



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN
PEDIATRÍA**

**“AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE NEONATAL EN EL PERSONAL
MÉDICO DE LOS SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA DE LOS
HOSPITALES DE LA CIUDAD DE QUITO DE AGOSTO A
DICIEMBRE DEL AÑO 2017”.**

AUTORAS:

**LIGIA PAOLA SISALIMA FLORES
MARÍA VERÓNICA ALVARADO ARÉVALO**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FREDDY CARRIÓN GONZÁLEZ

TUTORA METODOLÓGICA:

MAGISTER PATRICIA ORTIZ

QUITO, 2018

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, por guiar mis pasos e iluminar siempre mi camino para cumplir este sueño, ser Pediatra.

A mi compañero de vida, George, por su amor, su paciencia, por creer en mí y por caminar juntos a pesar de las adversidades.

A mi hija, Valentina, por su fortaleza, valentía y amor, tú me enseñaste a ser madre, tú serás por siempre la mejor bendición de mi vida.

Paola

A mis padres Judith y Santiago quienes, a pesar de la distancia, siempre me dan su amor, comprensión y apoyo incondicional, enseñándome siempre alcanzar mis sueños a pesar de las adversidades.

A mis hermanos por su cariño y su compañía en los momentos más difíciles.

A mi abuelito Manuel, por apoyarme siempre en mis estudios y estar presente en sus oraciones.

Verónica

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la vida, por ser nuestra guía y fortaleza, por bendecir nuestro camino en todo momento y obsequiarnos la oportunidad de cumplir nuestros sueños.

A nuestras familias por su apoyo incondicional, por enseñarnos con su ejemplo a ser personas fuertes, responsables y trabajadoras, por cada palabra de aliento brindada a pesar de la distancia, fortaleció nuestros corazones y nos ayudaron a dar siempre lo mejor de nosotras.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a sus docentes, por la oportunidad de ser parte de este establecimiento y forjarnos como especialistas en Pediatría.

A la Unidad Metropolitana de Salud Sur, nuestro segundo hogar, por ayudarnos en nuestra formación durante el posgrado.

A todas las autoridades y personal médico de las instituciones de salud, por su apertura e interés para la elaboración y culminación de esta investigación.

A todas las personas y amigos que conocimos en este camino su ayuda, amistad, consejos y experiencia han permitido culminar este gran sueño.

A todos, gracias.

María Verónica Alvarado Arévalo

Ligia Paola Sisalima Flores

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
-----------------	---

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 LA MUERTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA	4
2.2 MUERTE NEONATAL	6
2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE NEONATAL	8
2.4 MUERTE EN NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE SALUD	10
2.4.1 AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE	12
2.4.2 ACTITUD ANTE LA MUERTE	13
2.4.3 ESCALA PARA VALORAR ACTITUD A LA MUERTE	14
2.4.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	16
2.5 JUSTIFICACIÓN	17

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS	19
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
3.2 OBJETIVOS	19
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	19

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3.3 HIPÓTESIS	20
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20
3.4.1 CUANTITATIVA	20
3.4.2 CUALITATIVA	21
3.5 TIPO DE ESTUDIO	22
3.6 UNIVERSO Y MUESTRA	22
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	23
3.7.1 CRITERIOS INCLUSIÓN	23
3.7.2 CRITERIOS EXCLUSIÓN	23
3.8 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
3.9 ANÁLISIS DE DATOS	24
3.9.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO	24
3.9.2 ANÁLISIS CUALITATIVO	25
3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS	25
 CAPITULO IV	
4. RESULTADOS	27
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	27
4.2 DIMENSIONES Y ACTITUD FRENTE A LA MUERTE	28
4.3 ANÁLISIS BIVARIAL	29
4.3.1 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y LAS DIMENSIONES DE ACTITUD FRENTE A LA MUERTE	29
4.3.1.1 DIMENSIÓN EVITACIÓN	29
4.3.1.2 DIMENSIÓN ACEPTACIÓN	30

4.3.1.3 DIMENSIÓN TEMOR	32
4.3.1.4 DIMENSIÓN PASAJE	33
4.3.1.5 DIMENSION SALIDA	34
4.3.1.6 DIMENSIÓN PERSPECTIVA PROFESIONAL	36
4.4 RESULTADOS CUALITATIVOS	37
4.4.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	37
4.4.1.1 DIMENSIÓN PROBLEMA	37
4.4.1.1.1 CATEGORÍA CONFRONTACIÓN	37
4.4.1.1.2 CATEGORÍA BÚSQUEDA APOYO SOCIAL	39
4.4.1.2 DIMENSIÓN EMOCIÓN	41
4.4.1.2.1 CATEGORÍA AUTOCONFIANZA	41
4.4.1.2.2 CATEGORÍA DISTANCIAMIENTO	43
4.4.1.2.3 CATEGORÍA REEVALUACIÓN POSITIVA	45
4.4.1.2.4 CATEGORÍA AUTOINCULPACIÓN	47
4.4.1.2.5 CATEGORÍA ESCAPE/EVITACIÓN	49
CAPÍTULO V	
5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
5.1 LIMITACIONES	55
CAPÍTULO VI	
6. CONCLUSIONES	56
CAPÍTULO VII	

7. RECOMENDACIONES	58
--------------------	----

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
-------------------------------	----

ANEXOS	67
---------------	-----------

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)	67
---	----

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	69
-----------------------------------	----

ANEXO 3: ENTREVISTA	71
---------------------	----

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Características Sociodemográficas de población participante	27
TABLA 2. Dimensiones de Actitud Frente a la muerte en personal médico	29
TABLA 3. Relación entre características demográficas y evitación	30
TABLA 4. Relación entre características demográficas y aceptación	31
TABLA 5. Relación entre características demográficas y temor	32
TABLA 6. Relación entre características demográficas y pasaje	34
TABLA 7. Relación entre características demográficas y salida	35
TABLA 8. Relación entre características demográficas y perspectiva profesional	36

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Tasa de Muerte Neonatal, Ecuador 2000 - 2010	9
FIGURA 2. Dimensión Problema: Categoría Confrontación	39
FIGURA 3. Dimensión Problema: Categoría Apoyo Social	40
FIGURA 4. Dimensión Emoción: Categoría Autoconfianza	43
FIGURA 5. Dimensión Emoción: Categoría Distanciamiento	45
FIGURA 6. Dimensión Emoción: Categoría Revaluación Positiva	47
FIGURA 7. Dimensión Emoción: Categoría Autoinculpación	49
FIGURA 8. Dimensión Emoción: Categoría Escape/Evitación	50

RESUMEN

INTRODUCCION: Afrontar la muerte neonatal se considera una situación estresante, donde la correcta adquisición de actitudes y estrategias ayudará a los profesionales de la salud a realizar un abordaje integral para el neonato y su familia.

OBJETIVO: Explicar cómo afrontan la muerte neonatal los médicos de Neonatología de los hospitales de la ciudad de Quito de agosto a diciembre del año 2017.

METODOLOGIA: Estudio mixto, con un componente cuantitativo de diseño descriptivo transversal que investigó las actitudes mediante un cuestionario modificado a la muerte neonatal, y un componente cualitativo de diseño interpretativo que investigó las estrategias mediante una entrevista individual.

RESULTADOS: En el componente cuantitativo existió predominio de sexo femenino (71,7%), adulto joven (87%), tercer nivel de educación (61,5%), sin pareja (54,9%), residentes (61,5%), creyentes (94,2 %), hospitales privados (51,3%), con poca experiencia laboral (90,7%); con alto porcentaje de actitud negativa en evitación (85,4%), aceptación (71,7%), temor (61,9%), pasaje (69%), salida (70,4%) y perspectiva profesional (77,4%) sin asociación estadística significativa con las características sociodemográficas; pero el tercer nivel (56,1%), los residentes (56,1%) y con poca experiencia laboral (75,6%) constituyen factores de protección para una actitud negativa en la dimensión temor y perspectiva profesional. En el componente cualitativo las estrategias de afrontamiento basadas en el problema y la emoción son parcialmente conocidas por eso se observó un mal manejo del dolor, estrés emocional y profesional.

CONCLUSIONES: Existió predominó de actitudes negativas en las dimensiones por contenido afectivo, temor y evitación. Las estrategias de afrontamiento son parcialmente conocidas que impide dar una atención humanizada al paciente neonatal y su familia.

Palabras claves: *Actitud, afrontamiento, estrategias, médicos, muerte neonatal.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Facing neonatal death is considered a stressful situation, where the correct acquisition of attitudes and strategies will help health professionals to make an integral approach for the newborn and his family.

OBJECTIVE: Explain how neonatal deaths face the Neonatology doctors of the hospitals of the city of Quito from August to December of the year 2017.

METHODOLOGY: Mixed study, with a quantitative component of transversal descriptive design that investigated attitudes through a modified questionnaire to neonatal death, and a qualitative component of interpretive design that investigated the strategies through an individual interview.

RESULTS: In the quantitative component, there was predominance of females (71,7%), young adults (87%), third level of education (61,5%), no partner (54,9%), residents (61,5%), believers (94,2%), private hospitals (51,3%), with little work experience (90,7%); with a high percentage of negative attitude in avoidance (85,4%), acceptance (71,7%), fear (61,9%), passage (69%), exit (70,4%) and professional perspective (77,4%) without significant statistical association with sociodemographic characteristics; but the third level (56,1%), residents (56,1%) and with little work experience (75,6%) constitute protection factors for a negative attitude in the fear dimension and professional perspective. In the qualitative component, the coping strategies based on the problem and emotion are partially known; therefore, poor management of pain, emotional and professional stress was observed.

CONCLUSIONS: There was a prevalence of negative attitudes in the dimensions due to affective content, fear and avoidance. Coping strategies are partially known that prevents humanized attention to the neonatal patient and his family.

Keywords: Attitude, coping, strategies, doctors, neonatal death.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Hablar de la muerte neonatal es una situación compleja poco visible y reconocida en nuestro medio; su definición y consecuencia depende del contexto que se analice; según la OMS la muerte neonatal es un efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un recién nacido; y con ello el fin de la vida, la mayoría de los fallecimientos de neonatos (75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas. (OMS 2016).

Por lo tanto; se conceptualiza el término de muerte neonatal al que ocurre durante el periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. La muerte neonatal puede clasificarse en dos periodos: precoz es aquel que se presenta durante los primeros 7 días y la tardía es la que ocurre luego de los 7 días hasta los 28 primeros días de vida. (Prieto y Pérez 2007).

La predisposición de los seres humanos en formar vínculos con las personas que nos rodean hace que existan reacciones reflejadas en comportamientos y emociones al presentar amenazas contra este vínculo.

Ya sea la muerte precoz o tardía provoca un gran impacto emocional en los profesionales de salud que se involucran no solo en la atención médica sino en los diversos cuidados humanizados que se brindan a los neonatos desde su nacimiento. (Pastor, 2016).

Para todos los profesionales que se encuentran laborando en unidades obstétricas y neonatales, la pérdida neonatal es una experiencia compleja (Wallbank y Robertson, 2013; Nuzum et al 2014) que hace que florezcan respuestas como dolor, desasosiego, ansiedad, frustración, ira, tristeza, pena, culpa, impotencia, inseguridad y estrés. (Gardner, 1999; Nuzum et al 2014, Gálvez, 2006; Jones y Smuythe, 2015).

La muerte neonatal implica una reacción natural universal, siendo algo personal y único que se experimenta afectando los aspectos psicológicos, emocionales, mentales, físicos y espirituales. (Aerde, 2015).

Es aquí donde los profesionales de la salud frente a una muerte de alto impacto deben afrontar adecuadamente la muerte neonatal, pero su diario trabajar con pacientes críticos, vivir en un trabajo donde se incita a olvidar el dolor, el llanto y la intimidad frente al sin número de diagnósticos devastadores, relegan esta responsabilidad a otros servicios especializados y al final no brindan una atención adecuada.

La muerte es una experiencia dolorosa, que produce sufrimiento en cualquiera de las circunstancias que esta ocurra y donde las emociones de los profesionales juegan un papel determinante en la respuesta asistencial (García, et al. 2010). Pero es especialmente difícil, exigente y estresante cuando ocurre en ambientes en los que se producen acontecimientos felices, como es el nacimiento de un bebé. (Wallbank y Robertson, 2013).

Hablar de la muerte no es sencillo para el equipo de salud, no es fácil nombrarla y transmitir esta realidad a los padres. Se tolera con menor angustia su presencia cuando guarda un cierto estatuto de esperable con relación a la edad cronológica, pero cuando aparece en el inicio de la vida se instala una paradoja muy difícil de tolerar tanto para los padres como para el equipo de profesionales que asistirán a las familias. Sin embargo, es fundamental que los padres sean apoyados en la elaboración del duelo desde antes del evento de la muerte, cuando existe claridad en este pronóstico. Y que puedan vivenciar la despedida de su hijo sintiéndose validados y acogidos, como etapa inicial del proceso de duelo. Las familias que reciben compasión manejan mejor el duelo y están mejor equipadas para integrar la muerte de su hijo/a en su vida. (Guía para el Manejo de Duelo, 2016).

Frente a esta situación se planteó realizar esta investigación para determinar cómo afrontan la muerte neonatal los profesionales de salud, a través de distintas actitudes y estrategias que

desarrollan en el momento de evidenciar dicha situación.

Para afrontar la muerte de un paciente neonatal se requiere de una combinación de actitudes y estrategias, la adquisición de estas competencias ayuda a los profesionales de la salud a llevar a cabo intervenciones que avalen un abordaje integral y coordinado para afrontar la muerte neonatal.

Por tal motivo este trabajo intenta explorar las diversas actitudes y estrategias que desarrollan los médicos que laboran en los Servicios de Neonatología de la ciudad de Quito que a diario viven el morir o lidian con la muerte de sus pacientes, mediante la realización de un cuestionario y entrevista que nos permitirá evidenciar el pensamiento introspectivo y vivencial de cada una de sus experiencias.

