de situaciones complejas (Fernández, 2014).

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

Los psicólogos poseen actitudes diferente frente a un mismo objeto o situación (la muerte), las actitudes positivas frente a la muerte les brinda la posibilidad de realizar adecuadamente su trabajo, siendo uno de sus roles principales dar atención a los pacientes moribundos, por lo cual su compromiso lo obliga a mantenerse firme por su bienestar laboral y profesional.

El verse competentes para realizar su labor sin que los sucesos que ocurren en su entorno lo afecten es un trabajo arduo, que consiguen involucrando componentes cognitivos o reflexivos que no intervienen en la realización de buena parte de sus funciones, pero cuando esto no resulta y los componentes afectivos predominan, el temor se apodera de ellos y aparecen actitudes evasivas como el dejar solo al paciente cuando

está en su etapa final, porque no están preparados para el correcto afrontamiento de la muerte .

Las actitudes evasivas que se detectaron podrían deberse al temor que los psicólogos tienen ante la muerte, lo cual se puede asociar a experiencias personales dolorosas, pérdida de sí mismo, por miedo a la no trascendencia, (no saber que hay después de morir), miedo al dolor y sufrimiento en el proceso de morir.

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

Cabe señalar que los resultados de la presente investigación solo se aplican para el grupo estudiado, pues la muestra forma parte de un grupo reducido de psicólogos.

## **Sugerencias**

1. Que las investigaciones futuras de los estudiantes psicología próximos a egresar, se enfoquen en el psicólogo y su labor en el campo clínico haciendo análisis que puedan identificar actitudes inadecuadas ante la muerte, que pudieran estar interviniendo en la atención integral al paciente moribundo.
2. Que los Centros Asistenciales públicos, faciliten el acceso a los profesionales encargados de las investigaciones científicas y permisos requeridos para que los estudiantes, realicen clases de investigaciones como la presente, que no significan un costo monetario para ello, al contrario, aporta para conocer la real situación en que se desenvuelven los psicólogos en su trabajo diario y que podrían mejorar para la atención al bienestar del paciente.

3. Que las redes de apoyo en los centros asistenciales, profesionales de salud mental como Psicólogos clínicos especialistas en psicología de la salud, puedan hacerse cargo de toda la problemática intrahospitalaria, como apoyo al equipo multidisciplinario, pacientes y familia.
4. Que los centros de formación como las instituciones en que laboran los psicólogos impartan seminarios, talleres, simposios en los cuales entreguen nuevos conocimientos y habilidades y se ha comprobado en el campo científico para para afrontar situaciones difíciles, como es el tema de la muerte, y brindar una atención eficaz, venciendo temores y aprensiones hacia el paciente moribundo y por lo tanto hacia la muerte.
5. Sería conveniente realizar investigaciones cualitativas, que permitan atender y comprender las actitudes de los Psicólogos, que trabajan con pacientes terminales, que contengan un número de muestras de toda una región y que nos permitan comparar resultados cuantitativos y cualitativos.
6. Que la Universidad establezca convenios con los centros asistenciales, y esto permitirá contar con redes de apoyo de profesionales de salud mental como psicólogos clínicos especialistas en psicología de la salud, que puedan hacerse cargo de toda la problemática intrahospitalaria, como apoyo a psicólogos practicantes.
7. Buscar instancias de preparación para afrontar situaciones difíciles, como es el tema de la muerte, incluir a los psicólogos de planta como practicante, en la realización de cursos, talleres, seminarios en los centros hospitalarios, para poder brindar una atención eficaz, venciendo temores y aprensiones hacia el paciente terminal y por lo tanto hacia la muerte.

## Capítulo VI

### Referencias

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*: México. D McGraw Hill Interamericana.