Todo esto permitirá brindar una atención humanizada, empática, personalizada, integral, adecuada y asertiva para los médicos que afrontan los momentos de muerte neonatal así como para la familia del neonato fallecido.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 LA MUERTE A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La muerte ha sido declarada desde siempre un acontecimiento muy problemático, motivo de estudio en el mundo desde tiempos antiguos, donde a lo largo de toda la civilización ha tenido varias concepciones y menciones. Entre ellas se destaca como un fenómeno primordial que lleva a la reflexión sobre la condición humana. La muerte representa no sólo el propósito de comprender el significado del hombre como ser vivo, es además una cuestión que causa miedo, calamidad y separación. El conflicto de lidiar con ella se encuentra presente en cada una de las creencias, valores y visión de cada sujeto y puede ser entendida de distintas formas y significados. (Cunha, 2012).

Entre los primeros discernimientos de la muerte se inicia en la prehistoria, en el período paleolítico, donde el cuerpo y el alma fueron concebidos como inseparables. Ellos pensaban que al enterrar al cuerpo, el alma iban juntos, dando por confinada la vida. En este período había una expectativa de vida baja, la muerte ocurría por ataque de un animal, por peleas o por heridas. (Arruda y Piletti, 2000).

En el período neolítico se ha descubierto vestigios de la concepción de sobrevivencia después de la muerte por los ornamentos, instrumentos y alimentos encontrados junto a los muertos. Allí los rituales fúnebres manifiestan la idea del alma separada del cuerpo. (Piletti, 1999). Se encuentra que en las primeras civilizaciones occidentales, los muertos fueron sepultados con sus posesiones o herramientas, para que cuando fueran de la vida terrenal a la vida eterna, tengan todo lo necesario. Se menciona que el enfermo era cuidado y acompañado por su familia, ellos escuchaban las últimas súplicas y deseos del enfermo, su cuerpo al final era

sepultado junto a su casa y la familia lloraba la muerte sin cuestionar, creían que se entregaba a la vida eterna. (Arruda y Piletti, 2000).

En la edad media la muerte se identificaba con actitudes como la aceptación, la naturalidad de los rituales, la familiaridad y la preocupación con la misión de los muertos. Enlazada a esta idea la muerte era fácilmente percibida por causa de signos naturales que se mostraban frente a alguna enfermedad, peste o imposición social de la iglesia, que decretaba penitencias como la horca y la hoguera. Martín y Saiz (2007) señalan que “se trataba también de un hecho público, en el seno de la comunidad de la familia, de los amigos y de los vecinos; el moribundo era el centro de reunión”. (p.10). El velatorio era realizado en casa, el cuerpo estaba expuesto a todas las personas, la familia en especial las mujeres cuidaban y se encargaban de comunicar al pueblo el estado de su familiar sobre el cortejo fúnebre. (Ariés, 2003).

A partir de siglo XVIII, se observa una gran preocupación por la muerte del otro, fue un periodo palpable por la presencia de las sepulturas, donde el muerto era recordado y bien guardado. Hubo una divulgación de la creencia de que se entierre a los muertos junto a las iglesias a los tumbas sagradas, para guardar el alma. Aquí surgen los primeros miedos vinculados al enfermo. Se trato de una época con pestes y muertes con una necesidad de brindar ayuda al enfermo y su cuidado, para evitar su transmisión y se crea que los enfermos dejen los hogares y sean llevados a instituciones. (Ribeiro, 1996).

Según Campos (1995) “los primeros hospitales fueran creados como locales de aislamiento donde la caridad se ejercía como una práctica de cristianismo. Eran locales para pobres, mujeres desamparadas, viejos y enfermos crónicos que estaban bajo el cuidado de monjes y religiosos”. (p.18). En estos hospitales el trabajo fue ejecutado por voluntarios y religiosos, al principio fue declarado un lugar para morir, pero al final del siglo XVIII pasó a ser un lugar de cura. Es ahí donde la práctica médica entra en los hospitales, al divisar que en esos lugares

se podrían promover enfermedades en las personas ingresadas además del resto de la población. Aquí el médico se implanta como la imagen de la institución y el papel de cuidador fue dada a los voluntarios que fueron realizando su labor con la fe cristiana, es por esto que basaban la muerte en enseñanzas cristianas. Este pensamiento permitió una aceptación del proceso de muerte. (Foucault, 1979).

Con el desarrollo mundial y los avances científicos y tecnológicos, se instaura la modernidad, aproximadamente del siglo XVI al XVIII. El hospital pasa a ser una institución que brinda servicios especializados para enfermos con todo el equipamiento especial para el proceso de cura. En la actualidad, el médico se considera aquel profesional cuyo papel implica el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Actualmente se ha iniciado la institución de una política de humanización, desde el cuidado y preocupación por el enfermo en medio de la complejidad del ser humano y la contextualización de todos los aspectos en el proceso de salud/enfermedad. El psicólogo desarrollaría un papel donde proporcione y adquiera conocimientos con el objetivo de dirigir una función estructurada con una enorme comprensión del sufrimiento y del proceso de muerte del paciente, contextualizada en todos los aspectos mentales y sociales, y no sólo en el físico. (Cunha, 2012).

2.2 MUERTE NEONATAL

La muerte neonatal está reconocida en nuestro medio, como una de las experiencias más traumáticas que la sociedad puede enfrentar ya que no existe un guión preestablecido para sobrellevar este evento. Es asociada a múltiples factores, por ejemplo: factores psicológicos, sociales, culturales, sentimentales, religiosos, ambientales, socioeconómicos, entre otros, los mismos que se perduran a largo plazo. Luego de sufrir el fallecimiento del recién nacido, se presenta una serie de sentimientos denominado estado de duelo siendo esta una respuesta normal ante la pérdida de un ser querido, donde se experimenta diferentes reacciones como

culpa, irritabilidad, sentimientos de vacío, pena, llanto insostenible, temor al futuro, rabia, incredulidad y apatía. Abordar la muerte neonatal desde la perspectiva profesional, es una tarea delicada que no deja indiferentes a los médicos que cuidan y acompañan en cese de la vida.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como:

la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. Se considera un problema de salud pública y es el indicador básico para valorar la calidad de la atención en salud del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. (De la Cruz Gallardo, Robles Calvillo, & Hernández Blé, 2009).

Dentro de este concepto de mortalidad neonatal existen dos clasificaciones dadas por el tiempo de vida; la mortalidad neonatal temprana es la que ocurre dentro de los primeros siete días de vida y la mortalidad tardía que se produce dentro de los siete hasta los 28 días de vida. (Lomuto, 2006).

La OMS indica que :

cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal. Durante el primer mes, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana. (OMS, 2016, p.1).

El neonato es considerado a nivel mundial un ser dependiente, indefenso y vulnerable, que, a pesar de los progresos en medicina para evitar su muerte, es considerado actualmente un importante problema de salud a nivel internacional, sobre todo en países de bajo desarrollo social. Existen diferentes tipos de condiciones que pueden desencadenar la muerte neonatal, como la falta de acceso a la salud, nivel socioeconómico, religión, cultura, analfabetismo, situaciones que pueden ser tratadas a tiempo y evitar la mortalidad infantil.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE NEONATAL

La mortalidad infantil después de los años 70 se convirtió en uno de los principales indicadores de salud para medir el grado de desarrollo alcanzado por un país o una región, a mayor mortalidad infantil menor desarrollo, a menor mortalidad infantil mayor desarrollo, clasificación que llevó a adoptar los términos en países desarrollados y subdesarrollados. (UNDP, 2003).

En septiembre del 2000, la Organización Mundial de la Salud junto a representantes de 189 países miembros de las Naciones Unidas proponen ocho objetivos para el desarrollo del milenio (ODM), dentro de los cuales se comprometen a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación. Dentro de estos objetivos se ofrece reducir en las dos terceras partes la muerte neonatal entre 1990 y 2015, obteniéndose resultados alentadores que van de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en el año 2013. (Naciones Unidas, 2015, p.33).

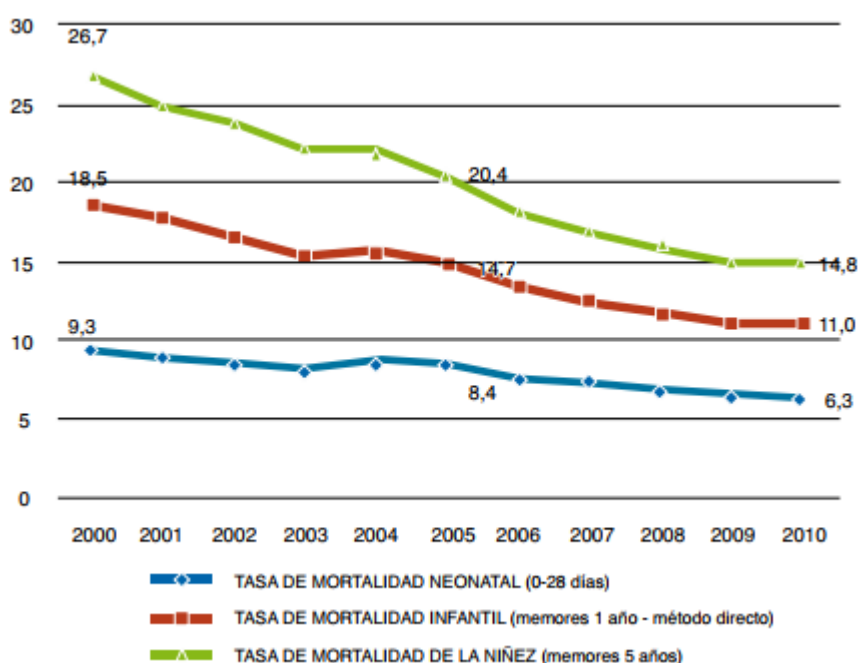
Según el reporte de los Indicadores básicos de la situación de salud en las Américas del 2017, indica que la tasa de mortalidad neonatal más alta en el mundo se presenta en el Caribe latino con el 18.6 por cada 1000 nacidos vivos, seguida del Caribe no latino con el 14.6, el área Andina con el 11.8 y en el Ecuador de 5.2 por cada 1000 nacidos vivos. (OPS,OMS, 2017)

En América Latina se ha avanzado mucho más en la descripción del fenómeno de la mortalidad neonatal que en la explicación de las causas que lo determinan, a pesar de la adversa situación económica se han registrado progresos significativos en los principales indicadores de salud incluyendo reducciones en la mortalidad infantil. Sin embargo, al analizar los promedios regionales o nacionales de esos indicadores se dejan ver las marcadas desigualdades existentes entre los países y al interior de estos. En muchos casos incluso se ha ampliado la brecha entre América Latina y el Caribe y las regiones más desarrolladas del mundo. (Pierdant, 2000; Alazraqui, 2001; OPS, 2001).

El registro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el 2006, informa que en ese año existió un total de 2087 neonatos fallecidos, siendo sus causas principales: problemas relacionados a trastornos respiratorios en el 27.5%, seguido de patologías asociadas al tiempo corto de gestación, como prematuridad, retardo de crecimiento y bajo peso al nacer 24.4% y en tercer lugar malformaciones congénitas y cromosómicas en el 13.4%. Donde “los niños y niñas que habitan en las áreas rurales, indígenas y en situación de pobreza tiene mayor probabilidad de morir durante el periodo neonatal”. (MSP, CONASA, 2008).

Se observa significativamente la disminución de la mortalidad neonatal del 9.3 en el año 2000 a 6.3 para el año 2010, esto se debe al desarrollo de nuevas políticas de salud y el avance en el acceso a servicios de salud. (MSP Ecuador, 2010) (Figura 1)

Figura 1. Tasa de Muerte Neonatal, Ecuador 2000 - 2010



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2010

Para el año 2016, el Instituto Nacional de Encuestas y Censo (INEC), indica que la tasa de mortalidad infantil disminuyó a 12,7 muertes infantiles por cada 1.000 nacimientos entre 1990 y 2016. Dentro de las primeras causas de muerte infantil en el 2016, se relacionan a

muertes producidas en el periodo neonatal. El 12.59% representan patologías relacionadas con dificultad respiratoria del recién nacido, en segundo lugar, Neumonía con el 5.8% y como tercera causa Sepsis del recién nacido con el 5.65%. (INEC, 2016), se ha visto que el manejo de la prematuridad en nuestro medio es más llevadero razón por la que no encuentra dentro de las causas principales a comparación de años anteriores.

2.4 LA MUERTE EN NEONATOLOGÍA Y EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE SALUD

El neonato necesita atención médica desde su nacimiento por varias causas: prematuridad, enfermedades o malformaciones congénitas, estas se exhiben de manera simultánea con sucesos inesperados y abrumadores. Myles y Brunsen (2003) mencionan que: “se agrupan dos elementos estresores, el nacimiento, que implica para los padres un cambio en la dinámica familiar, y la enfermedad, la cual se convierte en una condición dolorosa por representar un cambio de la situación esperada durante el embarazo, en cuanto a la salud del niño se refiere”. Estos cambios originan estrés, y cuando se aglomeran dos o más, se instituye una mezcla de intereses, emociones, logros, satisfacciones junto a experiencias desagradables proporcionando un ambiente de incertidumbre. (Soto, 2012).

En las unidades de cuidados intensivos neonatales la muerte del neonato es vivida de manera única e individual, con diferente significado dependiendo de sus cuidadores o su percepción debido al sentido y calidad de tiempo de cuidado, apego con el paciente e inversión emocional con el paciente y/o familiares. En estas unidades el trabajo se desarrolla en un ambiente con mucha carga emocional, frente a un duelo permanente que viven los padres y el significado de dolor de la muerte neonatal para el profesional de salud. Este cuidado se realiza mediante una relación paciente - personal salud que involucra contacto mediante comunicación, lazos y unión. (Soto, 2012).

Satir (2005) plantea que “la comunicación afectiva es relevante en las interacciones humanas, en unas ocasiones evita situaciones problemáticas y en otras las resuelve”. Todos los progresos en el cuidado de recién nacidos prematuros representan un enorme progreso en la neonatología moderna. Levin 1999 menciona “las unidades de cuidados intensivos neonatales cada vez más eficientes cumplen un papel importante en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil”.

En el ejercicio profesional cuando existe una hospitalización larga con diagnósticos de enfermedades terminales en la unidad de cuidado intensivo neonatal se observan diferentes reacciones en cada uno de los profesionales de salud. El estrés y la depresión son algunos de los aspectos que frecuentemente se han detectado y que interfieren en la comunicación u organización. Así se ha vinculado una serie de emociones para la enfermera que labora en la unidad de cuidados intensivos neonatal frente a la muerte de un neonato que ha estado bajo su cuidado y protección. Experimenta dolor, rabia, desesperación; sentir culpa, frustración, depresión, sensación de vacío y soledad. (Soto, 2012).

Heyland, et al (2002) indica que “cuando un niño ingresa en la unidad de cuidados intensivos neonatal el equipo que le atiende tiene un objetivo común: salvar su vida” Además Kirchhoff et al (2000) propone que “resulta interesante analizar desde diferentes perspectivas la vivencia de la muerte en la unidad de cuidado intensivo neonatal, observándose discrepancias en algunos aspectos según el estamento y el grado de responsabilidad sobre el paciente”. Así mismo, “se destaca la necesidad de los médicos y enfermeras de mejorar sus habilidades a la hora de comunicar malas noticias, de valorar correctamente el dolor, los síntomas molestos y aliviarlos, así como de mejorar la relación y comunicación con las familias en la fase terminal del paciente”. (Fins y Solomon, 2001).

En todas las unidades de cuidados intensivos neonatales, se destaca la presencia de profesionales de enfermería, las cuales se encuentran atentas a las necesidades del recién

nacido donde demuestran sus conocimiento y destrezas; esto ejerce en gran manera sobre la recuperación y rehabilitación, además el estar sujetos a emociones fuertes como ansiedad y temor, lleva en muchas ocasiones a no poder manejar un duelo frente a la muerte de un recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatal. (Soto, 2012).

Se proyecta que la labor del profesional de la salud, cuando se encuentra frente a situaciones de pérdidas significativas, debe orientar el duelo de forma sana, es decir, acompañar a la persona en duelo, por un camino calmado, largo y extremadamente doloroso, que implica desmontar poco a poco el vínculo, la relación con su ser amado y guardar en el mundo interno su imagen, su recuerdo y/o el recuerdo de sus experiencias de vida. (Barrantes, 2001). Lamentablemente, en la actualidad, el equipo de salud se ha formado para promover la salud, extender la vida, reconocer riesgos, curar y rehabilitar enfermos, mitigar el dolor físico; mas no para percibir que su intervención profesional esta dirigida también para ayudar al enfermo y su familia, permitiendo dignamente que enfrenten la muerte y el duelo, confirmando sus decisiones, para que afronten no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales. (Carmona y Bracho, 2008).

2.4.1 AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE

Según el diccionario Oxford, afrontar se define como: “mantenerse en actitud de oposición ante un problema, situación difícil u obligación sin eludirlos, asumiendo el esfuerzo que suponen, luchando y actuando de acuerdo con sus exigencias”. (2018).

El afrontamiento trata de manejar situaciones que puedan generar estrés en el individuo, con las que busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa sus capacidades, ya sea resignificando el estímulo, a través de las acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante. (Macías, Madariaga, Valle, Zambrano, 2013).

El afrontar la muerte, dependerá del contexto individual, abarca particularidades biográficas, culturales, perceptivas, sociales, edad del paciente y del escenario en que esta se presente. (Cruz, 2007).

Para afrontar la muerte como personal médico, es necesario comprender nuestra propia condición de humanos sensibles a sufrir y lograr así una inteligencia emocional, personal y social como parte de las fortalezas, aunque no ocurre en todos los casos y como estrategia de protección se acoge al distanciamiento afectivo.

Por tal motivo el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, y en la cual ejerce un efecto de mediación los rasgos de personalidad. (Macías, Madariaga, Valle, Zambrano, 2013),

2.4.2 ACTITUD ANTE LA MUERTE

Para valorar las actitudes que tienen los médicos ante la muerte neonatal, se debe comenzar con el concepto de actitud, que refiere a respuestas evaluativas relativamente estables, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas afectivas y comportamentales. (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Un estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada. (Cordero, Jiménez y Marrero, 2003; Mendoza, Peraza y Pineda, 2005).

Entre los componentes que se mencionan en una actitud se incluye:

- **Cognitivo:** ideas y creencias sobre el objeto de la actitud. Representa el conocimiento que, dentro de ciertos límites de certeza, tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable. Se refiere a las expresiones de pensamiento concepciones y creencias, acerca del objeto actitudinal, en este caso, la

estadística incluye desde los procesos perceptivos simples hasta, los cognitivos más complejos (Baron y Byrne, 1999; Plaza y Janes, 2002).

- **Afectivo:** emociones que produce el objeto de la actitud. Está constituido por expresiones de sentimientos hacia el objeto de referencia. Recogería aquellas emociones y sentimientos que despierta la estadística, y por ello son reacciones subjetivas, positivas, negativas, acercamiento, huida, placer y dolor. (Flügel y Young 2000).
- **Conductual:** acción respecto al objeto de la actitud. Se entiende por conducta cualquier respuesta que un sujeto presenta ante un estímulo, respuestas que pueden ser fisiológicas, motrices, mentales, o combinaciones de ellas. El componente conductual aparece vinculado a las actuaciones en relación con el objeto de las actitudes. Son expresiones de acción o intención conductual y representa la tendencia a resolver en la acción de una manera determinada. (Diccionario de Psicología, 1991; Fernández, 2008).

2.4.3 ESCALA PARA VALORAR ACTITUD A LA MUERTE

Varios instrumentos han sido elaborados con la intención de evaluar las actitudes frente a la muerte, entre ellos se menciona: Henrion (1983) desde la Psicología Existencial, quien establece una línea de base del sentido de la vida con un instrumento: el PIL (Purpose in Life Test), desarrollado en pacientes con cáncer del Veterans Administration Medical Center, en Estados Unidos, Neimeyer (1997) con el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), de Wong, Reker y Gesser, de Martin y Salovey (1996) el cuestionario conocido como “Death Attitudes and Self-Reported Health/relevant Behaviors”, y reformulado como “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” (CAM-1) (Hernández, 1997), entre otros.

En estos instrumentos el estudio se basa en las actitudes frente a la muerte, se señala así la evitación como la dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte, de modo que la conducta se pueda ver afectada, otra es la aceptación que es la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se da la bienvenida, el temor a la muerte la misma que se relaciona con pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte, el pasaje o tránsito es la percepción de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma, la aceptación de escape es la visión de la muerte como escape de una vida llena de sufrimiento y perspectiva profesional desde el ámbito personal. (Huertas, Allende y Verástegui, 2014).

Todas estas actitudes se resumen en el instrumento original elaborado por sus autores a partir de la revisión del *Death Attitudes and Self-Reported Health – relevant Behaviors*, (Martin, et al 1996) el cual fue sometido a criterios de expertos hasta su versión final, siendo denominado convencionalmente Cuestionario de Actitudes ante la Muerte de Templer (Templer, 1970) (CAM) que contiene 33 proposiciones, distribuidas a lo largo del texto del instrumento, 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, donde tienen 2 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, ésta se puntúa del 1 al 5 donde el 1 corresponde a totalmente en desacuerdo y 5 a totalmente de acuerdo (Huertas, Allende y Verástegui, 2014).

Para nuestra investigación se realizó una adaptación hacia la muerte neonatal de este cuestionario donde la calificación resultante de cada médico a las diferentes dimensiones, serán expresadas en valores en una base de datos para su procesamiento posterior, identificando su actitud positiva o negativa hacia la muerte.

2.4.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

A lo largo de los tiempos se ha intentado comprender el proceso que atraviesa el ser humano cuando se ve sumergido en situaciones que generan estrés, que son desbordantes y que se intenta manejar a través de ciertas estrategias, considerando a la muerte neonatal como una situación que desencadena inevitablemente estrés.

Para enfrentar la muerte como médicos, es necesario comprender nuestra propia condición de humanos sensibles a sufrir y lograr así una inteligencia emocional, personal y social como parte de las fortalezas, aunque no ocurre en todos los casos y como estrategia de protección se acoge al distanciamiento afectivo.

Lazarus y Folkman (1986), plantean 2 estrategias de afrontamiento centradas en:

El *Problema*, cuyas estrategias son: confrontación y búsqueda de apoyo social.

1. Confrontación: constituyen las acciones directas para alterar la situación.
2. Búsqueda de apoyo social: constituye los esfuerzos que el sujeto realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

González y López (2013), mencionan 5 estrategias basadas en:

La *Emoción*, incluye las siguientes tácticas: autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación.

1. Autocontrol/Autoconfianza: Se considera un modo de afrontamiento activo, que indica los esfuerzos que el sujeto hace para regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
2. Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el individuo por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste lo afecte.

3. Reevaluación positiva: supone esfuerzos para crear un significado positivo, centrándose en los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
4. Autoinculpación: indica el verse como responsable de los problemas.
5. Escape/Evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales, por ejemplo, “fantaseé y soñé con tiempos mejores”. En general, esto apunta a desconocer el problema.

2.5 JUSTIFICACIÓN

La muerte neonatal es un período único e irrepetible, que representa una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. Esta experiencia afecta no solo a los familiares directos sino también al personal de salud, quienes permanecen en contacto permanente al cuidado del neonato desde el principio hasta el fin de la vida. Estas situaciones afectan en varios aspectos como en el ámbito psicológico, laboral, cultural, emocional, físicos, espiritual y laboral.

Se puede definir al equipo interdisciplinario de salud aquel que está conformado por un grupo de profesionales, con conocimientos que los califican para brindar cuidados de calidad, con eficacia y eficiencia a las personas que lo requieran.

El equipo interdisciplinario, debe disfrutar de fortalezas especiales tales como susceptibilidad ante el dolor ajeno, respeto, empatía, cercanía y responsabilidad ante sus semejantes. El personal de salud debe cuestionarse si está preparado, para afrontar la muerte neonatal sin que esto trascienda de manera negativa en su vida cotidiana, desempeño profesional o en la esfera psicosocial sea afectiva, cognitiva y comunicacional.

La confrontación con la muerte es una realidad cotidiana para los profesionales de salud en su

práctica clínica al tener pequeños pacientes susceptibles a complicaciones que pueden desencadenar hacia la muerte.

En la formación del profesional de salud, se deber incluir espacios de elaboración de técnicas para enfrentar la muerte de los pacientes, para que puedan contener las intensas ansiedades que se generan en estos procesos. Y así el personal médico preparado, podrá ayudar y acompañar al paciente y a la familia a enfrentarse al fin de la vida. (Gómez, 2011).

Nuestro trabajo de investigación se justificó por la necesidad de conocer la experiencia vivida por los profesionales de salud en el afrontamiento de la muerte neonatal para fomentar y promover estrategias necesarias que mejoren la atención en casos en dicho evento.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo afrontan la muerte neonatal los profesionales médicos de los servicios de neonatología de los hospitales de la ciudad de Quito ?

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Explicar cómo afrontan la muerte neonatal el personal médico que labora en los Servicios de Neonatología de los hospitales de la ciudad de Quito de agosto a diciembre del año 2017.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características socio-demográficas como: sexo, edad, profesión, estado civil, religión, nivel académico, años de servicio y lugar de trabajo de la población a estudiar.
- Identificar las actitudes cognitivas, afectivas y conductuales frente a la muerte neonatal del personal médico que labora en los servicios de neonatología.
- Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal médico de los servicios de neonatología frente a la muerte neonatal.

3.3 HIPÓTESIS

En esta investigación se demostrará que:

Las mujeres, los adultos jóvenes, los tratantes, los creyentes, los que trabajan en el sector privado, los que laboran mas de 15 años en los servicios de neonatología tienen un mejor afrontamiento a la muerte neonatal que los grupos de comparación de cada uno de ellos.

Las actitudes frente a la muerte neonatal a nivel cognitivo por parte de los médicos son en parte positivas de aceptación, pero existe un gran número que puede observarse el predominio de actitudes de evitación encubierto por contenido afectivo (temor).

Las estrategias de afrontamiento frente a la muerte neonatal por parte de los médicos tienen una preparación insuficiente, porque para la aproximación realista y útil a la muerte de los pacientes se entre mezclan perspectivas profesionales y personales, cuyo tratamiento integral y remodelación requiere de procesos específicos de formación y actitudes.

3.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.4.1 CUANTITATIVA

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Característica fenotípica que diferencia un hombre de una mujer.		Caracteres sexuales	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en el que se realiza la investigación.		Años cumplidos	De intervalo
Nivel académico alcanzado	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario		Título Obtenido	Nominal
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.		Condición en registro civil	Nominal
Religión	Sistema cultural de comportamientos y prácticas, cosmovisiones, ética y organización social, que relaciona la humanidad a una categoría existencial.		Tipo de religión	Nominal
Cargo que desempeña	Unidad de trabajo que asigna tareas y deberes específicos a un trabajador de acuerdo a sus competencias.		Función designada por la institución	Nominal
Años de servicio	Tiempo que labora una persona		Tiempo de labor	De

				intervalo
Lugar de trabajo	Áreas donde las personas deben permanecer un tiempo determinado, realizando su labor		Tipo de lugar de trabajo	Nominal
Actitud frente a la Muerte Neonatal	Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar frente a la Muerte Neonatal	Evitación	Cuestionario Preguntas 1-5	Nominal
		Aceptación	Cuestionario Preguntas 6-10	Nominal
		Temor	Cuestionario Preguntas 11-15	Nominal
		Pasaje	Cuestionario Preguntas 16-20	Nominal
		Salida	Cuestionario Preguntas 21-25	Nominal
		Perspectivas Profesionales	Cuestionario Preguntas 26-33	Nominal

3.4.2 CUALITATIVA

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	CATEGORIAS	CONCEPTO	INDICADOR
Estrategias afrontamiento frente la Muerte Neonatal	Conducta manifiesta interna que se utiliza para hacer frente a la muerte neonatal que exceden los recursos de una persona.	Problema	Confrontación	Acto y resultado de confrontar, cotejar, carear o enfrentar.	Entrevista Pregunta 1
			Búsqueda de apoyo social	Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis	Entrevista Pregunta 2
		Emoción	Autocontrol/Autoconfianza	Capacidad de control o dominio sobre uno mismo	Entrevista Pregunta 3
			Distanciamiento	Acción de crear un espacio físico o emocional entre dos cuerpos.	Entrevista Pregunta 4
			Reevaluación positiva	Modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido	Entrevista Preguntas 5
			Autoinculpación	Declaración voluntaria de una persona de haber cometido un delito.	Entrevista Preguntas 6
			Escape/evitación	Salida o solución a un asunto, en especial si es problemático o presenta alguna dificultad.	Entrevista Preguntas 7

3.5 TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio mixto, con un componente cuantitativo cuyo diseño es descriptivo transversal que investigó las actitudes frente a la muerte neonatal en el personal médico de atención directa a neonatos que laboran en los Servicios de Neonatología que cumplan los criterios de inclusión de agosto a diciembre de 2017.