Barroso,I., Grau.J. (2012 ). *Eutanasia y cuidados paliativos*. Psicología y Salud, volumen. 22, (número 1: 5-25)

López,S., Vilalta,J., Garre,J., Pons,S., Cucurella,M. (2007 ). *Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia*. Neurología; 45 (11): 683-688

Gómez, R. (2011). *El medico frente a la muerte*. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (113), 67-82. doi: 10.4321/S0211

Maza, M., Zavala,M., Merino,J. (2008). *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*. Ciencia y Enfermería XV (1): 39-48

Arraras,J., Martínez,E. y Martínez,M. (2006). *Avances en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de pulmón*. Psicooncología. volumen 3, (número. 2-3), pp. 359-375

Fernández,M., García,M., Pérez,M. y Cruz,F. (2013). *Experiencias y obstáculos de los Psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida*. Anal. Psicología. volumen.29 (número.1)

Ascencio,L., Allende,S., y Verastegui,E. (2014 ). *Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo*. Psicooncología. Volumen. 11, (número,1), pp. 101-115. doi: 10.5209/rev

Barbero,J. y Díaz,L. (2007). *Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos*. Anales Sistema Sanitario Navarra. vol.30, supl.3

Zamora, R. (2006). *Ética en el cuidado del paciente grave y terminal*. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 32, (núm. 4)

*Código de ética profesional del Colegios de Psicólogos de Chile* (2008)  
Segunda Edición. Recuperado de <http://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2014/10/CODIGO-DE-ETICA-PROFESIONAL-VIGENTE.pdf>

*El concepto de salud*

Recuperado de <https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

Parales,C. y Vizcaino,M. (2007). *Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 39, (núm. 2), pp. 351-361.

Barreto, M. (1990). *El psicólogo ante el enfermo en situación terminal*. Anales de psicología, (2), 169-180 -



Miaja, M. y Moral, J. (2013) *El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuesta por KÜBLER-ROSS*. *Psicooncología*. vol. 10, (núm. 1), pp. 109-130. doi: 10.5209/rev

Kübler-Ross E. (1993) *Sobre la muerte y los moribundos*  
Ediciones Grijalbo, S.A. Aragón, 385, Barcelona Cuarta edición. Recuperado de <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH07f6.dir/doc.pdf>

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud*.  
Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la Psicología de la Salud*  
Editorial UniSon Impreso en la República Mexicana ISBN 968-7713-23-2  
Recuperado de <https://www.educacion-holistica.org/notepad/documentos/Psicologia/Introduccion%20Psicologia%20III%20-%20salud.pdf>

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*  
Pearson Educación, México, 2003  
ISBN: 970-26-0228-9

Casanueva Muñoz, G. (1984) *Actitudes sexuales*. Cambio de actitudes sexuales Tesis Doctoral. Univ. CompluPsicólogo de Madrid.

Urraca Martínez, S. (1981). *Actitudes ante la muerte* (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad... Madrid. Tesis Doctoral.

Pinillos, J.L. (1.978) *Lo físico y lo mental* Bol. Inform. Fund. J. Marc

Sanz, J. (1996) *La interfase curativa-paliativa*  
Recuperado de [http://www.revistaseden.org/files/art556\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art556_1.pdf)

Fraisse, P. (1967). *El papel de las actitudes en la percepción*  
Buenos Aires. Ed. Proteo.

Rokeach, M. (1976). *Creencias actitudes y valores*. San Francisco. Jasssey-Bass.  
Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/37093509\\_Beliefs\\_Attitudes\\_and\\_Values\\_A\\_The\\_ory\\_of\\_Organization\\_and\\_Change](https://www.researchgate.net/publication/37093509_Beliefs_Attitudes_and_Values_A_The_ory_of_Organization_and_Change)

Munne, F. (1980). *Psicología Social* Barcelona. CEAC.  
Recuperado de <http://wb.ucc.edu.co/psicologiasocial/files/2011/03/libro-munne-la-psic-soc-como-ciencia-teorica.pdf>

Casanueva Muñoz, G. (1984) *Actitudes sexuales*. Cambio de actitudes sexuales Tesis Doctoral. Univ. Complutense de Madrid.