Un estudio cualitativo que correspondió a un diseño interpretativo donde se investigó las estrategias frente a la muerte neonatal mediante una entrevista individual en el personal médico de atención directa a neonatos que laboran en los Servicios de Neonatología que cumplan los criterios de inclusión de agosto a diciembre de 2017.

3.6 UNIVERSO Y MUESTRA

Cuantitativa: El universo está conformado por todo el personal médico entre tratantes y residentes que dan atención directa en los Servicios de Neonatología de los Hospitales y Clínicas de la Ciudad de Quito que aceptaron la investigación de agosto a diciembre de 2017 que laboran en el Hospital San Francisco de Quito, Hospital Metropolitano, Hospital de los Valles, Hospital Inglés, Clínica Santa Cecilia, Clínica Internacional, Clínica DAME, Hospital de la Policía N° 1, Hospital de las Fuerzas Armadas, Hospital Padre Carollo, Maternidad Isidro Ayora, Maternidad Nueva Aurora, Unidad Metropolitana de Salud Sur. Con un total de participantes de 226 médicos.

Cualitativa: Se entrevistaron a diez médicos que laboran en los Servicios de Neonatología de contrato o nombramiento, de la ciudad de Quito que incluyeron: mujeres, hombres, adultos

jóvenes, adultos, casados, solteros, cargo que desempeña, médicos residentes y tratantes de Pediatría/Neonatología de los hospitales antes mencionados.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.7.1 CRITERIOS INCLUSIÓN

Personal Médico tratante, Médico Residente asistencial y postgrado de Pediatría, Fellow Neonatología de contrato y nombramiento que labore en los Servicios de Neonatología en el período agosto a diciembre de 2017, que acepten ser parte de la investigación.

3.7.2 CRITERIOS EXCLUSIÓN

Personal Médico tratante, Médico Residente asistencial y postgradista de Pediatría, Fellow Neonatología o Enfermería de contrato y nombramiento que no labore en los Servicios de Neonatología en el período agosto a diciembre de 2017

Personal Interno rotativo de Medicina o Enfermería que labore en el Servicio de Neonatología en el periodo agosto a diciembre de 2017

Personal Médico tratante, Médico Residente asistencial y postgradista de Pediatría, Fellow Neonatología que labore en los Servicios de Neonatología en el periodo periodo agosto a diciembre de 2017, que no acepten ser parte de la investigación.

3.8 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El componente cuantitativo de esta investigación se realizó mediante un cuestionario de actitudes ante la Muerte (CAM), compuesto por 33 reactivos, con 2 alternativas de respuesta (acuerdo o desacuerdo) que fue modificado y adaptado a la muerte neonatal (ANEXO 1) con ello se realizó primero la prueba piloto a 30 médicos que laboran en los Servicios de

Neonatología de los hospitales que no se encuentran en este estudio (Hospital Baca Ortiz, Hospital de Calderón, Clínica de la Mujer) que representó el 10% de la población de todo el universo de estudio para su posterior aplicación en los servicios de Neonatología de la ciudad de Quito seleccionados, previa autorización de los directores de los hospitales y firma de consentimiento informado (ANEXO 2), donde se informó el objetivo del estudio a todo el personal médico entre tratantes y residentes que dan atención directa a neonatos de los Servicios de Neonatología de los Hospitales y Clínicas de la Ciudad de Quito de agosto a diciembre de 2017.

El componente cualitativo se realizó a través de una entrevista a profundidad con guión semi-estructurado que permitió las repreguntas para obtener mejor información, constaron de 7 preguntas abiertas que exploraron las estrategias de afrontamiento frente a la muerte neonatal, enfocadas en dos dimensiones: el problema y la emoción, subdivididas en categorías (confrontación, búsqueda de apoyo social, autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación, escape). Cada una de las entrevistas se realizó con un tiempo aproximado de 45 minutos y fueron grabadas en audio para posteriormente transcribirlas tomando lo más relevante de cada participante. (ANEXO 3)

3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

3.9.1 ANÁLISIS CUANTITATIVO

Los datos demográficos (sexo, edad, nivel académico alcanzado, estado civil, religión, cargo que desempeña, años de servicio, lugar de trabajo) del cuestionario fueron descritos mediante estadística descriptiva, las cuales fueron realizadas en tablas estadísticas para determinar frecuencias, porcentajes y media. Posteriormente se realizó un análisis con cruces de variables, en tablas de contingencia 2x2, OR con su intervalo de confianza y como medida del

efecto la prueba estadística Chi cuadrado, las cuales fueron tabulados en excel y en el paquete Estadístico SPSS para Windows (versión 24).

3.9.2 ANÁLISIS CUALITATIVO

Las entrevistas se analizaron de forma independiente, respetando el anonimato del participante, se transcribió cada entrevista del archivo de audio a un documento en el programa Microsoft Word Office, donde se identificaron dimensiones, categorías (problema: confrontación y búsqueda de apoyo social; emoción: autocontrol/autoconfianza, distanciamiento, reevaluación positiva, autoinculpación y escape/evitación) por grupos etarios (adultos jóvenes y adultos), sexo (hombres y mujeres) y cargo que desempeña (médicos residentes y pediatras) para su comparación y posterior estructuración mediante testimonios. Finalmente se realizó gráficos de resumen con los factores que intervienen en las dimensiones antes mencionadas del afrontamiento de la muerte neonatal.

3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

Al constituir la muerte neonatal un fuerte impacto emocional para el profesional de la salud este estudio busca brindar una mejor atención frente a la muerte neonatal y demostrar la necesidad de una formación específica para un afrontamiento adecuado mediante una buena actitud y óptimas estrategias.

Por eso como parte de la investigación este estudio no representó riesgos para el participante donde se aplicó los principios bioéticos fundamentales (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) para garantizar la asistencia adecuada de los participantes y mantener la

confidencialidad de todos los datos obtenidos los cuales serán utilizados para mejorar las estrategias y actitudes de afrontamiento a la muerte neonatal.

Para ello se contó con la firma previa de un consentimiento informado, donde se indicó toda la información y objetivo propuestos del estudio con la debida autorización por parte de las autoridades de cada establecimiento.

Además la investigación propuesta fue evaluada previamente por el Sub-Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE

El estudio fue realizado en los servicios de Neonatología de los Hospitales y Clínicas de la Ciudad de Quito que aceptaron ser parte de la investigación, en el tiempo establecido, que cumplieron los criterios de inclusión, previa firma de consentimiento informado, con un total de 226 participantes.

La mayor parte de la población de estudio estuvo conformada por sexo femenino (71,7%; n=162) con una razón de feminidad 2.5:1, el promedio de edad fue $34 \pm 8,4$ años, con un rango de 23 – 63 años, cuya mayoría perteneció al grupo de edad de 23 - 45 años (87%; n=198), en nivel académico se observó mayor porcentaje en tercer nivel académico (médicos posgradistas y residentes) (61,5%; n=139), con una distribución similar entre los que tienen pareja (casados y unión libre) (45,1%; n=102) y los que no la tienen (solteros y viudos) (54,9%; n=124), igual distribución se detectó en lugar de trabajo en hospitales privados (51,3%; n=116) y en públicos (48,7%; n=110), pero en cargo que desempeña se distinguió mayor porcentaje en médicos residentes (posgradistas y asistenciales) (61,5%; n=139), en creyentes (católicos, cristianos, testigo de Jehová y adventistas) (94,2 %; n=213) y en médicos con 1 a 15 años de servicio (90,7%; n=205). (Tabla 1).

TABLA N° 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE POBLACIÓN PARTICIPANTE

VARIABLES	n	%
SEXO		
Masculino	64	28,3
Femenino	162	71,7

EDAD		
<i>Adulto joven</i>	198	87,6
Adulto	28	12,4
NIVEL ACADEMICO		
<i>Tercer nivel</i>	139	61,5
Cuarto nivel	87	38,5
ESTADO CIVIL		
<i>Sin Pareja</i>	124	54,9
Con Pareja	102	45,1
CARGO QUE DESEMPEÑA		
<i>Residente</i>	139	61,5
Tratante	87	38,5
RELIGION		
<i>Creyentes</i>	213	94,2
Ateos	13	5,8
LUGAR DE TRABAJO		
<i>Privado</i>	116	51,3
Público	110	48,7
AÑOS DE SERVICIO		
<i>1 a 15 años</i>	205	90,7
16 a 30 años	18	8
más de 30 años	3	1,3
TOTAL	226	100

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.2 DIMENSIONES Y ACTITUD FRENTE A LA MUERTE

De las diversas dimensiones que presenta el cuestionario de actitud frente a la muerte se encontró que existe un gran porcentaje de respuesta hacia la actitud negativa donde el mayor porcentaje se observa en las dimensiones: evitación (85,4%; n=193), perspectiva profesional (77,4%; n=175) y aceptación (71,7%; n=162). (Tabla 2).

TABLA N° 2

DIMENSIONES DE ACTITUD FRENTE A LA MUERTE EN EL PERSONAL MEDICO,
AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

DIMENSION	NEGATIVA		POSITIVA		MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
	N	%	N	%		
<i>EVITACION</i>	193	85,4	33	14,6	5,6903	0,92453
<i>ACEPTACION</i>	162	71,7	64	28,3	7,5221	1,25502
TEMOR	140	61,9	86	38,1	7,1062	1,54553
PASAJE	156	69,0	70	31,0	7,3142	1,76219
SALIDA	159	70,4	67	29,6	6,7124	1,17814
<i>PERSPECTIVA PROFESIONAL</i>	175	77,4	51	22,6	12,3894	1,57725

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3 ANALISIS BIVARIAL

4.3.1 RELACIÓN ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y LAS DIMENSIONES DE ACTITUD FRENTE A LA MUERTE EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.3.1.1 DIMENSIÓN EVITACIÓN

Esta dimensión valora la muerte como pasaje o tránsito hacia una vida mejor, en este estudio no se encontró asociación estadística significativa entre las características sociodemográficas y la dimensión evitación ($p > 0,05$), sin embargo se observó mayor riesgo de presentar una actitud negativa en hombres (89,1%) comparada con mujeres (84%), en relación a la edad se encontró más en adultos jóvenes (86,9%) que adultos (75%), en nivel académico más porcentaje en tercer nivel (86,3%) que cuarto nivel (83,9%), en estado civil más en los que no tienen pareja (89,5%) que con pareja (80,4%), en cargo que desempeña se distingue más porcentaje en residentes (86,3%) que tratantes (83,9%), en años de servicio los que han

trabajo de 1 a 15 años (85,9%) que los más de 16 años (81%), en religión los no creyentes (92,3%) que los creyentes (85%), en lugar de trabajo existió más en el privado (88,8%) que en el público (81,8%). (Tabla 3).

TABLA N° 3

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EVITACION EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	HOMBRES	57	89,1	7	10,9	1,557	0,639	3,791	0,96	0,32
	MUJERES	136	84	26	16					
EDAD	ADULTO JOVEN	172	86,9	26	13,1	2,205	0,853	5,7	2,77	0,09
	ADULTO	21	75	7	25					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	120	86,3	19	13,7	1,211	0,573	2,562	0,25	0,61
	CUARTO NIVEL	73	83,9	14	16,1					
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	111	89,5	13	10,5	2,083	0,979	4,428	3,73	0,05
	CON PAREJA	82	80,4	20	19,6					
CARGO DESEMPEÑA	RESIDENTE	120	86,3	19	13,7	1,211	0,573	2,562	0,25	0,61
	TRATANTE	73	83,9	14	16,1					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	176	85,9	29	14,1	1,428	0,449	4,545	0,36	0,54
	> 16 AÑOS	17	81	4	19					
RELIGION	CREYENTES	181	85	32	15	0,471	0,059	3,752	0,52	0,46
	NO CREYENTES	12	92,3	1	7,7					
LUGAR TRABAJO	PRIVADO	103	88,8	13	11,2	1,761	0,829	3,74	2,2	0,13
	PUBLICO	90	81,8	20	18,2					
TOTAL		193	85,4	33	14,6					

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3.1.2 DIMENSIÓN ACEPTACIÓN

Esta dimensión evalúa la sensibilización de asumir la muerte y aceptarla como algo natural y para crecimiento personal. En el estudio no se encontró asociación estadísticamente

significativa entre las características sociodemográficas y la dimensión aceptación ($p>0,05$), sin embargo se observó mayor riesgo en mujeres (73,5%), no hubo diferencias entre adultos jóvenes (71,7%) y adultos (71,4%), en nivel académico se observó igual porcentaje en tercer nivel (72,7%) que en cuarto nivel (70,1%), en estado civil hay más riesgo en los que tienen pareja (75,5%) que sin pareja (68,5%), en cargo que desempeña se distingue igual porcentaje en residentes (72,7%) que tratantes (70,1%), en años de servicio se observó más riesgo en los que han trabajado de 1 a 15 años (72,2%) que los más de 16 años (66,7%), en religión se observó más en los no creyentes (84,6%) que en creyentes (70,9%) y en lugar de trabajo más en el público (76,4%) que en el privado (67,2%). (Tabla 4).

TABLA N° 4

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y ACEPTACION
EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	HOMBRES	43	67,2	21	32,8	0,74	0,395	1,386	0,88	0,34
	MUJERES	119	73,5	43	26,5					
EDAD	ADULTO JOVEN	142	71,7	56	28,3	1,014	0,422	2,436	0,001	0,97
	ADULTO	20	71,4	8	28,6					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	101	72,7	38	27,3	1,133	0,6	2	0,17	0,67
	CUARTO NIVEL	61	70,1	26	29,9					
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	85	68,5	39	31,5	0,708	0,3	1,2	1,32	0,24
	CON PAREJA	77	75,5	25	24,5					
CARGO DESEMPEÑA	RESIDENTE	101	72,7	38	27,3	1,133	0,627	2,047	0,171	0,67
	TRATANTE	61	70,1	26	29,9					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	148	72,2	57	27,8	1,298	0,498	3,382	0,28	0,59
	> 16 AÑOS	14	66,7	7	33,3					
RELIGION	CREYENTES	151	70,9	62	29,1	0,443	0,095	2,056	1,13	0,28
	NO CREYENTES	11	84,6	2	15,4					
LUGAR TRABAJO	PRIVADO	78	67,2	38	32,8	0,635	0,353	1,142	2,31	0,12
	PUBLICO	84	76,4	26	23,6					

TOTAL	162	71,7	64	28,3
--------------	------------	-------------	-----------	-------------

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3.1.3 DIMENSIÓN TEMOR

Esta dimensión se refiere al temor a la muerte y/o a enfrentarse con la familia del paciente moribundo. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y la dimensión temor ($p>0,05$), sin embargo se observó mayor riesgo de presentar una actitud negativa más en hombres (68,8%) que en mujeres (59,3%), en edad se detectó más en adultos (71,4%) que en adultos jóvenes (60,6%), en estado civil hay más en los que tienen pareja (64,7%) que sin pareja (59,7%), en años de servicio hay más riesgo en los que trabajan más de 16 años (76,2%) que 1 a 15 años (60,5%), en religión más en los creyentes (63,4%) que los no creyentes (38,5%) y no hubo diferencias en los porcentajes entre sector público (63,6%) y privado (60,3%). (Tabla 5).

Se encontró asociación estadísticamente significativa en nivel académico y en cargo que desempeña con la dimensión temor ($p<0,05$) donde el tercer nivel (56,1%; OR=0,5) y los residentes (56,1%; OR=0,5) constituyen factores de protección para la presencia de una actitud negativa frente a la muerte neonatal comparada con cuarto nivel (71,3%) y tratantes (71,3%) respectivamente. (Tabla 5).

TABLA N° 5

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y TEMOR EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	<i>HOMBRES</i>	44	68,8	20	31,3	1,513	0,818	2,796	1,75	0,18
	MUJERES	96	59,3	66	40,7					
EDAD	ADULTO JOVEN	120	60,6	78	39,4	0,615	0,258	1,466	1,21	0,27

	<i>ADULTO</i>	20	<i>71,4</i>	8	28,6					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	78	56,1	61	43,9	<i>0,516</i>	0,291	0,914	5,21	<i>0,02</i>
	<i>CUARTO NIVEL</i>	62	<i>71,3</i>	25	28,7					
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	74	59,7	50	40,3	0,807	0,47	1,388	0,6	0,43
	<i>CON PAREJA</i>	66	<i>64,7</i>	36	35,3					
CARGO DESEMPEÑA	RESIDENTE	78	56,1	61	43,9	<i>0,516</i>	0,291	0,914	5,21	<i>0,02</i>
	<i>TRATANTE</i>	62	<i>71,3</i>	25	28,7					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	124	60,5	81	39,5	0,478	0,169	1,357	1,99	0,15
	<i>> 16 AÑOS</i>	16	<i>76,2</i>	5	23,8					
RELIGION	<i>CREYENTES</i>	135	<i>63,4</i>	78	36,6	2,769	0,875	8,76	3,22	<i>0,07</i>
	<i>NO CREYENTES</i>	5	38,5	8	<i>61,5</i>					
LUGAR TRABAJO	<i>PRIVADO</i>	70	<i>60,3</i>	46	39,7	0,870	0,508	1,489	0,25	0,61
	<i>PUBLICO</i>	70	<i>63,6</i>	40	38,1					
TOTAL		140	61,9	86	38,1					

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3.1.4 DIMENSIÓN PASAJE

Esta dimensión refiere a la muerte como pasaje, como un tránsito a otro estadio, en este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y la dimensión pasaje ($p>0,05$), se observó que no hubo diferencia de riesgo entre hombres (67,2%) y mujeres (69,8%), en edad se detectó más riesgo en adultos (82,1%) que adultos jóvenes (67,2%), en nivel académico más porcentaje en tercer nivel (73,4%) que cuarto nivel (62,1%), en estado civil hay más en los que tienen pareja (70,6%) que sin pareja (67,7%), en cargo que desempeña se distingue más riesgo en residentes (73,4%) que en tratantes (62,1%), en años de servicio los que trabajan más de 16 años (76,2%) que los que trabajan de 1 a 15 años (68,3%), en religión los no creyentes (84,6%) que los creyentes (68,1%) y en lugar de trabajo igual riesgo en privado (69,8%) que en público (68,2%). (Tabla 6).

TABLA N° 6

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PASAJE EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	HOMBRES	43	67,2	21	32,8	0,888	0,478	1,651	0,14	0,70
	MUJERES	113	69,8	49	30,2					
EDAD	ADULTO JOVEN	133	67,2	65	32,8	0,445	0,162	1,223	2,572	0,10
	ADULTO	23	82,1	5	17,9					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	102	73,4	37	26,6	1,685	0,949	2,99	3,203	0,07
	CUARTO NIVEL	54	62,1	33	37,9					
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	84	67,7	40	32,3	0,875	0,496	1,545	0,212	0,64
	CON PAREJA	72	70,6	30	29,4					
CARGO DESEMPEÑA	RESIDENTE	102	73,4	37	26,6	1,685	0,949	2,99	3,203	0,07
	TRATANTE	54	62,1	33	37,9					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	140	68,3	65	31,7	0,673	0,236	1,916	0,556	0,45
	> 16 AÑOS	16	76,2	5	23,8					
RELIGION	CREYENTES	145	68,1	68	31,9	0,388	0,084	1,798	1,568	0,21
	NO CREYENTES	11	84,6	2	15,4					
LUGAR TRABAJO	PRIVADO	81	69,8	35	30,2	1,08	0,614	1,898	0,072	0,78
	PUBLICO	75	68,2	35	31,8					
TOTAL		156	69	70	31					

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3.1.5 DIMENSIÓN SALIDA

Esta dimensión evalúa la muerte como salida y/o como alivio. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre características sociodemográficas y dimensión salida ($p>0,05$) pero se observó igual riesgo de presentar actitud negativa en hombres (68,8%) y mujeres (71%), en edad se encontró más riesgo en adultos (85,7%) que adultos jóvenes (68,2%), en nivel académico más porcentaje en cuarto nivel (74,7%) que tercer nivel (67,7%), en estado civil hay más en los que tienen pareja (74,5%) que sin pareja (66,9%), en cargo que

desempeña se distingue más porcentaje en tratantes (74,7%) que residentes (67,6%), en años de servicio más riesgo en los que trabajan más de 16 años (81%) que los de 1 a 15 años (69,3%), en religión se distingue similar riesgo en los no creyentes (69,2%) que creyentes (70,4%) y en lugar de trabajo más en el privado (72,4%) que en el público (68,2%). (Tabla 7)

TABLA N° 7

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y SALIDA EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	HOMBRES	44	68,8	20	31,3	0,899	0,48	1,685	0,11	0,74
	MUJERES	115	71	47	29					
EDAD	ADULTO JOVEN	135	68,2	63	31,8	0,357	0,119	1,073	3,61	0,05
	ADULTO	24	85,7	4	14,3					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	94	67,6	45	32,4	0,707	0,388	1,288	1,28	0,25
	CUARTO NIVEL	65	74,7	22	25,3					
ESTADO CIVIL	SIN PAREJA	83	66,9	41	33,1	0,693	0,387	1,239	1,53	0,21
	CON PAREJA	76	74,5	26	25,5					
CARGO DESEMPEÑA	RESIDENTE	94	67,6	45	32,4	0,707	0,388	1,288	1,28	0,25
	TRATANTE	65	74,7	22	25,3					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	142	69,3	63	30,7	0,53	0,172	1,64	1,247	0,26
	> 16 AÑOS	17	81	4	19					
RELIGION	CREYENTES	150	70,4	63	29,6	1,058	0,314	3,563	0,008	0,92
	NO CREYENTES	9	69,2	4	30,8					
LUGAR TRABAJO	PRIVADO	84	72,4	32	27,6	1,225	0,692	2,17	0,485	0,48
	PUBLICO	75	68,2	35	31,8					
TOTAL		159	70,4	67	29,6					

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.3.1.6 DIMENSIÓN PERSPECTIVA PROFESIONAL

Esta dimensión trata sobre las actitudes ante la muerte y no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas y la dimensión perspectiva profesional ($p>0,05$). Sin embargo se observó similar riesgo de presentar una actitud negativa en hombres (79,7%) y mujeres (76,5%), en edad más en adultos (89,3%) que adultos jóvenes (75,8%), en nivel académico similar porcentaje en tercer nivel (76,3%) que cuarto nivel (79,3%), en estado civil más en los que tienen pareja (83,3%) que sin pareja (72,6%), en cargo que desempeña igual porcentaje en residentes (76,3%) que tratantes (79,3%), en religión más en los no creyentes (84,6%) que creyentes (77%) y en el lugar de trabajo similar riesgo en hospitales privados (76,7%) que públicos (78,2%). (Tabla 8).

Se encontró asociación estadísticamente significativa en años de servicio y perspectiva profesional ($p<0,05$), donde los que han trabajado de 1 a 15 años (75,6%) constituyen un factor de protección frente a los que trabajaron más de 16 años (95,2%) para presentar una actitud negativa frente a la muerte ($OR= 0,15$). (Tabla 8).

TABLA N° 8

RELACION ENTRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PERSPECTIVA PROFESIONAL EN EL PERSONAL MEDICO, AGOSTO A DICIEMBRE DE 2017.

VARIABLE	CATEGORIA	NEGATIVA		POSITIVA		OR	LI	LS	χ^2	p
		N	%	N	%					
SEXO	HOMBRES	51	79,7	13	20,3	1,202	0,592	2,443	0,26	0,61
	MUJERES	124	76,5	38	23,5					
EDAD	ADULTO JOVEN	150	75,8	48	24,2	0,375	0,108	1,297	2,56	0,10
	ADULTO	25	89,3	3	10,7					
NIVEL ACADEMICO	TERCER NIVEL	106	76,3	33	23,7	0,838	0,438	1,604	0,285	0,59
	CUARTO NIVEL	69	79,3	18	20,7					
ESTADO	SIN PAREJA	90	72,6	34	27,4	0,529	0,275	1,017	3,703	0,05

CIVIL	CON PAREJA	85	83,3	17	16,7					
CARGO DESEMPEÑA	<i>RESIDENTE</i>	106	76,3	33	23,7	0,838	0,438	1,604	0,285	0,59
	<i>TRATANTE</i>	69	79,3	18	20,7					
AÑOS DE SERVICIO	1 A 15 AÑOS	155	75,6	50	24,4	0,155	0,02	1,184	4,2	0,04
	> 16 AÑOS	20	95,2	1	4,8					
RELIGION	CREYENTES	164	77	49	23	0,609	0,13	2,839	0,4	0,52
	NO CREYENTES	11	84,6	2	15,4					
LUGAR TRABAJO	<i>PRIVADO</i>	89	76,7	27	23,3	0,92	0,493	1,718	0,069	0,79
	<i>PUBLICO</i>	86	78,2	24	21,8					
TOTAL		175	77,4	51	22,6					

Fuente: Encuestas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4 RESULTADOS CUALITATIVOS

4.4.1 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

4.4.1.1 DIMENSIÓN PROBLEMA

Refiere al esfuerzo que realizan los participantes a nivel constructivo para la solución del problema.

4.4.1.1.1 CATEGORIA CONFRONTACION

Este ítem permite valorar las diferentes acciones directas que toman los médicos para afrontar la muerte neonatal. Aquí los médicos tratantes de pediatría, a pesar de sus años de experiencia, mencionan presentar afectación emocional y tristeza pero también se revela estrategias para bloquear esa tristeza para poder afrontar la muerte de sus pacientes neonatales pero al comparar con médicos residentes por su poca experiencia de muerte neonatal ellos sienten mucha impotencia y tristeza, además exteriorizan su dificultad para aceptar la muerte, como relatan a continuación:

“La muerte de un paciente siempre al principio me afectaba emocionalmente pero por tantos eventos que he vivido en los 35 años de pediatra he aprendido a sobrellevar el dolor que deja la muerte de un paciente”.

(Testimonio Médico tratante, femenina, 59 años de edad, años de profesión 35 años).

“Muy triste el hecho de presenciar el fallecimiento de un bebe, porque el niño es tan esperado, siempre resulta muy penoso, pero hay que saber enfrentar y con los años que pasan cada evento me han hecho más fuerte”.

(Testimonio Médico tratante femenina, 58 años de edad, años de profesión 32 años).

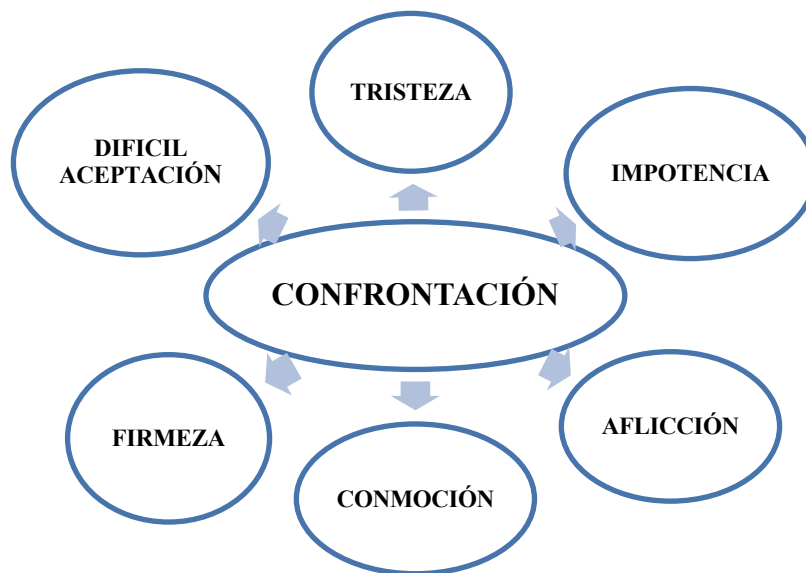
“Siempre entristece que fallezca un paciente, me afecta emocionalmente, no le niego que muchas veces también he llorado y se me hace difícil aceptar que muera un pequeño que apenas nace”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 33 años de edad, años de profesión 4 años)

“Cada vez que presencio la muerte neonatal tengo un sentimiento de tristeza, impotencia, me aflige mucho, me duele aceptar, pienso en el sufrimiento que esto acarrea a sus padres”.