Die, M. (2013). *Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario* Clínica Contemporánea Vol. 4, n.º 2, 2013 - Págs. 119-133

*Recuperado de*

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2013v4n2a3.pdf>

Limonero, J. (1994). *Evaluación de los aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Tesis doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de <file:///C:/Users/cmelo/Downloads/jtlq1de5.pdf>

## CAPITULO VIII ANEXO 1

### Escuela de Psicología.

#### Consentimiento Informado:

##### Estimado Encuestado:

Los instrumentos que usted tiene en sus manos forman parte del estudio sobre *“La actitud del Psicólogo frente al paciente oncológico terminal infantil”* que realizo en mi calidad de estudiante en proceso de titulación de la Universidad Miguel de Cervantes (UMC).

Considerando lo relevante que es su opinión para el correcto desarrollo de la investigación, se le solicita que dedique parte de su tiempo para responder estos instrumentos, cuya información será fundamental para los objetivos de la investigación, en cuanto a las variables del Cuestionario CAM, como los indicadores de la ficha sociodemográfica, por lo tanto, es de carácter confidencial e individual.

Si usted tiene dudas, consultas o requiere alguna aclaración puede comunicarse por escrito con:

*Estudiante de Psicología; \_ Celia Melo Galvez.  
\_ aozcolibri@hotmail.com.*

Se le solicita que esta encuesta sea completada con toda la información requerida y devuelta a la brevedad una vez finalizada. La participación en esta encuesta es absolutamente voluntaria.

Por favor responda los cuestionarios adjuntos, no hay respuestas ni buenas ni malas, sino lo que nos interesa es conocer su opinión al respecto.

---

FIRMA

**De antemano, te agradezco tu colaboración,  
MUCHAS GRACIAS.**

## ANEXO 2

### Cuestionario de actitud ante la muerte

Fecha: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

#### Instrucciones

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

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

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

Muchas gracias

N°	Preguntas	Desacuerdo	Acuerdo
1E	Pensar en la muerte es perder el tiempo		
2°	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida		
3T	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad		
4P	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor		
5S	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida		
6PP	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional		
7°	Mi vida tiene más significado porque yo acepto al hecho de mi muerte		
8E	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable		
9T	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida		
10P	Pienso que viviré después de la muerte		
11PP	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir		
12PP	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área		
13T	Yo temo morir joven		
14S	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		
15S	Prefiero morir a vivir sin calidad		
16A	He pensado en mi muerte como un hecho imposible		
17E	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte		

18P	Veo la muerte como un paso a la eternidad		
19PP	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte		
20PP	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo		
21S	He pensado que no vale la pena vivir		
22E	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real		
23A	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal		
24T	Encuentro difícil encarar la muerte		
25P	Yo espero con placer la vida después de la muerte		
26PP	Más alto sentido de mi trabajo es salvar vida del paciente		
27°	Me siento más libre al aceptar mi muerte		
28T	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte		
29P	Después de la muerte encontrare la felicidad		
30PP	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural		
31S	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio		

## ANEXO 3

### ENCUESTA PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Fecha: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

#### **Edad**

- a) Joven (20-25 años)
- b) Mediana (35 -49 años )
- c) Madura (> de 50 años)

#### **Sexo**

- a) Femenino
- b) Masculino

#### **Estado Civil**

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Divorciado

#### **Religión**

- a) Creyente
- b) No creyente

#### **Grado de Estudios**

- a) Licenciatura
- b) Post grado
- c) Magister
- d) Doctorado

#### **Años de Experiencia Clínica**

- a) Bajo (0 -5 años )
- b) Media (5 – 12 años)
- c) Alta (> a 13 años)

**Años de Experiencia en el área de oncología**

- a) Bajo (0 -5 años )
- b) Media (5 – 12 años)
- c) Alta (> a 13 años)

**Tiempo de atención al paciente terminal**

- a) Bajo (0 -5 años )
- b) Media (5 – 12 años)
- c) Alta (> a 13 años)

**Preparación de pregrado sobre el tema**

- a) Buena satisfactoria
- b) Pobre regular

**Sistema de apoyo institucional en el tema**

- a) Si
- b) No

**Edad que tuvo su primer contacto con la muerte**

- a) Menor a 10 años
- b) 10 a 16 años
- c) 17 a 23 años
- d) > a 24 años

**De quien fue la muerte**

- a) Una persona
- b) Un animal