(Testimonio Médico residente, masculino, 35 años de edad, años de profesión 6 años).

Figura 2. Dimensión Problema: Categoría Confrontación



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.1.2 CATEGORIA BUSQUEDA APOYO SOCIAL

Esta categoría evalúa la búsqueda de ayuda mediante consejo, asistencia, comprensión, apoyo emocional o información en otras personas. Aquí los encuestados de sexo masculino manifiestan búsqueda de apoyo mediante consejo al conversar con los demás médicos, gracias a ellos se sienten comprendidos, consolados y alivian sus dudas.

“Cuando ocurre una muerte neonatal, la manera en desahogarme es conversar con los demás médicos del hospital para analizar el caso y escuchar sus consejos, esto me ayuda aliviar mi tristeza al saber que di todo lo que estaba a mi alcance”.

(Testimonio Pediatra masculino, 59 años de edad, años de profesión 31 años)

“Desde que yo soy médico, en cada hospital que he trabajado, nadie se preocupa por lo que sentimos al enfrentar la muerte de un paciente, lógico que

necesitamos ayuda, en mi caso converso con mis colegas, y escucho lo que ellos piensan, su opinión es muy importante para mí”.

(Testimonio Médico pediatra, masculino, 38 años de edad, años de profesión 8 años).

En cambio, las participantes de sexo femenino son más reservadas, relatan encontrar apoyo en la familia, con su pareja, conversar de lo acontecido en su trabajo y esto les ayuda a seguir adelante.

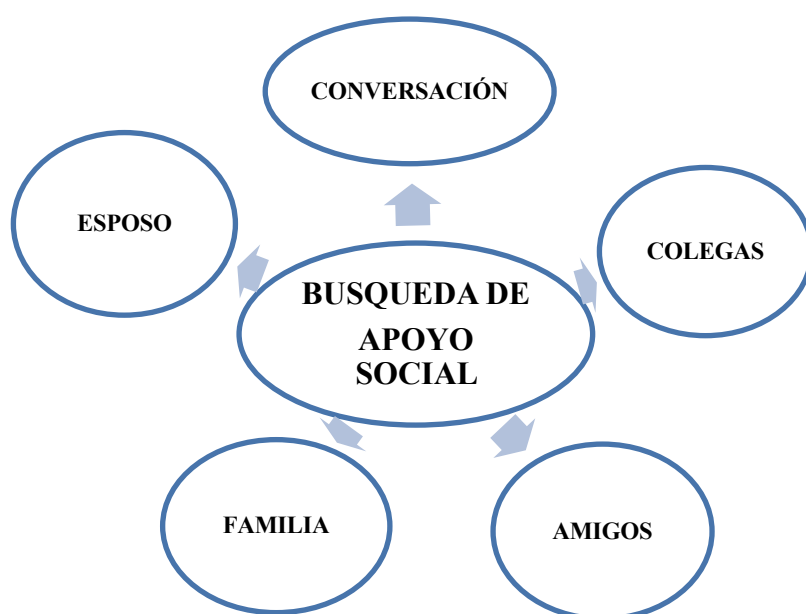
“Mi apoyo siempre es mi familia, especialmente mi esposo, me desahogo de que tuve un mal día, que falleció mi paciente y el hecho que el me escuche y me dé palabras de aliento eso me consuela”.

(Testimonio Médico pediatra, femenina, 48 años de edad, años de profesión 25 años)

“En realidad, si necesito apoyo, les cuento mis problemas, mis tristezas a mi familia, ellos tratan de levantarle el ánimo y me apoyan a seguir adelante”.

(Testimonio Médico pediatra, femenina, 38 años de edad, años de profesión 10 años)

Figura 3. Dimensión Problema: Categoría Búsqueda Apoyo Social



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.2 DIMENSIÓN EMOCIÓN

Esta dimensión se refiere a los sentimientos producidos por la presencia de un paciente con muerte neonatal.

4.4.1.2.1 CATEGORIA AUTOCONFIANZA

En el contexto de la investigación se refiere a la seguridad, fuerza y convicción que adoptan los participantes para afrontar la muerte neonatal mediante acciones o destrezas. En las entrevistas los médicos tratantes relatan cómo controlan sus sentimientos para que no les domine la tristeza frente a la muerte neonatal sin olvidar su naturaleza humana y que se realizó todo por ese paciente para evitar la muerte.

“Dios mío simplemente acordándome que soy un ser humano, no soy nada más que eso, solo un ser humano y uno hace todo hasta donde se puede”.

(Testimonio Médico tratante, femenina, 59 años de edad, años de profesión 35 años)

“Actuó como médico, pero no puedo dejar de ser humano, no soy Dios para decidir si tiene que vivir o morir, siempre trato de hacer bien mi trabajo y más aún cuando se trata de seres tan indefensos”.

(Testimonio Médico tratante, femenina, 59 años de edad, años de profesión 31 años)

Pero en cambio, los médicos residentes manifiestan que se sienten preocupados, frustrados y a la vez culpables cuando tienen que afrontar la muerte de un paciente neonatal.

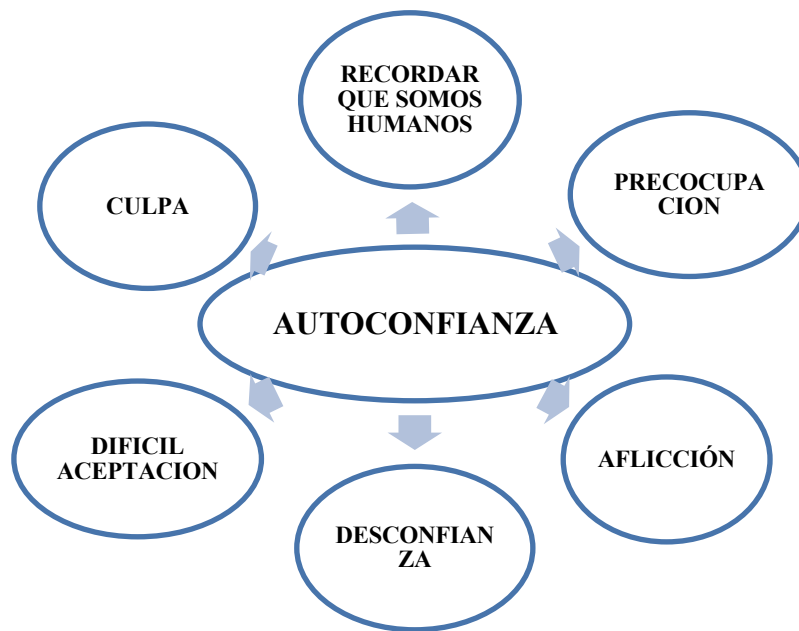
“Son pacientes muy pequeños, que no responden al tratamiento ni al manejo que se les brinda y que terminan falleciendo, pero a veces me queda la duda que talvez falto algo más que se puedo hacer para evitar que se muera”.

(Testimonio Médico residente, masculino, 38 años de edad, años de profesión 4 años)

“Me tomo mi tiempo, me afecta bastante a pesar de que di todo, se meditar en que pudimos haber fallado, para así tomar las debidas correcciones y no cometer los mismos errores”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 31 años de edad, años de profesión 9 años)

Figura 4. Dimensión Emoción: Categoría Autoconfianza



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.2.2 CATEGORIA DISTANCIAMIENTO

Esta categoría implica cada uno de los esfuerzos que realiza el entrevistado para apartarse o alejarse de la muerte neonatal. En este estudio declara el sexo femenino que prefiere acompañar a sus pacientes neonatales con sus familias para brindar apoyo emocional, lo que les ayuda a dar tranquilidad y confort.

“Prefiero estar presente a pesar de ser un momento incomodo, pero si es nuestro paciente tengo que estar con él hasta el final”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 31 años de edad, años de profesión 4 años).

“En verdad es muy penoso, me provoca bastante tristeza, pero estoy preparada para brindarle apoyo hasta que llegue su hora de partir”.

(Testimonio Médico pediatra, femenina, 35 años de edad, años de profesión 8 años).

“Por supuesto que me gustaría estar presente, es mi paciente y aunque sea una fea sensación mi deber es estar junto a él”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 34 años de edad, años de profesión 6 años).

Pero los testimonios de los médicos masculinos manifiestan evadir estas situaciones, prefiriendo estar ausentes. Esto se menciona a continuación:

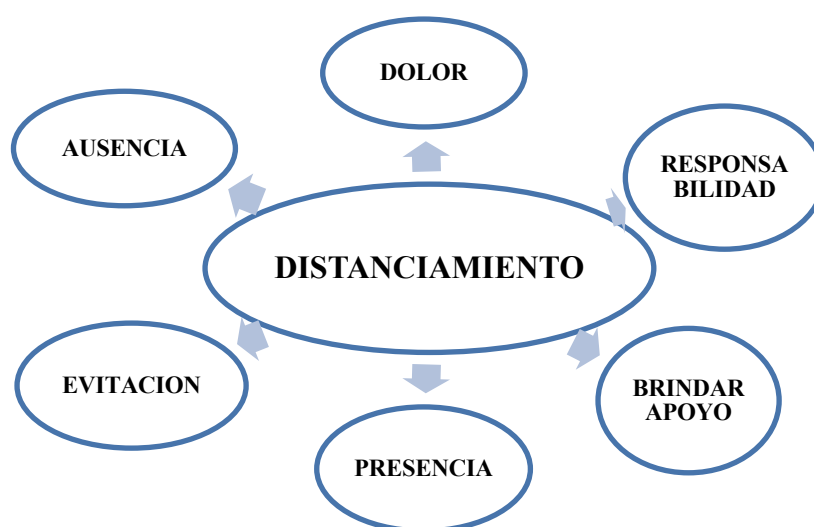
“Yo preferiría realmente estar ausente, es muy duro, es una situación terrible, somos seres humanos y esto nos afecta”.

(Testimonio Médico pediatra, masculino, 58 años de edad, años de profesión 32 años).

“En realidad, prefiero estar ausente, yo asumo que es mi responsabilidad y debo estar junto a él, pero si usted me pregunta que prefiero, sin duda es no estar presente”.

(Testimonio Médico pediatra, masculino, 59 años de edad, años de profesión 31 años).

Figura 5. Dimensión Emoción: Categoría Distanciamiento



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.2.3 CATEGORIA REEVALUACION POSITIVA

Esta categoría analiza el desarrollo de emociones, enseñanzas positivas y de aprendizaje frente a la muerte neonatal. Los médicos tratantes revelan que a pesar de ser un momento doloroso cada experiencia de muerte de sus pacientes neonatales provoca una gran enseñanza y fortaleza para ser cada día mejores profesionales.

“Bueno todo es un aprendizaje, incluso lo negativo es un aprendizaje, y no encuentro ninguna manera de distraer mi dolor ante la perdida humana”.

(Testimonio Médico tratante, femenina, 59 años de edad, años de profesión 31 años).

“En un momento tan difícil no existe forma de distraer la tristeza, y como enseñanza positiva se realiza un estudio retrospectivo para ver si de pronto a lo mejor pudimos hacer algo mejor, y de lo malo aprender y no volver a cometer los mismos errores”.

(Testimonio Médico tratante, femenina 43 años de edad, años de profesión 15 años).

Igual sentimiento presentan los médicos residentes debido a que genera lecciones positivas desde el manejo de la situación hasta incentivo para mejorar su instrucción profesional.

“Me impulsa a seguir instruyéndome para actuar adecuadamente y evitar la muerte del paciente y sobre las técnicas de distracción no existe situación que cambie el dolor que se produce”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 31 años de edad, años de profesión 3 años)

“Yo pienso que no existe distracción que pueda opacar lo que siento en ese momento, y evidenciar la muerte de mi paciente me incentiva a seguir estudiando, hacer una regresión de lo que pudimos hacer o no hacer y así mejorar la atención”.

(Testimonio Médico residente, masculino, 38 años de edad, años de profesión 6 años)

“Me enseña a ser cada día mejor, actuar a tiempo, preocuparme más de los paciente y sobretodo evitar cometer errores”.

(Testimonio Residente femenina, 34 años de edad, años de profesión 10 años)

Figura 6. Dimensión Emoción: Categoría Reevaluación Positiva



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.2.4 CATEGORIA AUTOINCULPACION

Esta categoría examina a los participantes como responsables de la muerte neonatal. Los médicos residentes mencionan que en algunas ocasiones sienten culpa porque saben que se podía hacer más por salvarlo, a través del uso de insumos adecuados o recibir una atención temprana multidisciplinaria, pero son situaciones que no están a su alcance.

“Recuerdo que hace un par de años tuve el caso de un pequeño que nació prematuro con un problema cardiaco, le hicimos la interconsulta al especialista y por trámites burocráticos se demoró la valoración, complicando el cuadro, talvez si yo hubiese ido personalmente en busca del médico especialista no se hubiese complicado”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 31 años de edad, años de profesión 4 años).

“Si, en algunas ocasiones me he sentido culpable, triste y desconsolada, siento que puede haber hecho más si hubiese tenido los implementos necesarios, por ejemplo, el caso de un paciente prematuro extremo que necesitaba surfactante y no contábamos con la medicación”.

(Testimonio Médico residente femenina, 34 años de edad, años de profesión 5 años)

En cambio, los médicos tratantes refieren no sentir culpa alguna, pues se realizó todo por esos pacientes y aceptan la realidad con tranquilidad.

“No tengo porque sentirme culpable, la vida de esos niños no está en mis manos, se hace todo por el bienestar, pero hay que saber aceptar la realidad y eso se aprende con el pasar de los años”.

(Testimonio Médico tratante, masculino, 52 años de edad, años de profesión 22 años).

“Son pacientes críticos que no responden al tratamiento, a pesar de todos los esfuerzos, son candidatos a fallecer, y no por eso me voy a culpar de lo que está pasando yo conozco hasta donde puedo llegar como médico”.

(Testimonio Médico tratante, femenina, 58 años de edad, años de profesión 32 años)

Figura 7. Dimensión Emoción: Categoría Autoinculpación



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

4.4.1.2.5 CATEGORIA ESCAPE/ EVITACION

En esta categoría los entrevistados emplean estrategias para desconectarse del problema. Los entrevistados de sexo masculino indican que fumar les causa una sensación de olvido temporal de la situación.

“Cuando me estreso mucho, tengo una sensación de ansiedad por fumar, porque me produce alivio momentáneo del problema y lo mismo siento cuando muere un paciente del que yo cuidada por lo que fumar seria mi manera de evitar el recuerdo del fallecimiento”.

(Testimonio Médico residente, masculino, 33 años de edad, años de profesión 3 años)

“Tomarme un tiempo, salir a un ambiente diferente, fumar un tabaco y tomar café, evitando no pensar en la muerte de mi paciente”.

(Testimonio Médico residente, masculino, 35 años de edad, años de profesión 6 años)

En cambio, las mujeres desarrollan otras medidas de escape, basadas algunas en la religión y otras en desconexión del medio.

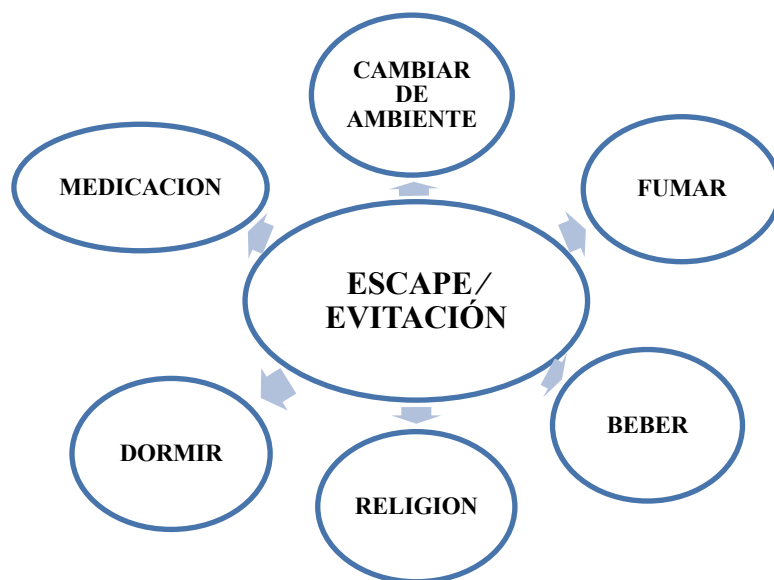
“Mi paciente es un pequeño angelito que se encontraba perdido en la tierra, por eso tuvo que regresar al cielo”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 34 años de edad, años de profesión 7 años).

“Esta criatura no merece sufrir tanto, por eso Dios se lo llevo al cielo”.

(Testimonio Médico residente, femenina, 31 años de edad, años de profesión 4 años)

Figura 8. Dimensión Emoción: Categoría Escape/Evitación



Fuente: Entrevistas.
Elaborado por: Las Autoras.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según Guacaneme (2007) “las estrategias de afrontamiento son una serie de herramientas o recursos que el individuo posee y desarrolla con la finalidad de hacer frente a demandas específicas, externas o internas” estas herramientas o recursos pueden ser negativos o positivos que permitan un afrontamiento adecuado y no perjudiquen su bienestar biopsicosocial. (Gonzalez y Lopez, 2013).

Robbins (1992) manifiesta en cambio que “el afrontamiento ante la muerte se ha definido como las habilidades y capacidades que el profesional tiene para afrontar la muerte, así como sus actitudes y creencias sobre dichas capacidades”. Claxton-Oldfield, et al (2007), explica que los profesionales de salud en cuidados paliativos tienen que tener la capacidad para hablar sobre muerte y su proceso, dar sustento emocional tanto para los pacientes y su familia al final de su vida así como cuidados y trámites funerarios.

Diversos estudios aparte de los mencionados ejemplifican este tema tan controversial, donde la ansiedad ante la muerte y la falta de capacidad para afrontarla serán causa de malestar emocional y burnout en los profesionales de salud. (Holland, 2005). Por eso la necesidad de abordar las emociones de los profesionales las cuales influyen en cada uno de los cuidados sobre todo aquellas derivadas de la muerte y el duelo de pacientes y familiares. (Ascencio, et al 2014).

Pero es “inevitable que aspectos emocionales del profesional de la salud incidan en la manera de comunicarse con el paciente, en la toma de decisiones, la capacidad de afrontamiento, resolución de los problemas y también en su integración en el conjunto asistencial”. (Vitello, 2002 y Centeno, 1999).

Mok, Lee y Wong (2002) indican que “cuando el personal de salud asume la muerte como un proceso natural, los niveles de ansiedad generados por la muerte de los enfermos disminuye, debido a la comprensión del suceso terminal, su significado y al asumir las emociones propias que genera la muerte”. Gala, et al (2002) y Pichardo y Diner (2010) mencionan que el personal de salud deben ser el que acompañe al paciente y su familia durante el proceso de muerte, de ahí la necesidad que exista un mejor manejo emocional e interés por este tema.

Del cuestionario realizado en esta investigación se encontró gran porcentaje hacia una actitud negativa en las dimensiones de evitación (85,4%), aceptación (71,7%), temor (61,9%), pasaje (69%), salida (70,4%) y perspectiva profesional (77,4%) (Tabla 9) similar a lo reportado por García (2015) que encontró actitud de indiferencia ante la muerte en las dimensiones evitación (67%), aceptación (65%), temor (57%), pasaje (77%), salida (42%) y perspectiva profesional (72%).

Sanz (1995) en su estudio indica que “resulta notoria la cantidad de respuestas evasivas ante la muerte en el grupo de médicos estudiados, lo que evidencia que el enfrentamiento a la muerte es poco realista, y pone de manifiesto los mecanismos defensivos de evasión en los médicos” al igual que en el presente estudio.

Hernandez (2002) en su publicación identificó altos niveles de respuestas en evitación contrapuesta con aceptación que permitieron expresar una actitud positiva hacia la muerte como un sentido enriquecedor, que se comprueba con la subescala de Temor, además menciona niveles bajos en pasaje y salida, que lo explica por influencia de varios componentes cognitivos y afectivos de rechazo a la muerte a diferencia que en este estudio todas las respuestas tuvieron un puntaje bajo.

En las entrevistas realizadas con respecto a la confrontación Souza et al (2013) en su estudio sobre la muerte y el proceso de morir, realizado en el personal de enfermería, indican presentar sentimientos de tristeza, impotencia y sufrimiento, similares a los relatos del presente estudio.

Gálvez, et al (2013) explora las respuestas de afrontamiento en enfermeras ante la muerte del paciente crítico, que señala a la familia como principal búsqueda de apoyo social, se asemeja al estudio realizado que buscan su ayuda en la familia además de los colegas.

Con respecto a la autoconfianza los participantes refieren tener la capacidad de confiar en sus habilidades pero también indican que sienten culpa a pesar de hacer todo por sus pacientes y Gálvez, et al (2013) coincide con esta categoría donde demuestra que en su estudio los participantes realizaron el mejor esfuerzo y confiaron en el desempeño profesional.

Reynolds (2006) en su artículo sobre como lidian los médicos ante la muerte, señala que existen varias estrategias como la sátira médica, utilizada como mecanismo de escape. Los participantes en las entrevistas al contrario señalan que no existe distracción que pueda evadir su tristeza.

Galvez, et al (2013) en su estudio demuestra que prevalece un cierto grado de distanciamiento emocional y terapéutico, que consiste en estar cerca del sufrimiento sin dejarse llevar de la situación; formando cierto grado de frialdad pero los entrevistados de este estudio describen una afectación emocional eminente, que les permite brindar un trato adecuado hasta el final de sus vidas.

Mandell, et al (1987) en su estudio sobre la respuesta del pediatra frente a la muerte inesperada, concluye que la mayor parte de médicos pensaban que habían "omitido" algo y temían ser culpables. Al igual que Baverstock (2006) acerca de las respuestas emocionales de los médicos ante la muerte de un paciente, la mayor parte de los participantes desarrollaron desconfianza con respecto al manejo del paciente. Similares respuestas adoptan los médicos residentes encuestados en este estudio.

Frente a todos los datos presentados se recalca al final la imperiosa “necesidad de una mayor investigación y desarrollo de mejores programas educativos para ayudar a los profesionales a explorar y comprender sus actitudes hacia la muerte, superar los miedos, aumentar la capacidad de comunicación y mejorar la estrategia de afrontamiento”. (Marchán, 2016).

Finalmente se menciona que al abordar el tema de muerte y las estrategias de afrontamiento se observó gran cantidad de literatura en los diversos ambitos profesionales como cuidados paliativos y enfermería, en este estudio se ha tenido que utilizar esas referencias bibliográficas para la confrontación con los datos obtenidos, por la ausencia de información en cuidados neonatales, además es un tema que se considera relevante en el personal de salud, más aún en estas unidades, por su alto índice de fallecimientos, donde presenciar estos eventos a diario condicionan la calidad de trabajo y atención en forma negativa. (Tomás y Gómez 2003).

5.1 LIMITACIONES

- Falta de colaboración de la población estudiada, por no contar con tiempo suficiente para analizar y responder el cuestionario.
- Los participantes no cuentan con horarios fijos lo que dificultó la localización.
- Al tratarse de un estudio acerca de la muerte del paciente neonatal, demandó en los participantes su opinion personal y al ser un tema controversial evitaron hablar del mismo.
- Modificación del cuestionario por parte de los investigadores que problamente no permita valorar de acuerdo a los criterios del modelo original.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES

En esta investigación se demostró que:

- Existió predominio de sexo femenino (71,7%), con una población adulto joven entre los 23 a 45 años (87%), con tercer nivel de educación (61,5%), sin pareja (solteros y viudos) (54,9%), médicos residentes (61,5%), creyentes (católicos, cristianos, adeptos, agnósticos, testigos de jehova) (94,2 %), con mayor apertura en médicos de hospitales privados (51,3%), con experiencia laboral que va de 1 a 15 años (90,7%).
- Se observó alto porcentaje de respuestas negativas en las dimensiones: evitación (85,4%), aceptación (71,7%), temor (61,9%), pasaje (69%), salida (70,4%) y perspectiva profesional (77,4%) sin observarse asociación estadística significativa con los factores sociodemográficos estudiados para la influencia hacia una actitud negativa.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa en nivel académico y en cargo que desempeña con la dimensión temor al igual que años de servicio y perspectiva profesional donde el tercer nivel (56,1%; OR=0,5), los residentes (56,1%; OR=0,5) y los que han trabajado de 1 a 15 años (75,6%; OR=0,15) constituyen factores de protección para la presencia de una actitud negativa frente a la muerte neonatal
- El predominio de actitudes negativas en todas las dimensiones frente a la muerte neonatal en los médicos que laboran en los servicios de salud de la ciudad de Quito estudiados se influenció en su mayoría por el contenido afectivo, temor y evitación hacia la muerte.

- Las estrategias de afrontamiento hacia la muerte neonatal en los médicos que describe la literatura basadas en el problema y la emoción son parcialmente conocidas y por ende no utilizadas por el personal de salud, esto ha llevado al final a un mal manejo de dolor, estrés emocional y profesional.

CAPÍTULO VII

7. RECOMENDACIONES

- En cada institución de salud se debería disponer de fuentes de apoyo emocional y psicológico para el personal de salud que constantemente se encuentra frente a situaciones de estrés al presenciar frecuentemente la muerte de pacientes.
- Se recomienda tener un programa integral del manejo de emociones tanto para el personal de salud como para los padres que facilite el afrontamiento personal del dolor.
- Incentivar la elaboración de una guía de atención sobre el abordaje ante la muerte neonatal, para desarrollar habilidades de comunicación y técnicas de relación que reduzcan los niveles de ansiedad en los profesionales.
- Motivar al personal de salud especialmente a los que labora en áreas críticas, para su formación académica constante sobre las actitudes y estrategias frente a la muerte.
- Realizar nuevas investigaciones sobre esta temática con nuevos enfoques y modalidades que aporten una visión amplia de los factores que provocan una actitud negativa ante la muerte en los profesionales de salud del área de neonatología.

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aerde, J. (2015). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. The Journal of Perinatal Education, 14 (4), 9-15. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>
- Alazraqui, M. (2001) Mortalidad Infantil. Un indicador para la Gestión Local. Análisis de la Mortalidad Infantil de la Provincia de Buenos Aires.
- Alvarez, P. et al. (2016). Guía para el Manejo de Duelo ante fallecimiento de paciente Neonatal. Hospital Puerto Montt
- Ariés, P. (2003). A História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Arruda, J. Piletti, N. (2000). Toda a história: História geral e história do Brasil. São Paulo: Ática.
- Ascencio, et al. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Psicooncología. Vol. 11, Núm. 1, pp. 101-115. ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920
- Baverstock, A. Finlay, F. (2006) Respuestas emocionales de los registradores especializados a la muerte de un paciente. Arch Dis Child; 91(9):774-6.
- Barón, R. Byrne, S. (1999). Psicología Social. Madrid: Prentice.
- Barrantes, G. (2001). El duelo en la Adolescencia. En Adolescencia y Juventud en América Latina. Editorial LUR. Donas, Solum. Compilador.
- Campos, T. (1995). Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU.
- Carmona, Z. Bracho, C (2008) La muerte, el duelo y el equipo de salud. Revista de Salud Pública, 2 (2): 14-23.

- Centeno, C. (1999). Principios de medicina paliativa. En: López F, editor. Manual de oncología clínica. Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Claxton-Oldfield, S. Crain, M. Claxton-Oldfield, J. (2007). Death anxiety and death competency: The impact of a palliative care volunteer training program. *Am J Hosp Palliat Care*.;23: 464---8.
- Cordero, Y. Jiménez, A. Marrero, R. (2003). Actitud ante La Muerte del Personal de Enfermería del turno 7am a 1pm y su Relación con La Atención al Paciente Moribundo y Sus Familiares. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, [Monografía en línea]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TIWY87C672003.pdf
- Cunha, E. (2012) El profesional sanitario ante el proceso de morir del paciente a su cuidado en el ámbito hospitalario de Gran Canaria. Tesis doctoral. Universidad de las Palmas de Gran Canaria
- De la Cruz, C. Robles, V. Hernández, A. (2009). Mortalidad neonatal y factores asociados, Macuspana, Tabasco, México. *Rev Cubana Salud Pública* v.35 n.1 Ciudad de La Habana.
- Diccionario de Psicología. (1991). (6ta ed.). Barcelona: Herber
- Fernández, A. (2008). Medición y Evaluación de la Psicología. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana
- Fins, J. Solomon, M. (2001) "Communication intensive care settings: The challenge of futility disputes". *Crit Care Med*. Número 29. Págs. 10 - 5.
- Flügel, Y. Young, K. (2000). Psicología de Las Actitudes. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1979). Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal.

- Gala, J. Lupiani, M. Raja, R. Guillén, C. González, J. Villaverde, M. Alba, I. (2002) Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense;30: 39-50.
- Gálvez, A. (2006). La muerte alrededor del nacimiento (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante
- Gálvez, et al. (2013) Estrategias de afrontamiento ante la muerte del paciente crítico: percepciones y experiencias de las enfermeras. NURE Inv [Internet] [citado día mes año];10(64):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE64_origina_l_afrontamiento.pdf
- García-Caro, M. et al. (2010) Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. Vol. 10, N° 1.
- Garcia, M. (2015). Factores Asociados a la actitud del profesional de enfermería ante la muerte del paciente terminal del hospital Dos de Mayo. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Gardner, J. (1999). Perinatal death: uncovering the needs of midwives and nurses and exploring helpful interventions in the United States, England and Japan. Journal of Transcultural Nursing, 10 (2), 120 -130
- González, I. López, L. (2013) Proceso de duelo, estrategias de afrontamiento y resiliencia en adultos ante la muerte de un ser querido. Maracaibo
- Guacaneme, F. Pérez, C. (2007) Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras de la unidad de cuidado intensivo pediátrico frente a la muerte de un niño. Bogotá: Universidad de la Sabana

- Henrion, R. (1983). PIL test on cancer patients. The International Forum for Logotherapy, 6 (1), 23-7.
- Heyland, D. Rocker, G. Dodek, P. Konopad, E. Cook, D. (2002) Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. Critical Care Medicine. Número 30 (14). Págs. 13 - 7.
- Hernández, G. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia del Policlínico “Plaza de la Revolución”. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Habana, Cuba. 18(1):22-32
- Holland, J. Neimeyer, R. (2005) Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. Palliat Support Care.;3:173---81.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2016). Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec
- Jones, K. Smythe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. New Zealand College of Midwives Journal 51 (3), 17-22. doi: <http://dx.doi.org/10.127844/nzcomjnl51>
- Kirchhoff, K Spuhler, V. Walker, L. (2000) “Intensive care nurses experiences with end-of-life care”. Am J Crit Care. Número 9. Págs. 36 - 42.
- Lazarus, R. Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Levin, A. (1999) “Viewpoint: Humane neonatal Care Initiative”. Acta Paediatr. Número 88. Pág. 353.
- Lomuto, C. (2006) Mortalidad Infantil y Neonatal. Enfermería Neonatal.

- Mandell, F. McClain, M. Reece, R. (1987) Muerte súbita e inesperada. La respuesta del pediatra.. Am J Dis Child
- Marchán, S. (2016) Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. Nure Inv. 13(82)
- Martin CH, Salovey P. (1996) Death attitudes and self-reported health relevant behaviors. J of Health Psychology, Sage Publications, I (4):441-53
- Martín, P. Saiz, M. (2007). Muerte y duelo. Madrid: Síntesis.
- Mendoza, E. Peraza, Y. Pineda, M. (2005). Factores que Influyen en La Actitud del Personal de Enfermería ante La Muerte de Los Pacientes. Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”. [Monografía en línea]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TIBF789D4M452005.pdf.
- Ministerio Salud Pública, CONASA, SNS. (2008). Plan nacional de reducción acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal.
- Ministerio Salud Pública (MSP) 2010. Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000-2010. Disponible en: Ministerio Salud Pública (MSP) 2010. Datos esenciales de salud: una mirada a la década 2000-2010.
- Miles, M. Brunssen, S. (2003) “Parental stressor scale: Neonatal Intensive Care Unit”. Nursing Reseach. Número 42 (10). Págs.148 – 152.
- Mok, E. Lee, W. Wong, F. (2002) The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. Nurse Educ Today; 22:319-29.
- Naciones Unidas. (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe Naciones Unidas. New York, p 33
- Neimeyer, R. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.

- Nuzum, D. Meaney, S. O'Donoghue, K. (2014). The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121 (8), 1020-1028. doi: 10.1111/1471-0528.12695
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). *Publicación Científica N°51*. Buenos Aires
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016). Centro de Prensa. Reducción de la mortalidad en la Niñez.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). La verdadera magnitud de la mortinatalidad y la muerte materna y neonatal está subestimada.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2017). *Indicadores básicos. Situación de salud en las Américas*. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31288>
- Pastor, S. (2016). Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa.
- Pichardo, G. Diner, K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde enfermería. *Anales Médicos*;55:161-6.
- Pierdant, M. Ávila, C. (2000) Análisis de la mortalidad en el Hospital Infantil de México Federico Gómez de 1943 a 1999: un reflejo de la transición epidemiológica. *Bol Med Hosp.*;58(9):599-614.
- Piletti, N. Piletti, C. (1999). *História e vida integrada*. São Paulo: Ática.
- Plaza, J. Janes, M. (2002). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós.
- Prieto, J. Pérez, M. (2007). *Ginecología y Obstetricia: Manual de Consulta Rápida* - Página 309 7
- Reynolds, F. (2006) Cómo lidian los doctores con la Muerte. *Archivos de la enfermedad en la infancia*. *Arch Dis Child.*;91(9):727.

- Ribeiro, P. (1996). Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU.
- Robbins, R. (1992) Death competency: A study of hospice volunteers. *Death Stud.*;16:557---69.
- Sábado, J. Gómez, B. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.
- Sanz, J. (1995). La sociedad, la medicina y la muerte. Barcelona, *Med Clin*, 1995, 419-20
- Satir, V. (2005) “Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar”. Editorial México: Pax México. Segunda edición. 2005. Págs. 103 - 104.
- Soto, C. (2012) Significado de la experiencia de dolor para la enfermera ante la muerte de neonatos. Universidad nacional de Colombia. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en Materno Perinata. BOGOTÁ, D.C.
- Souza, et al. (2013) La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob.* [online]. 2013, vol.12, n.32, pp.222-229. ISSN 1695-6141.
- Templer, D. (1970) The construction and validation of death anxiety scale. *Journal of general psychology* 82:165-177.
- Tomás, J. Gómez, J. (2003) Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev. de Psicología General y aplicada*, 56 (3), 257-279
- UNDP. (2003). Actores internacionales en la Educación Básica de Adultos. Educación de Adultos y Desarrollo (Suplemento)
- Vitello-Cicciu, J. (2002) Exploring emotional intelligence. Implications for nursing leaders. *J Nurs Adm*;32:203-10
- Wallbank, S. Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: a questionnaire

survey. International journal of nursing studies, 50 (8), 1090-1097. doi:
10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

Afrontamiento de la muerte neonatal en el personal médico de los Servicios de Neonatología de los hospitales de la ciudad de Quito de agosto a diciembre del año 2017

CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)

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 del personal médico que labora en los Servicios de Neonatología en la ciudad de Quito.

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

PRIMERA PARTE

DATOS GENERALES:

Edad: _____

Sexo: _____

Grado Académico: _____

Religión: _____

Estado Civil: _____

Cargo que desempeña: _____

Número de años que labora: _____

Lugar de Trabajo: _____

Fecha: _____

SEGUNDA PARTE

Por favor colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones.

PREGUNTAS	Desacuerdo A	Acuerdo B
1. Pensar en la muerte neonatal es perder el tiempo		
2. Considero morboso pensar deliberadamente en la muerte neonatal inevitable.		
3. Yo realmente prefiero no pensar en la muerte neonatal.		
4. No pienso hasta ahora en la muerte neonatal como una posibilidad real.		
5. Las personas sólo deberían pensar en la muerte cuando son viejos		
6. La aceptación de la muerte neonatal me ayuda a tener más responsabilidad en mi trabajo.		

7. Mi vida tiene más significado porque yo acepto la muerte neonatal		
8. He pensado en la muerte neonatal como un hecho imposible.		
9. Reconocer la muerte neonatal como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.		
10. Me siento más libre al aceptar la muerte neonatal.		
11. La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.		
12. Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida		
13. Yo temo que mis pacientes mueran al nacer		
14. Encuentro difícil encarar la muerte neonatal		
15. Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte		
16. Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor		
17. Pienso que mis pacientes vivirán después de la muerte		
18. Veo la muerte neonatal como un paso a la eternidad		
19. Yo espero con placer la vida después de la muerte		
20. Después de la muerte neonatal se encontrará la felicidad		
21. La muerte neonatal puede ser una salida a la carga de la vida que tendría los familiares de mi paciente		
22. Prefiero que mi paciente muera a vivir sin calidad		
23. Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo		
24. He pensado que no vale la pena vivir		
25. Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio		
26. He vivido la muerte neonatal como un fracaso profesional		
27. No puedo evitar pensar en la familia de un neonato que va a morir		
28. No quisiera asistir al episodio final de un neonato que fallecerá en el Servicio donde trabajo.		
29. Cuando asisto a neonatos que fallecieron he pensado en la probabilidad de mi muerte		
30. Me conmueve enfrentar a la familia de un neonato moribundo		
31. El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del neonato.		
32. El contacto frecuente con la muerte neonatal me ha hecho verla como algo natural		
33. Me siento más cómodo si la petición de asistir a un neonato moribundo es por parte de los familiares		

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario se dirige al personal médico que laboran en los servicios de neonatología de los Hospitales de la ciudad de Quito, el propósito es proporcionar información sobre el estudio a realizarse así como el rol de los participantes.

Nosotras, Ligia Paola Sisalima Flores y María Verónica Alvarado Arévalo, posgradistas del séptimo semestre del posgrado de Pediatría de la PUCE, estamos investigando sobre el afrontamiento de la muerte neonatal en el personal médico que labora en atención directa con neonatos.

Si usted accede a participar, se le pedirá conteste un cuestionario. Su participación es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial sin ningún otro objetivo fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán anónimas. Puede negarse a participar del proyecto sin que esto le perjudique de alguna forma.

Si tiene alguna duda, puede contactarse con las investigadoras Sisalima y Alvarado, vía correo electrónico: poyito_85@hotmail.com, veritoalv86@gmail.com respectivamente. Agradecemos su colaboración.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO – AUTORIZACIÓN

He sido invitado e informado que la presente investigación es conducida por las doctoras, Ligia Paola Sisalima Flores y María Verónica Alvarado Arévalo, del posgrado de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo es conocer como afrontan la muerte neonatal el personal médico.

Declaro que me han indicado que participaré contestando un cuestionario, la información recogida es confidencial y no se usará con ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Sé que mi participación es voluntaria y que puedo negarme a participar sin repercusión alguna. Además de tener alguna inquietud sobre el proyecto, puedo contactarme con las investigadoras, mediante los correos electrónicos: poyito_85@hotmail.com, veritoalv86@gmail.com respectivamente.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante:

SI ACEPTO PARTICIPAR

NO ACEPTO PARTICIPAR

Función que desempeña en el servicio de Neonatología: _____
Lugar y fecha: _____

ANEXO 3: ENTREVISTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO DE PEDIATRÍA

Afrontamiento de la muerte neonatal en el personal médico de los Servicios de Neonatología de los hospitales de la ciudad de Quito de agosto a diciembre del año 2017

ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN

El campo de la medicina neonatal tiene características únicas. Aunque el nacer ocurre naturalmente y es un evento universal, está asociado a morbilidad y muerte significativa.

En nuestro medio esta realidad es bastante generalizada, por lo cual se abordó el tema del afrontamiento de la muerte neonatal con el objetivo de mejorar el afrontamiento en momentos dolorosos como la muerte de un paciente neonatal.

Lugar y fecha

Hora de inicio.....

¿Cuál es su edad, sexo y su función laboral en esta institución?

¿Desde cuándo es médico?

¿Porque eligió ser médico?

¿Qué significa la muerte de un paciente neonatal para usted?

¿Me puede hablar sobre la frecuencia con la que ha presenciado en este servicio la muerte neonatal?

PREGUNTAS

1. ¿Cuéntenos acerca de su experiencia personal frente a la muerte de un paciente neonatal?
2. ¿Ante la muerte neonatal que acciones o estrategias ejecuta para mejorar la situación en la que se desenvuelve?
3. ¿Cómo regula usted sus sentimientos, acciones y respuestas emocionales frente a la muerte neonatal?
4. ¿Si la muerte de su paciente neonatal es inevitable usted prefiere estar presente o ausente? ¿Indique por qué?
5. ¿Cómo se ve afectada su experiencia profesional ante la muerte neonatal?
6. ¿Alguna vez algún padre de algún paciente le ha pedido que le deje morir tranquilo, sin más intervenciones que le causan dolor? ¿Qué siente en esas situaciones?
7. ¿Habla de la muerte de su paciente con sus amigos, colegas y familiares?

Hora de finalización: