

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Proyecto:

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN EL
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE
CHIMBORAZO, PERÍODO FEBRERO - JULIO 2016”**

Autores:ADRIANA CAROLINA ALULEMA MONCAYO

JHONATAN ALEXANDER VELASTEGUÍ ORDÓÑEZ

Tutora:Dra.Rocío Tenezaca, Mgs.

RIOBAMBA - ECUADOR

2017

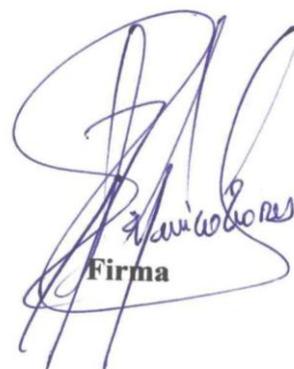
PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: “INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO, PERÍODO FEBRERO - JULIO 2016”, presentado por: Adriana Carolina Alulema Moncayo y Jhonatan Alexander Velasteguí Ordóñez y dirigida por la Dra. Rocío Tenezaca, Mgs. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite el presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:

Mgs. Ramiro Torres Vizuite Ps. Cl.

Presidente del Tribunal



Ps. Cl. Cristina Procel

Miembro del Tribunal



Mgs. Rocío Tenezaca

Tutor de Tesina



AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Adriana Carolina Alulema Moncayo y Jhonatan Alexander Velasteguí Ordóñez y dela directora del proyecto: Dra. Rocío Tenezaca, Mgs.; y el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional del Chimborazo.



Alulema Moncayo Adriana Carolina

CI: 060456133-2



Velasteguí Ordóñez Jhonatan Alexander

CI: 060402473-7

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres amados Mauro y Rossy por ser un ejemplo de superación, humildad y amor, a mis hermanos por quererme tanto siempre, no saben cuánto los amo. Gracias a ustedes por ayudarme en todas las formas posible para que logre esta meta. A ti Jhonatan, por permanecer a mi lado aún en los peores momentos y en los grandes logros, como éste. Recuerda que apenas empezamos a cumplir nuestros sueños juntos, nos quedan muchos más, te amo. A mi niña, por todo tu amor, por tu paciencia y tu compañía cada día y cada noche que dedicamos a realizar este proyecto. Tus padres te aman Danaé. Al Ps. Cl Nelson Guato y Mgs. Rocío Tenezaca por su valiosa ayuda y su comprensión.

Pero sobre todo, a Dios, por bendecirme a cada instante, por el amor, por la vida y por la familia.

Adriana Carolina Alulema Moncayo

Quiero agradecer a Dios por darme la vida para poder concluir con una etapa más con satisfacción, a mis padres Geovanny y Judith que siempre han sido mi guía y apoyo incondicional, a mis hermanos Cristian y Yosvanna porque han sido parte clave de mi superación, a mi Abuelita Carmita que siempre me motivo a seguir mis sueños y creyó en mí, a mi padrino César que me ha ayudado a crecer como persona. Gracias a nuestro tutor Ps. Cl. Nelson Guato por su guía durante la elaboración de nuestra investigación, y Dra. Rocío Tenezaca por permitirnos concluir con la misma; a ti Adry quien desde que nos conocimos supiste darme confianza y solías decirme “ánimo esto lo empezamos juntos y lo terminamos juntos”, hoy estamos dando otro gran paso en nuestras vidas, a mi pequeña hija Danaé agradecerle por su paciencia, lo hice por y para ella también.

Jhonatan Alexander Velasteguí Ordóñez

DEDICATORIA

A la memoria de una persona que con su vida marcó la vida de quienes vivimos a su alrededor y con su partida, me dejó una tristeza y una extraña paz, despertando en parte el interés por este tema, mi papi Nelson. A mi familia, mis queridos padres y hermanos, en especial a mi padre, Mauro. Eres uno de los mejores médicos que conozco, un profesional íntegro, admirable, con un verdadero interés por sus pacientes; porque aunque te cansas jamás te rindes y así guías el camino de tus hijos para que sirvamos de igual forma a nuestros pacientes. A mi hermano Andrés, para que sigas siendo el gran médico en que te has convertido.

A mis dos amores, Jhonatan y Danaé, por ser mi fuerza y mi inspiración, por llenarme de amor y felicidad.

Adriana Carolina Alulema Moncayo

Dedico este trabajo a Dios por darme sabiduría y fuerza para culminar esta investigación, a mis padres quienes me han inculcado buenos valores y por sus enseñanzas soy una persona bien formada, a mis hermanos por su apoyo, cariño y confianza, a mi Abuelita quien ha sido un ejemplo de lucha, motivación y superación desde pequeño, a mi hija quien es mi motor para seguir adelante, con su amor me llena día a día y a mi esposa porque junto a ella iremos cumpliendo sueños y metas a lo largo de nuestra vida juntos.

Jhonatan Alexander Velasteguí Ordóñez

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DERECHOS DE AUTORÍA	I
AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE GENERAL	IV
ÍNDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL	
1.1. Problema de investigación	4
1.2. Problematización del problema	4
1.3. Formulación del problema	7
1.4. Preguntas directrices o problema derivados	7
1.5. Objetivos	7
1.5.1. Objetivo General	7
1.5.2. Objetivos Específicos	7
1.6. Justificación	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
2.1	ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS CON RESPECTO AL PROBLEMA	11
2.2	Inteligencia Emocional	13
2.2.1	Concepto de Inteligencia	13
2.2.2	Concepto de Emoción	14
2.2.3	Definición de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer	14
2.2.4	Inteligencia Emocional en la formación de las profesionales de salud	17
2.3	Actitudes Ante La Muerte	18
2.3.1	Concepto actual de Muerte	18
2.3.2	Contextualización de la muerte	19
2.3.3	La muerte desde varios enfoques psicológicos	20
2.3.4	La muerte en la formación del personal de la Salud	22
2.3.5	Actitudes ante la muerte del personal de Salud	23
2.3.6	Actitudes ante la muerte de Martin y Salovey	24
2.4	Taller para mejorar Las Actitudes Ante La Muerte En El Personal De Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.	25
2.5	HIPÓTESIS	28
2.6	VARIABLES	28
2.6.1	Variable Independiente	28
2.6.2	Variable Dependiente	28
2.7	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	29

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.	Marco metodológico	32
----	--------------------	----

3.1	Diseño de la investigación	32
3.2	Tipo de investigación	32
3.3	Nivel de investigación	32
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	33
	a) Población	33
	b) Muestra	33
	a) Criterios de inclusión	33
	b) Criterios de exclusión	33
3.5	Procedimientos	34
	3.5.1 Técnicas	34
	3.5.2 Instrumentos	34
3.6	Procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados	35
 CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		
4.1	Análisis e interpretación de resultados del test de Inteligencia Emocional TMMS-24	37
4.2	Análisis e interpretación de resultados del test de Actitudes Ante la muerte (CAM-1)	43
4.3	Comprobación de la Hipótesis	45
 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1.	Conclusiones	47
5.2.	Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA		49

ANEXOS

Anexo 1:Ficha de Datos Informativos	53
Anexo 2: TMMS-24 - Test De Inteligencia Emocional	55
Anexo 3: Cuestionario De Actitudes Ante La Muerte (CAM-1)	57
Anexo 5: Fotos	59

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	La Percepción Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	37
Tabla 2	La Comprensión Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	39
Tabla 3	La Regulación Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	41
Tabla 4	Test de actitudes ante la muerte CAM-1	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: La Percepción Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	37
Gráfico 2: La Comprensión Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	39
Gráfico 3: La Regulación Emocional como Destreza del Test de Inteligencia Emocional TMMS-24	41
Gráfico 4: Test de actitudes ante la muerte CAM-1	43

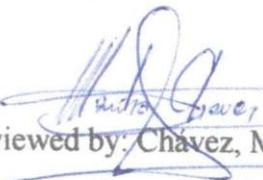
RESUMEN

El proyecto de investigación se llevó a cabo en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, durante el período Febrero – Julio del 2016; su objetivo principal fue analizar la Inteligencia Emocional en las Actitudes ante la Muerte en el personal de esta institución. Se trabajó con el personal de la Salud de las Áreas de Cuidados Paliativos, Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa, con una población de 50 personas y con una muestra no probabilística de 45 personas escogidas por los investigadores, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. En la investigación se utilizó el método científico, el diseño descriptivo, el tipo de investigación fue de campo y transversal y el nivel de investigación fue exploratoria. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: Escala de Inteligencia Emocional Trait Meta – Mood Scale TMMS-24 para determinar el nivel de las destrezas de la inteligencia emocional y el Cuestionario de Actitudes Ante la Muerte CAM-1 para conocer las actitudes que tiene el personal de la salud ante la muerte de sus pacientes, seguido de la observación clínica. Las técnicas para el análisis de los resultados fueron procesados mediante estadísticas básicas del programa Excel que al ser revisados se representaron en cuadros y gráficos, y posterior a los mismos se llegó a las conclusiones y recomendaciones. Una vez concluida la investigación se evidenció que el Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo tiene una adecuada percepción correspondiendo al 62,22%, comprensión emocional al 60% y una excelente regulación emocional en la relación médico - paciente, el 51.11%. El 73.3% manifiesta una actitud negativa ante la muerte de sus pacientes. En base a los resultados obtenidos en la investigación, se diseñó un taller, orientado a mejorar las actitudes ante la Muerte, que será puesto en práctica para el Personal de Salud del Hospital.

Abstract

The research project was carried at the Andean Alternative Hospital of Chimborazo, during the period February - July, 2016; the main objective was to analyze Emotional Intelligence in Attitudes to Death in the staff of this institution. The work was carried out with the Health Personnel of the Palliative Care, Hospitalization, Emergency and External Consultation areas, with a population of 50 people and a non-probabilistic sample of 45 people chosen by the researchers applying the inclusion and exclusion criteria. The researchers used the scientific method, the descriptive, transverse design, the type of research was field and the level of research was exploratory. The data collection techniques and instruments were: Trait Meta - Mood Scale TMMS-24 to determine the level of emotional intelligence skills and the Attitude to Death Test CAM-1 to know the attitudes that has the health personnel toward the death of their patients, followed by clinical observation.

The techniques for the analysis of the results were processed using basic statistics of the Excel program, which were represented in tables and graphs, and afterwards the conclusions and recommendations were reached. Once the investigation was concluded, it was evidenced that the Health Personnel of the Andean Alternative Hospital of Chimborazo has an adequate emotional perception corresponding to 62.22%, emotional understanding to 60% and an excellent emotional regulation in the doctor - patient relationship, 51.11%. 73.3% expressed a negative attitude towards the death of their patients. Based on the results obtained in the research, a "Psychological intervention plan based on Emotional Intelligence for Attitudes towards Death" was designed and will be put in practice for Hospital Health Personnel.


Reviewed by: Chavez, Maritza
Language Center Teacher



INTRODUCCIÓN

La muerte es un tema que despierta gran interés en la sociedad, sin embargo actualmente está cubierta por un manto de misterio, dolor e incluso temor. Siglos atrás la muerte era vista como un proceso natural, que se vivía dentro de la intimidad del hogar, mientras el paciente pasaba sus últimas horas rodeado del cariño y cuidado de sus familiares.(Lorenzo, 2010)

En la actualidad los pacientes en etapas terminales principalmente, mueren en centros hospitalarios, rodeados de profesionales quienes pese a sus conocimientos, su capacidad y sus cuidados, no dejan de ser extraños, que pueden ser vistos como fríos e indolentes. ¿A qué se debe esta percepción acerca de la actitud del personal de la salud frente al paciente moribundo y la muerte en general?

La labor del médico particularmente, en la mayoría de casos se entiende como “evitar” la muerte del paciente a toda costa, a la vez convirtiéndose en una obligación el salvar vidas. Esta es una de las principales razones por las que, según varios autores, el médico se ha mecanizado y deshumanizado en cierta forma y esto se inicia desde las aulas universitarias: Según Kübler &Kessler (2006)“el estudiante adquiere mayor información científica a costa del contacto interpersonal cada vez menor”. (p.26)

Una posible respuesta sería la idealización que la sociedad muchas veces tiene respecto a la labor del médico y el personal de salud en general. Muchas veces simplemente olvidamos que son seres humanos que sienten, que en muchos casos experimenta temor, dolor, frustración, ira y demás emociones ante la muerte de su paciente o la posibilidad de la misma, o en muchos otros casos, podría mostrarse indiferente tras enfrentar a la muerte en tantas ocasiones.

Es aquí donde el aprendizaje de la inteligencia emocional cobra mayor importancia; para Mayer, Salovey y Caruso, la inteligencia emocional se estructura como un modelo de cuatro ramas interrelacionadas: Percepción emocional; Facilitación emocional del pensamiento; Comprensión emocional; Regulación emocional (emotionalmanagement)(Bisquerra, 2016). A través de estas destrezas, el profesional de la salud tendría a su alcance herramientas que le permitirían poder manejar y expresar en forma adecuada sus emociones con respecto a la muerte, sin embargo, sabemos que no son temas de los que se hablen a profundidad en las aulas de clases y son muy pocos los

espacios como cursos, talleres, conferencias, etc. en los que el profesional puede prepararse para este fin.

La investigación fue planteada pensando en la necesidad de conocer la relación entre la Inteligencia Emocional y las Actitudes ante la Muerte y poner en manifiesto si las destrezas de la inteligencia emocional influyen en las actitudes negativas, indiferentes o positivas ante la muerte de los pacientes por parte del Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, para posteriormente diseñar un Plan de intervención psicológica basado en la Inteligencia Emocional para mejorar las actitudes ante la muerte en el personal de este centro hospitalario.

La presente investigación está desarrollada en cinco capítulos:

CAPÍTULO I: Contiene la problematización, el planteamiento y la formulación del problema, los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir la investigación y la justificación.

CAPÍTULO II: En el que se realiza y se detalla el Marco Teórico de las dos variables en estudio, la fundamentación teórica, el contenido de la investigación, definición de términos básicos, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Contiene el marco metodológico en el que se expone la metodología empleada para la investigación, estos son: el diseño de investigación descriptivo y transversal; el tipo de la investigación de campo, el nivel de la investigación exploratoria, la población, muestra fue tomada mediante un estudio no probabilístico y las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

CAPÍTULO IV: Compuesto por el análisis e interpretación de datos, la relación entre los resultados de las variables de la investigación y la comprobación de la hipótesis.

CAPÍTULO V: Se describe las conclusiones, recomendaciones, plan de intervención, bibliografía utilizada y se adjunta los anexos que incluye los instrumentos utilizados para la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales llevadas a cabo en el contexto hospitalario, llama la atención la evidente presencia de afectación en el profesional de la salud al enfrentar a la muerte y enfermedades crónicas en sus pacientes. De manera particular resulta interesante notar la diversa gama de actitudes hacia la muerte que al parecer, se presentan en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

Es posible que este grupo sea especialmente vulnerable debido a diversos factores como por ejemplo, la gran responsabilidad en la toma de decisiones y el contacto recurrente con la enfermedad, el manejo del dolor y en muchos casos la muerte. Pero el principal factor es que este hospital es el único en el centro del país que cuenta con un área de cuidados paliativos. Mediante la observación clínica se puede notar que algunos profesionales evitan el tema de la muerte, incluso el mencionarlo; en otros casos se ve una actitud mucho más positiva, una aceptación aparente de la misma.

Pese a la familiaridad que podría suponerse que el personal debe tener con la muerte y los pacientes terminales, llama la atención como muchas veces se ven afectados psicológica y físicamente, sobretodo en relación al aspecto emocional. Si se considera el concepto que dieron Mayer y Salovey (1997) acerca de la Inteligencia Emocional, en que la describen como la habilidad para manejar sentimientos y emociones, logrando discriminar entre ellos y poder usar estos conocimientos para dirigir nuestros propios pensamientos y acciones, puede suponerse que no existen niveles adecuados de Inteligencia Emocional en esta clase de profesionales, que trabajan en el área de salud.

Pueden verse casos de ansiedad, estrés, sentimientos evidentes de tristeza, frustración e incluso ira y en varias ocasiones cierta indiferencia hacia el tema, lo cual podríapresentarsea manera de un mecanismo de defensa de los individuos ante la vivencia cercana y continua, de muerte.

El presente trabajo tratará de determinar si la Inteligencia Emocional influye en las Actitudes ante la muerte en el personal del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

1.2. PROBLEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente y de manera generalizada, la percepción de la gente ante la muerte se ve envuelta por un aura de misterio, angustia, preocupación y otras formas negativas de verla,

son muy pocos los casos en los que se evidencia una actitud más positiva hacia esta realidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de la importancia del personal sanitario, pero desde el punto de vista laboral, encontrándose documentos, que detallan cómo debe llevarse a cabo su distribución en la población mundial, la suficiencia de personal en relación al número de habitantes, incluso se habla de su remuneración, sin embargo no ha sido posible encontrar datos sobre el perfil psicológico propio del personal que trabaja en el área de salud o estudios sobre su aspecto emocional proporcionados por este u otros organismos.

A nivel mundial tanto la Inteligencia Emocional como el tema de la muerte han sido ampliamente estudiados, principalmente en países como Estados Unidos, España, México, Cuba y Colombia. En relación a las actitudes ante la muerte, no se han encontrado investigaciones previas del tema como tal, aunque si existen estudios que relacionan la Inteligencia Emocional con la Ansiedad ante la Muerte, Miedo ante la muerte y Estrés.

Para que el profesional del área de la salud pueda llevar a cabo su actividad en este campo, es necesario que esta persona se encuentre en un óptimo estado de salud, tanto físico como emocional. Se comprende como personal de salud a médicos, enfermeras, laboratoristas, auxiliares de enfermería, psicólogos, odontólogos y estudiantes de todas estas ramas afines. Con el paso del tiempo los roces con la muerte de los pacientes se vuelven algo constante para este grupo de profesionales, desarrollándose en ellos distintas actitudes ante la muerte. Dentro de la psicología resulta de gran importancia este aspecto, lo emocional, por tanto parece ser posible que la Inteligencia emocional influya en las actitudes ante la muerte en los profesionales de la Salud.

Puede definirse a la Inteligencia Emocional como: “la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones propias y las de los demás” (Mayer y Salovey, 1997, p.10). Desde este punto de vista, es probable que la inteligencia emocional pueda ayudar a los profesionales a enfrentar de mejor manera el proceso de la muerte de sus pacientes, comprendiendo y regulando las emociones propias y las ajenas, lo cual desembocaría en actitudes más positivas hacia este tema, un mayor y real interés no solo sobre el estado de salud físico de sus pacientes, sino también respecto a lo emocional, pero sobre todo, poder ayudar al paciente hasta el último día de su vida, aportando a una muerte digna y tranquila.

En nuestro país existen varias investigaciones respecto a la Inteligencia Emocional, sin embargo solo se ha podido encontrar un único estudio que relaciona a ésta con el personal de Salud con el fin de mejorar la calidad de la atención hacia el paciente. La mayor parte de estudios están orientados hacia otros ámbitos, como la educación, desempeño laboral, relaciones interpersonales en contexto de trabajo y académico, etc. De igual forma se encontró un único estudio sobre actitudes ante la muerte, desarrollado en la ciudad de Quito.

En la ciudad de Riobamba, en la que ha sido desarrollada esta investigación, se han realizado varios estudios sobre Inteligencia Emocional y algunas están aún desarrollándose, pues al parecer resulta un tema que ha despertado gran interés en los últimos años. Sin embargo, no se han encontrado estudios sobre Actitudes ante la Muerte o temas relacionados.

En esta misma ciudad se encuentra el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, el cual entró en funcionamiento en el año 2002, logrando ensamblar tres áreas: Alopática (convencional, química), Complementaria (medicina alternativa) y la Andina (medicina de natural). Se ha convertido en un centro de referencia para la salud a nivel provincial y regional; tiene servicios hospitalarios de consulta externa, hospitalización (con capacidad de 25 camas y quirófano), rayos x, laboratorio, emergencia, cuidados paliativos, farmacia y ambulancia; además, de los servicios médicos complementarios, que permiten brindar una atención integral a sus pacientes.

Una característica especial del Hospital Andino es que cuenta con un área de Cuidados Paliativos, que acoge a los enfermos en etapa terminal, con el fin de permitirles vivir en plenitud y dignidad en su última fase de la vida. Los cuidados, tratamientos médicos y farmacológicos conjuntamente con el acompañamiento espiritual y terapias alternativas para el alma, permitirán mermar el dolor del paciente y, por tanto, mejorar su calidad de vida. (Hospital Andino, 2015)

Mediante la observación clínica realizada como practicantes de la carrera de Psicología y a través de entrevista con miembros del personal del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, se evidenciaron diversos síntomas como ansiedad, irritabilidad, en ciertos casos estado de ánimo bajo, cansancio, dolor de cabeza persistente y dolores musculares a manera de tensiones.

Esta investigación resulta valiosa, pues sienta un precedente que podría ayudar a un mejor manejo del tema de la Inteligencia Emocional en relación con la Muerte en un sector que es altamente vulnerable. De lo contrario, se vería afectada profundamente la calidad en la atención a los pacientes de esta casa de salud, debido al daño que esta situación puede causar en el personal, dificultando el manejo de estas situaciones tan difíciles y a la vez tan propias de su desempeño laboral.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Influye la Inteligencia Emocional en las Actitudes ante la Muerte en el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016?

1.4. PREGUNTAS DIRECTRICES O PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Cuáles son las Destrezas de la Inteligencia Emocional presentes en el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016?
- ¿Cuáles son las Actitudes ante la Muerte que se presentan en el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016?
- ¿Qué intervenciones pueden realizarse para el mejoramiento de la Inteligencia Emocional y las Actitudes ante la muerte en el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016?

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. Objetivo General

Analizar la Inteligencia Emocional en las Actitudes ante la Muerte en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar las destrezas de Inteligencia Emocional en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.
- Determinar las actitudes ante la muerte presentes en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

- Proponer un taller basado en la Inteligencia Emocional para mejorar las actitudes ante la muerte en el personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

1.6. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación trata de analizar la Inteligencia Emocional y las diversas actitudes hacia la muerte en el ámbito hospitalario, de manera particular entre el personal de la salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, considerando a estos como un grupo altamente vulnerable a situaciones difíciles en su desempeño laboral. Esto en razón de la exposición continua a situaciones con una alta carga emocional que gira en torno al dolor de la enfermedad y en muchos casos, la muerte.

La importancia de este estudio radica en la necesidad de que el Personal de la Salud sea una persona capaz de enfrentar situaciones difíciles en relación a la muerte, lo cual afectaría negativamente en la calidad de la atención que recibirían los pacientes de esta área y sus familiares, perjudicando su capacidad para realizar un trabajo eficiente, además de la evidente dificultad que produciría en la persona para establecer relaciones adaptativas tanto con sus compañeros de trabajo como con las personas a las que atiende y sus familiares al enfrentar el tema de la muerte.

Con la realización de este proyecto el resultado que se espera obtener es poder brindar herramientas para que el personal de la salud pueda enfrentar efectivamente el tema de la muerte, sin que éste impacte negativamente en las diversas esferas de su vida, disminuyendo el sufrimiento emocional que pudiera presentar durante el desempeño de su rol profesional. Una vez logrado esto el profesional estaría mejor capacitado para brindar una atención eficiente y eficaz a las personas que necesiten de sus servicios.

En Ecuador y específicamente en la ciudad de Riobamba no existen investigaciones que relacionen estas dos variables que son Inteligencia Emocional y Actitudes ante la Muerte, por lo que resulta conveniente realizar este proyecto en un hospital donde por medio de la práctica, se puede observar que existe el contacto directo del Personal de la Salud con la Muerte y esta situación genera distintos tipos de emociones.

La ejecución de esta investigación fue factible porque se contó con bibliografía actualizada, autorización y colaboración de personal salud y autoridades del Hospital

Andino Alternativo de Chimborazo, además se contó con los recursos económicos, materiales y tiempo requerido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS CON RESPECTO AL PROBLEMA

Mediante revisión bibliográfica se pueden encontrar varios estudios relacionados con las variables de esta investigación:

1. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. México. (Ascencio, Allende, & Verastegui, 2014)

El objetivo de esta investigación fue explorar y analizar actitudes y creencias ante la muerte en el personal de salud en Cuidados Paliativos Oncológicos. Fue un estudio, transversal y descriptivo; se utilizó un muestreo intencional, los instrumentos utilizados fueron: Formato de datos personales y profesionales, Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer, Creencias con relación al paciente terminal y Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM).

Se analizaron los datos estadísticamente: análisis de frecuencias y correlación de Spearman, con una alta tendencia en considerar que es mejor que el paciente terminal fallezca en casa, en el uso de la morfina como tratamiento para el dolor en cáncer avanzado y recibir una atención integral.

La mayoría de los sujetos, reporta que ha vivido la muerte de sus pacientes como un fracaso (93,5%) y miedo a que la vida llegue a su fin (96,8%). Dentro de las principales actitudes del personal de salud hacia el paciente terminal y la muerte se encontraron: mayor responsabilidad y atención hacia la vida, y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte.

2. Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés. Quito, Ecuador. (Pulliquitín, 2014)

Trabajo de Investigación sobre Psicología Clínica-Psicología Médica. El objetivo y problema fundamental es: analizar si existe relación entre la actitud frente a la muerte de los profesionales de la salud y la atención al paciente al final de la vida. Yalom y Rogers en el Enfoque Humanista existencial mencionan la importancia de

la Antropología filosófica y médica para la formación del profesional de la salud; la posibilidad de una “Cura médica de almas” implica una ética de respeto y acompañamiento incluso cuando la curación no sea posible; tratado en tres capítulos: La muerte, la atención al paciente y aspectos biomédicos.

Investigación Correlacional, no experimental con enfoque cuantitativo, transversal. Con una muestra de 62 profesionales. Cuyos resultados han evidenciado las actitudes relevantes en el profesional sanitario relacionado con la aceptación (o negación) de la muerte como un proceso natural y el temor a informar a la familia de los pacientes moribundos sobre el estado de salud. Identificar los componentes actitudinales (cognitivos, afectivos y comportamentales) con el fin de concientizar sobre la necesidad de elaborar la propia muerte para ayudar al paciente en su etapa terminal, humanizando así la atención

3. Inteligencia emocional y estrés por inestabilidad laboral en la Oficina Técnica Provincial del Registro Civil de Chimborazo. Riobamba.(Heredia & Torres, 2016)

Esta investigación tuvo como objetivo: determinar la influencia de la Inteligencia Emocional en el Estrés por inestabilidad laboral en los funcionarios de la Oficina Técnica. La población fue de 36 funcionarios que se encontraban laborando bajo la modalidad de contratos de servicios ocasionales y bajo los criterios de inclusión y exclusión la muestra con la que trabajaron constó de 33 funcionarios con estrés por inestabilidad laboral. Los diseños utilizados fueron cuantitativo y no experimental, fue una investigación de campo, descriptivo y transversal, de nivel exploratorio. Las técnicas e instrumentos que se utilizaron son: el Test de Estrés por Inestabilidad Laboral y el Test de Inteligencia Emocional de Weisinger. La técnica para el análisis de resultados fueron realizados mediante estadística básica en el programa Excel. Los resultados obtenidos fueron: el 92% de los funcionarios presentan estrés por inestabilidad laboral, el 88% posee un nivel de inteligencia emocional baja.

2.2 Inteligencia Emocional

Tradicionalmente la inteligencia ha sido relacionada inmediatamente con el coeficiente intelectual como un indicador de la misma. Sin embargo, con el tiempo varios investigadores se cuestionaron el hecho de que el nivel del coeficiente intelectual de la persona defina qué tan exitosa puede ser, si esto le ayuda a desenvolverse mejor académicamente, en su ambiente laboral, en sus relaciones interpersonales, etc. Así comenzaron a surgir desde hace varias décadas, nuevas teorías sobre la inteligencia, viéndola ahora como un conjunto de habilidades. De esta manera surge el concepto de Inteligencia Emocional, acuñado por Peter Salovey y John Mayer y popularizado años después por Daniel Goleman.

2.2.1 Concepto de Inteligencia.

En líneas generales, la inteligencia hace referencia a la “capacidad mental para entender, recordar y emplear de un modo práctico y constructivo, los conocimientos en situaciones nuevas” (Consuegra, 2010, p.161).

Actualmente las teorías sobre la inteligencia hablan del desarrollo de una nueva perspectiva de la misma, en forma mucho más amplia, en la que se tienen en cuenta otros aspectos más allá de los puramente racionales, como los factores emocionales.

Entre las teorías actuales se encuentra la aportada por Sternberg, quien ha contribuido a esta nueva concepción adoptando una visión multidimensional de la inteligencia, en la que diferencia varios tipos de talentos o inteligencias relativamente distintas e independientes: la analítica, la práctica y la creativa integrando en su concepto la creatividad, los aspectos personales y sociales. Considera que es más importante saber cuándo y cómo usar esos aspectos de la que llama inteligencia exitosa, que simplemente tenerlos. Las personas con inteligencia exitosa no sólo tienen esas habilidades sino que reflexionan sobre cuándo y cómo usarlas de manera eficaz(Enríquez, 2011).

De todas estas inteligencias, son la inteligencia interpersonal y la intrapersonal las que resultan de mayor utilidad a la hora de hablar de Inteligencia Emocional. En cierta forma, la Inteligencia Emocional está formada por estas dos inteligencias. La inteligencia interpersonal está relacionada con la inteligencia social, mientras la inteligencia intrapersonal se relaciona con la inteligencia personal.(Enríquez, 2011)

2.2.2 Concepto de emoción.

Consuegra (2010) desarrolla de forma amplia lo que es la emoción, definiéndola como un estado afectivo o reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos fisiológicos y endócrinos de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas.

Así según la autora encontramos dos tipos de emociones:

Emociones primarias: dentro de las emociones primarias se consideran: la ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el interés y la tristeza.

Emociones secundarias: las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo.

Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una “mutación” y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias. Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria: ira-rencor, violencia y odios patológicos; miedo-ansiedad, fobia y pánico; amor-dependencia; alegría- manía; tristeza- depresión. Dentro de la psicología se ha hecho énfasis en el estudio de las emociones dentro de varias corrientes. Inicialmente Allport, Maslow y Rogers, grandes representantes de la psicología humanista se interesaron en estudiar la emoción a mediados del siglo XX. Tiempo después Albert Ellis desarrollo la psicoterapia racional – emotiva, en la que las emociones de la persona vendrían a ser el eje de la misma. Desde este enfoque la persona “tiene la necesidad de sentirse bien consigo misma, experimentar las propias emociones y crecer emocionalmente” (Enríquez, 2011, p.22).

2.2.3 Concepto de Inteligencia Emocional.

Definición de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer.

Este término fue acuñado por dos psicólogos norteamericanos, Salovey y Mayer (1990), quienes decían que la inteligencia emocional consiste en la habilidad para manejar sentimientos y emociones, logrando discriminar entre ellos y poder usar estos conocimientos para dirigir nuestros propios pensamientos y acciones.

El concepto más reciente lo dio Salovey en el año 2007, para él la Inteligencia Emocional se refiere a “los procesos que implican el reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales propios y ajenos para resolver problemas y regular la conducta. Es decir, la inteligencia emocional es la capacidad de una persona para razonar sobre las emociones y, también para procesar la información emocional, aumentando el razonamiento”.

Según Mayer, Salovey y Caruso (citados por Berrocal & Extremera, 2005) la inteligencia emocional se estructura como un modelo de cuatro ramas interrelacionadas:

1) Percepción emocional.

Las emociones son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas. Se refiere a sí mismo, en otros, a través del lenguaje, conducta, en obras de arte, música, etc. Incluye la capacidad para expresar las emociones adecuadamente. También la capacidad de discriminar entre expresiones precisas e imprecisas, honestas o deshonestas.

2) Facilitación emocional del pensamiento.

Las emociones sentidas entran en el sistema cognitivo como señales que influyen la cognición (integración emoción y cognición). Las emociones priorizan el pensamiento y dirigen la atención a la información importante. El estado de humor cambia la perspectiva del individuo, desde el optimismo al pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista. Los estados emocionales facilitan el afrontamiento. Por ejemplo, el bienestar facilita la creatividad.

3) Comprensión emocional.

Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Las señales emocionales en las relaciones interpersonales son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación. Capacidad para etiquetar emociones, reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones. Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones; por ejemplo de frustración a ira, de amor a odio.

4) Regulación emocional (emotional management).

Regulación reflexiva de las emociones para promover el conocimiento emocional e intelectual. Los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida. Habilidad para distanciarse de una emoción. Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en

otros. Capacidad para mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.

Definición de Inteligencia Emocional de Goleman.

Daniel Goleman inició su investigación sobre inteligencia, debido a que para él la definición tradicional de la inteligencia humana era muy estrecha, pues no se tomaba en cuenta otras capacidades que para él son esenciales para la vida.

Para este autor esto se define de acuerdo a un conjunto de habilidades que se han denominado “inteligencia emocional”, como son perseverancia, autocontrol, empatía, entusiasmo, autoconciencia, agilidad mental y la capacidad de motivación. (Goleman, 1995). Como sabemos la personalidad tiene por un lado un componente definido genéticamente, que no podemos modificar, sin embargo hay un componente que se puede moldear, aprender y mejorar, y aquí es donde el aprendizaje de la inteligencia emocional cobra mayor importancia, pues podemos desarrollarla y fomentarla.

Para Goleman (1995) la inteligencia emocional consiste en:

- 1) Conocer las propias emociones: tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento en el momento en que ocurre.
- 2) Manejar las emociones: la habilidad para manejar los propios sentimientos a fin de que se expresen de forma apropiada se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones.
- 3) Motivarse a sí mismo: Encaminar las emociones, y la motivación consecuente, hacia el logro de objetivos es esencial para prestar atención, automotivarse, manejarse y realizar actividades creativas.
- 4) Reconocer las emociones de los demás: aquí interviene la empatía, la cual se basa en el conocimiento de las propias emociones; empatía es la base del altruismo. Las personas empáticas sintonizan mejor con las sutiles señales que indican lo que los demás necesitan o desean. Esto las hace apropiadas para las profesiones de la ayuda y servicios en sentido amplio (profesores, orientadores, pedagogos, psicólogos, psicopedagogos, médicos, abogados, expertos en ventas, etc.).

5) Establecer relaciones: El arte de establecer buenas relaciones con los demás es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás. Las personas que dominan estas habilidades sociales son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás.

2.2.4 Inteligencia Emocional en la formación de los profesionales de salud.

Las emociones juegan un papel fundamental en la vida estudiantil, pudiendo lograr que el estudiante sea una persona exitosa, estable y preparada para hacer frente a su futura actividad profesional, o una persona con dificultades para adaptarse. Los jóvenes universitarios se enfrentan dificultades emocionales derivada de situaciones personales, familiares, socioeconómicas y académicas. Los problemas psicológicos que padecen los estudiantes están relacionados principalmente con trastornos de ansiedad y estrés. Sobre esta realidad y específicamente en España, hay investigadores que expresan la problemática educativa de esta manera:

La sociedad española del siglo XXI se encuentra inmersa en una complejidad que se ha trasladado inexorablemente a la escuela y ha mostrado a todos los responsables educativos (padres, profesores y políticos/administradores), que la educación en la sociedad del conocimiento es una misión imposible si no se tienen en cuenta otros factores aparentemente —menos intelectuales y académicos y que, en principio, parecen alejados de la finalidad original del contexto escolar. (Fernández&Extremera, 2004, p.8)

La forma en que el estudiante maneje sus emociones puede generar un impacto ya sea positivo o negativo, “pueden impulsar la motivación para mejorar su desempeño académico y ser personas proactivas, asertivas y dinámicas, o de lo contrario, alejarlos del propósito educativo y en su extremo perder el sentido de vida.”Las habilidades emocionales se relacionan con un mejor afrontamiento de las dificultades cotidianas, existen evidencias de que la inteligencia emocional, juegan un papel importante como recurso de la persona para afrontar situaciones de tipo laboral e inclusive en el contexto académico. (Enríquez, 2011, p.49)

2.3 Actitudes Ante La Muerte

Las actitudes son aprendidas, pueden cambiar, reaccionar de manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto que puede ser un individuo, grupo o situaciones específicas de la vida, e incluyen respuestas de tipo afectivo, cognitivo y conductual.

Sin embargo la toma de conciencia de la muerte es considerada como una crisis para el ser humano y es un rival para el profesional de la salud especialmente para el médico, cuya misión es curar y salvar vidas, ocasionando de esta manera temor, indiferencia y distanciamiento hacia la persona que sufre y que necesita de atención.

2.3.1 Concepto Actual de Muerte

En la actualidad el concepto de muerte se ha ampliado y subdividido. Vista como un hecho biológico se define como “cese permanente de los procesos físicos y mentales de un organismo” (VandenBoss, 2007, p.330). La muerte humana también puede ser definida como “la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia” (Consuegra, 2010, p.190). Pese a esto, la muerte va más allá de ser un hecho biológico únicamente, sino que es también un tema estudiado desde la espiritualidad, religión, filosofía y muchas otras materias que se interesan respecto a la muerte y su impacto tanto en el individuo como en la sociedad.

Las profesiones que se encuentran clasificadas dentro del área de la salud comparten una premisa básica: preservar la salud de los pacientes; prevenir, cuidar, curar. Estos profesionales deben descubrir la enfermedad, tratarla y procurar eliminarla; es decir, su trabajo está encaminado a ayudar a las personas a vivir más y mejor. Esta forma de ver al médico propone una visión de la medicina casi como en un túnel a favor de curar cualquier costo, de preservar la vida del paciente casi sin importar sus circunstancias ni su calidad. Sin embargo, en la actualidad se habla de brindar atención más “humana” en relación al paciente, incluso si este enfrenta de forma inminente a la muerte, hasta el último instante de su vida (Pulliquitín, 2014, p.2).

Varias décadas atrás, la muerte era vista como un proceso natural, que se vivía dentro de la intimidad del hogar, mientras el paciente pasaba sus últimas horas rodeado del cariño y cuidado de sus familiares. En la actualidad los pacientes en etapas terminales mueren en centros hospitalarios, rodeados de profesionales quienes pese a sus

conocimientos, su capacidad y sus cuidados, no dejan de ser extraños, ya que en muchos casos son percibidos como “fríos, indolentes y ajenos” (Pulliquitín, 2014, p.7).

La experiencia de la muerte lleva implícitos sentimientos de soledad y de angustia.” Las obligaciones actuales del médico comprenden no prolongar el proceso de morir, decirle la verdad al enfermo con respecto a la gravedad de su situación, si éste se lo solicita, y facilitar una elección inteligente para el paciente presentándole con veracidad las alternativas terapéuticas y lo que puede esperar de ellas (Lorenzo, 2010, p. 9).Fonnegra (citado por Lorenzo, 2010) afirma:

No abandonar a un paciente es el compromiso ético más importante de un médico. Consiste en acompañarlo en el trayecto de la enfermedad, no importa que rumbo tome esta ni cual sea su desenlace. Esta es la esperanza que muchos abrigamos: contar al final con un médico amigo, con un profesional humano que, consciente de nuestra condición de seres mortales nos permita morir en su compañía, con los síntomas aliviados y respetando nuestra autonomía (p.11).

2.3.2 Contextualización de la muerte

Resulta importante conocer como la sociedad ha tratado el tema de la muerte a través de la historia y como ha ido evolucionando, para entender cómo se trata este tema en la actualidad y la forma en que es visto entre los profesionales sanitarios.Respecto a esto Lorenzo (2010), lo resume brevemente haciendo hincapié en varios hitos históricos:

En sus inicios, la humanidad mostraba gran temor e incertidumbre ante la muerte, por tanto llevaban a cabo rituales que pretendían mantener alejados a los difuntos y los honraban con la intención de que éstos no regresen.Posteriormente y tras la aparición de las diversas religiones, la gente buscó refugio en sus iglesias para proteger sus almas y prepararse para el día del juicio, en busca de la vida eterna, la vida después de la muerte siendo esta idea muy común entre la mayoría de religiones.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX cambia la forma de relación entre el paciente y el entorno. El médico juega un rol importante al guiar al paciente y su familia en el proceso de morir, cuidando al paciente moribundo sin pretender detener el proceso de su muerte, viéndola como algo natural que no debe modificarse o evitarse. Ya para 1930-1940 la muerte comienza a trasladarse al hospital y para 1950 se generaliza esta situación; el moribundo empieza a ser trasladado a centros de salud, donde pasa sus últimos

momentos y así el hospital se convierte en un lugar en el que los pacientes atraviesan por un proceso de muerte en soledad.

Desde principios del siglo XX la familia misma empieza a ser apartada ya que la hospitalización de los enfermos se hizo general, en vista de que regularmente las visitas con restringidas por horarios y normas estrictas. Para los médicos el conservar al paciente con vida se convierte en una meta, sin importar la calidad de vida que pudiera tener el paciente en relación con su padecimiento. “En forma tradicional, el principio sagrado de la vida, inscrito en el juramento Hipocrático y las creencias religiosas que han influido y en muchas ocasiones entorpecido notablemente las decisiones médicas, había sido el rector de la práctica de los médicos” (Lorenzo, 2010)

La Dra. Elisabeth Kübler-Ross comenzó su trabajo con estos pacientes en el año 1965, teniendo dificultades ya que los jefes de servicio negaban la presencia de pacientes ya que debía ser imposible la existencia de pacientes en estadios terminales ante la presencia de un equipo interdisciplinario capacitado. Pese a esto la Dra. Kubler se convirtió en pionera y máxima representante de la Tanatología y de los estudios en moribundos, mediante lo cual se devolvió al paciente su dignidad descuidada durante tanto tiempo. En los últimos años la definición de la muerte se ha modificado también; se ha alargado el promedio de vida y la muerte misma ha sufrido subdivisiones, hablando de términos muerte biológica, muerte cerebral, muerte celular, entre otros. Ahora no basta con que el corazón deje de latir y la persona deje de respirar. (Kübler & Kessler, 2006).

El paciente poco a poco dejando a su familia la dirección del fin de su vida y por lo tanto también de su muerte, o la familia siente la responsabilidad de decidir por él, a su vez los familiares han delegado esta responsabilidad al médico, sin tomar en cuenta la opinión del mismo paciente ante esta realidad.

2.3.3 La muerte desde varios enfoques psicológicos

De La Torre (2015) cita a varios de los principales representantes de las distintas corrientes que existen dentro de la psicología, tratando de explicar el tema de la muerte desde la perspectiva propia de cada una de ellas:

En el caso del psicoanálisis la autora cita a Freud (1915) señala en su artículo *De Guerra y Muerte* el contraste entre "la actitud cultural-convencional hacia la muerte" que implica el reconocimiento de que vamos a morir, como algo natural e inevitable, y el comportamiento que se expresa como "la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida". Entonces según el psicoanálisis "nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal". Admite la muerte y al mismo tiempo la desmiente como irreal. No hay inscripción de la muerte propia, no hay simbolización de ella, no se sabe qué es. Sin embargo la muerte habita nuestras vidas como posibilidad.

Desde la psicoterapia Gestalt, De la Torre menciona a Fritz Perls (2001) quien en su libro *El enfoque gestáltico y testigos de terapia* nos dice que "La idea de la terapia gestáltica es convertir a las personas de cartón en personas de verdad." En este mismo texto, Perls apunta que los seres humanos nos hemos vuelto fóbicos hacia el dolor y el sufrimiento. Evitamos todo aquello que no es agradable y con ello evitamos el crecimiento. Al no enfrentarlo lo dejamos sin terminar, lo que Perls llama "asuntos inconclusos" que claman por ser completados para cerrar la Gestalt; esa totalidad que sin organización se convierte en pedazos de un todo, que diseminados son difusos, no alcanzan a ser una figura definida y sin conclusión nos distrae de vivir en el aquí y en el ahora.

El enfoque de la Logoterapia, a través de su máximo representante, Víctor Frankl nos dice que la muerte le da pleno sentido a la vida, sugiere vivir con la actitud más digna o con el mejor esfuerzo. Nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida y a no desperdiciar las ocasiones que sólo se nos brindan una vez. Se trata de la aceptación de nuestra finitud y término de la vida terrenal. Es necesario procesar lo inevitable. A través ello, se puede valorar más la existencia. (Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia, s.f)

Respecto a la Terapia Familiar – Sistémica, partiendo de la definición del duelo de Bowlby (1980), define el duelo familiar como el proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros. La mayoría de pérdidas significativas se producen en el contexto de una unidad familiar, y es importante considerar el impacto de una muerte en todo el sistema familiar. La mayoría de las familias tienen un equilibrio homeostático y la pérdida de una persona significativa en ese grupo familiar puede desequilibrar dicha homeostasis y hacer que la familia sienta dolor y busque ayuda. Para poder ayudar a una familia, antes, durante y después de la muerte, es importante, tener un conocimiento sobre

la configuración total de la familia, así como la posición funcional que ocupaba la persona fallecida.

Por otro lado, desde la Terapia Cognitivo-Conductual el objetivo será explorar las creencias de la persona en duelo y asegurarse de la racionalidad de las mismas; así puede decirse que el procesamiento cognitivo de la pérdida influye en la elaboración del duelo. El sujeto desarrolla una disociación cognitiva entre lo que describe (cómo fue el hecho, las relaciones con lo perdido, los lazos afectivos, etc.) y las percepciones que se activan durante el proceso. Ramsay (1977) habla de un patrón por el que el sujeto mantiene un esquema cognitivo de idealización de la persona perdida, y errores cognitivos como la maximización de recuerdos negativos, la minimización de recuerdos positivos, visión catastrofista sobre lo mal que se pasa al recordar la pérdida, la culpa por haber realizado o dejado de hacer ciertas tareas e incluso “culpa por haber experimentado ciertos sentimientos negativos.”

2.3.4 La muerte en la formación del personal de la Salud

Actualmente dentro de la enseñanza, los estudiantes de las carreras del área de salud cada día tienen cierta experiencia en cuanto al contacto y la relación médico-paciente, previa a la culminación de sus estudios. Sin embargo en su mayoría, los estudiantes son valorados en forma cuantitativa, respecto a las calificaciones que obtienen, sin que se dé el mismo valor a aspectos éticos, además no puede calificarse al alumno de acuerdo a características propias de su personalidad, que influyen en su forma de relacionarse con el paciente: “el estudiante adquiere mayor información científica a costa del contacto interpersonal cada vez menor”(Kübler & Kessler, 2006, p.26).

En las Universidades e Institutos de Educación Superior temas como la muerte el duelo son escasamente tratados dentro de materia como psiquiatría y afines y desde un punto de vista más médico y no son debidamente formados con respecto a las formas adecuadas de comunicación con pacientes y familiares, principalmente la comunicación de malas noticias, asertividad y habilidades sociales, entre otros. Lorenzo (2010)acertadamente menciona:

El médico es formado para la vida, preservarla, fomentarla y, en el mejor de los casos, para mejorar la calidad de la misma sobre todo cuando las

condiciones médicas hacen que los pacientes no puedan acceder en plenitud a lo deseable y que concuerde con los cánones de felicidad que nuestra cultura y sociedad impone. (p.6)

2.3.5 Actitudes ante la muerte del personal de Salud

Para los profesionales de la salud, y en particular para los médicos, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, porque engloba toda su actitud hacia el paciente; es muy difícil para ellos sostener una actitud serena y madura frente a ella. Cuando sucede, por lo general buscan formas de ocultamiento ante el dolor que produce. Se supone que el profesional de la salud, y el médico en particular es el profesional más íntegramente educado por, para y contra la muerte, vista ésta como una realidad biológica, como un fenómeno humano y como un valor cultural.

Sin embargo, no es siempre así, y con frecuencia se refleja en dificultades en la atención a sus pacientes. Marcos Gómez Sancho (2012) enumera algunas razones:

- Falta de formación: por un déficit de formación, pues no se enseña al estudiante lo que debe hacer con enfermos incurables y esto no se compensa con el buen deseo de ayudar, ya que no son capaces de establecer una verdadera relación de ayuda con su paciente.
- Sensación de fracaso profesional: porque en el fondo y pesa a ser ilógico, la muerte constituye para los profesionales de la salud, y muy especialmente para los médicos, una sensación de fracaso profesional, puesto que por lo general creemos que su misión es la de salvar vidas. La muerte se ve como un enemigo, y en las carreras de Medicina y de Enfermería principalmente, refuerzan involuntariamente esta idea.
- Angustia ante la propia muerte: la confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte, ya que pese a su título, no han dejado de ser seres humanos que sienten miedo y dolor y en estas circunstancias afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y su historia personal. Es inevitable que los médicos pongan inconscientemente en juego mecanismos de defensa que pueden ir desde la dimisión y abandono, hasta un exceso de actividad terapéutica (p. 2-4).

Todo profesional de la salud debería tratar de analizar y entender por qué le genera malestar, ya que al tomar conciencia de esto le permitiría rectificar actitudes negativas y sentirse más cómodo ante estas situaciones. Refiere que los profesionales de la salud deben aprender a manejar la muerte como algo natural:

Cuando el médico rechaza la muerte, termina por abandonar a su enfermo, caerá en el encarnizamiento o urof terapéutico (intento curativo persistente). Solamente cuando es capaz de aceptarla como algo natural y, antes o después, inevitablemente, se dedicará a cuidar a su enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso(Gómez, 2012).

2.3.6 Actitudes ante la muerte de Martin y Salovey

Sobre las actitudes hacia la muerte, Martin y Salovey (1996) definieron las siguientes actitudes:

Actitud Positiva:aceptación ante la posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene. También puede estar relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte (Dixon y Kinlaw, 1983 citado por Gala et al., 2002). La creencia en la existencia de Dios o en que existe vida después de la muerte, pueden generar en la persona la aceptación de la misma como parte integral de la misma, y por tanto, generar una actitud de acercamiento. Se pueden dar correlaciones positivas entre las creencias religiosas y la aceptación de la muerte, pues disminuye la ansiedad.

Actitud Indiferente:Definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene. De ahí que si se considera a la muerte como inherente y necesaria a la vida, se valoriza el tiempo de vivir. Ya la magia y la omnipotencia no le llevan a decir “yo no”.

Actitud Negativa:Se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. Surge como resultado de la falta de significado de

la propia vida y de la propia muerte. También la toma de contacto con la idea de la muerte, al igual que la de tiempo, aparece ligada a distintas circunstancias que la desencadenan (muertes cercanas, enfermedades, alejamiento de los hijos, separaciones, jubilación, etc.)

Por otro lado, también está relacionado con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, dialogo, lugar, que se asocie con la misma.

Además puede presentarse a manera escape en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrenar el dolor o los problemas de la existencia; por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas. Si una situación es demasiado intensa para poder manejarla simplemente el ser humano se niega a experimentarla. Este mecanismo usualmente opera junto a otras defensas; generalmente esta evitación se da por miedo a lo desconocido y porque en general ninguna persona desea morir (Uribe, Valderrama, & López, 2007).

2.4 Taller para mejorar las actitudes ante la muerte en el personal de salud.

El siguiente taller se enfoca en el mejoramiento de la actitud hacia la muerte que presenta el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo. Dentro de este contexto consideramos útiles las técnicas utilizadas en una investigación previa realizada en España, donde el objetivo principal era el evaluar la influencia de este taller, es decir si con un mínimo de educación respecto a la atención al paciente terminal se podían cambiar las actitudes o creencias con respecto a este tipo de enfermos y la muerte en sí.

Utilizaron una metodología experiencial en base a criterios de Neimeyer y Tomás- Sábado ya que esta metodología se contempla como una de las mejores formas para influir sobre aspectos relacionados con la muerte y el enfermo terminal. También se usaron Técnicas Conductuales principalmente role playing, con la intención de mejorar las habilidades sociales del personal, para un trato y comunicación adecuados con el enfermo, su familia y compañeros de trabajo, todo esto dentro del marco de un taller realizado a manera de Psicoeducación. (Collel, 2005). A continuación se describirá como se fue desarrollando el Modelo:

Se explica a los presentes la dinámica del taller: cómo se va a realizar, la duración, los contenidos, la importancia del mismo y el objetivo.

Objetivo: introducir la importancia de los cuidados del personal de salud en el proceso de morir.

PRIMER DÍA

1.- EVOLUCIÓN DEL PROCESO DE MORIR

Antes: El 70% de las personas morían en su casa, cuidadas por la familia.

Actualidad: El 80% de las personas mueren en el hospital, atendidas por equipos de salud.

ANTE ESTA REALIDAD:

E. Kübler Ross: años 60 escribe “Sobre la muerte y los moribundos”

EN LA ACTUALIDAD:

Se expone la aplicación de los cuidados paliativos en nuestro país y los primeros pasos dados en nuestra ciudad, recordando la historia de creación del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo y la importancia de su Área de Cuidados Paliativos.

2.- ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL

Se explica en qué consisten los cuidados paliativos, cuáles son sus fundamentos, objetivos y lineamientos principales, enfocándonos en las necesidades emocionales del paciente.

Experiencia personal. (Se cuenta con personal de médicos y enfermeras debidamente capacitado dentro de esta área, relatando su experiencia trabajando en un equipo de cuidados paliativos ofreciendo soporte emocional al enfermo y familia).

3.- VIVENCIA DE LA MUERTE

Se proponen ejercicios vivenciales sobre el impacto de la muerte a nivel personal ya que, cuidar al enfermo terminal y familia es estar al lado de la muerte.

La muerte genera todo tipo de sentimientos: rabia, pena, tristeza, miedo, etc.

(Se trabaja el tomar conciencia: trabajar a nivel personal para darse cuenta y evitar las proyecciones).

Ejercicios para toma de conciencia y sensibilización:

a) Ejercicio del papel con agujero en el centro: se muestra un folio con un agujero en el centro y cada persona tiene que decir que representa para él un folio con un agujero. Forma de darse cuenta de que cada persona proyecta o desplaza en el papel aspectos personales.

b) Ejercicio de las tres pérdidas: se pide al personal que escriben las tres cosas o los tres aspectos que dan sentido a sus vidas. Se deja un tiempo y se pide a continuación que tachen una de estas tres cosas, es decir, pierden una de estas cosas o personas que dan sentido a su vida. Se hace lo mismo con las otras dos cosas siguientes.

c) Pérdidas existenciales. Se explica al personal que desde que nacemos hasta nuestra muerte, la vida está llena de pérdidas y la muerte es la última pérdida. Se les pide que escriban las principales pérdidas de sus vidas y que las compartan en grupos de cinco personas.

4.- ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES DEL PROCESO DEL MORIR

Impacto de la adaptación al proceso de morir. Se exponen brevemente las fases de Kübler-Ross y se hace un ejercicio con el personal sobre una pérdida importante relacionándola con los mecanismos de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación que son las fases mediante las cuales nos adaptamos a las situaciones de pérdida según la teoría de esta autora.

- Impacto de la muerte a corto plazo en el enfermo: se debate cómo se manifiesta el impacto en el enfermo terminal: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos.
- Impacto de la muerte a corto plazo en la familia: se debate cómo se manifiesta el impacto en la familia o cuidador: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos.
- Impacto de la muerte a corto plazo en el equipo: se debate cómo se manifiesta el impacto en el equipo: preocupaciones miedos, mecanismos de defensa, sentimientos,

SEGUNDO DÍA

Este segundo día se dedica exclusivamente al tema de la comunicación–información al enfermo terminal y familia.

1. - Se invita a los participantes a participar de forma activa mediante el juego de roles.

2.- Se les invita a que se imaginen que están haciendo prácticas clínicas y al entrar en una habitación me encuentran a mí que después de saludarles les pregunto:

¿Tú sabes lo que tengo? ¿Tengo un cáncer? ¡Creo que me voy a morir esta noche!

3.- Durante unos quince minutos proponen alternativas a mis preguntas generando una discusión sobre el cómo decir, qué decir y cuando decir

4.- Para explicar la importancia de la información-comunicación con el enfermo terminal y familia se expone un esquema donde se reflejan los cuatro factores que siempre están presentes en el proceso de morir y que son el motivo por el que el enfermo pregunta.

FACTORES PRESENTES EN EL PROCESO DE MORIR:

DOLOR (físico, emocional)

AFECTO (a personas, a situaciones, a cosas)

MIEDO (al más allá, qué pasará con la familia)

ASUNTOS PENDIENTES (despedirse de, arreglar problemas, pedir disculpas)

5.- Se les pide llenar su propio testamento vital.

6.- Se pide socializar a los participantes sus reflexiones acerca de este taller.

2.5 HIPÓTESIS

La Inteligencia Emocional influye en las actitudes ante la muerte en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016.

2.6 VARIABLES

2.6.1 Variable Independiente

- Inteligencia Emocional

2.6.2 Variable Dependiente

- Actitudes ante la muerte

2.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Los términos fueron obtenidos de distintas fuentes, que permiten definir con mayor precisión, claridad y confiabilidad, algunas palabras que pueden resultar desconocidas en la investigación.

A continuación se describirá cada uno de ellos con su respectiva fuente:

Astenia: Ausencia de energía, debilidad orgánica (Consuegra, 2010, p.41).

Autocontrol: El autocontrol ha sido definido por primera vez en 1973 por la American Psychological Association como la habilidad para reprimir o la práctica de represión de reacciones impulsivas de un comportamiento, deseos o emociones (VandenBos, 2007, p. 53).

Comprensión emocional: Comprender y analizar las emociones empleando el conocimiento emocional. Las señales emocionales en las relaciones interpersonales son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación. Habilidad para comprender sentimientos complejos; por ejemplo, el amor y odio simultáneo hacia una persona querida (pareja, hijos) durante un conflicto. Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones; por ejemplo de frustración a ira, de amor a odio (Bisquerra, 2016).

Conducta: Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones. Toda conducta es una comunicación, que a su vez no puede sino provocar una respuesta, que consiste en otra conducta-comunicación. / Respuesta o acto observable o mensurable. Se define de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones psicofisiológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente, pero que se definen en términos que pueden medirse mediante diversas estrategias de evaluación (Consuegra, 2010, p.53).

Cuidados Paliativos: Cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial (OMS, 2016).

Dolor: Experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño real o potencial a órganos o tejidos. / Percepción de estimulación nociocéptica. Puede ser adaptativo. Deja de serlo cuando está fuera de proporción con respecto a la situación y restringe la capacidad de una persona de tener una vida productiva, significativa y funcional (Consuegra, 2010, p. 81).

Empatía: Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo. Capacidad de ponerse en la situación del otro, vivenciando lo que este experimenta. La idea de empatía alude a la situación donde uno está sintiéndose uno con el otro, y al mismo tiempo conscientemente separado de él y manteniendo su propia identidad(Consuegra, 2010, p.93).

Encarnizamiento (terapéutico):Consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales, de manera desproporcionada, o el uso medios extraordinarios (nutrición parenteral, hidratación forzada) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía(Pulliquitín, 2014, p.69)

Enfermedad: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible(OMS, 2016).

Enfermedad crónica:enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad(OMS, 2016).

Habilidades sociales: Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986, p.556).

Tanatología:Disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de muerte. Se ocupa también de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni los enfermos moribundos (Consuegra, 2010, p.262).

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método Científico: Es una serie ordenada de procedimientos de que hace uso la investigación científica para observar la extensión de nuestros conocimientos. Podemos concebir el método científico como una estructura, un armazón formado por reglas y principios coherentemente concatenados.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio Transversal: Se utilizó el diseño transversal porque es apropiado para el desarrollo de la investigación, se investigó y analizó cuáles son los niveles de las variables de Inteligencia Emocional y las Actitudes ante la Muerte, además se analizaron las mismas variables en un punto de tiempo determinado que fue Febrero – Julio 2016.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

De Campo: Es una investigación de campo en razón de que se la realizara en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo – Riobamba, esta investigación se enfocó en realizar un estudio donde el problema detectado se pueda observar de forma espontánea y natural, de este manera se busca conseguir resultados reales que nos ayuden a llegar a una conclusión clara.

3.4 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Investigación Descriptiva: La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Implica observar y describir el comportamiento del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, sin influir sobre ellos de ninguna manera, es decir, esto permite la observación sin afectar el comportamiento normal. De esta forma se logra obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada. (características según autor)

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

a) Población

La población estuvo conformada por el personal de salud, tanto estudiantes como profesionales que laboran en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, siendo un grupo de 120 personas. En este hospital laboran alrededor de 40 médicos, entre especialistas y residentes. el personal de enfermería pues alternan con practicantes y auxiliares de enfermería, siendo cerca de 40 o más. De igual manera, no se cuenta con una cifra exacta de practicantes, pudiendo calcularse que son cerca de 30, distribuidos en las diversas áreas del hospital. (Retirar info)

b) Muestra

La muestra es no probabilística; puesto que no se utilizó ninguna fórmula estadística y ésta fue seleccionada de acuerdo al criterio de los investigadores, quedando la muestra conformada por 45 personas entre Estudiantes y Profesionales de la Salud que laboran en las Áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia y Cuidados Paliativos del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, ya que son quienes están en contacto continuo con pacientes graves y terminales.

Criterios de inclusión:

- Se aplicaron los test a 50 personas que tuvieron disponibilidad de tiempo durante el transcurso de su jornada laboral.
- De estas personas, se incluyó a quienes respondieron adecuadamente los test: 19 estudiantes (medicina, psicología, enfermería), 15 licenciadas y auxiliares en enfermería y 11 médicos especialistas y residentes, un total de 45 personas para la muestra.

Criterios de exclusión:

- 5 personas, entre profesionales y estudiantes por invalidación de los test (de Actitudes ante la Muerte CAM-1 y de Inteligencia Emocional TMMS-24) debido a diversos errores cometidos durante la aplicación de los mismos o por encontrarse incompletos.

3.6 PROCEDIMIENTOS

3.6.1 Técnicas.

Reactivos psicológicos: Son instrumentos experimentales; que tiene por objetivo medir o evaluar una característica psicológica específica, o los rasgos generales de la Personalidad de un individuo.

Observación clínica: Es una de las técnicas comúnmente utilizadas dentro de los modelos de Psicología, dentro de la cual se planifica una observación con objetivos claros y precisos que ayudarán a recoger información importante para realizar supuestos acerca de lo que se está observando.

3.6.2 Instrumentos.

a) TMMS-24 Inteligencia Emocional (ANEXO 2)

La TMMS-24 está basada en el Trait-Meta MoodScale (TMMS) del grupo de investigación Salovey y Mayer. Fue aplicada a 50 personas entre estudiantes y profesionales de la salud del Hospital Andino, de las cuales se validaron 45 test que constituyeron la muestra. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes en nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas. Consta de veinticuatro ítems, y en cada una de ellas encontramos cinco opciones de distinto nivel de conformidad con ese ítem. Contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional (IE) con 8 ítems cada una de ellas, estas dimensiones son:

1. Percepción emocional, cuando el individuo es capaz de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada.
2. Comprensión de sentimientos, se da cuando el individuo conoce bien sus propios estados emocionales.
3. Regulación emocional, cuando una persona es capaz de regular sus estados emocionales correctamente.

Para obtener una puntuación de cada uno de los factores, se evalúa sumando los ítems del 1 al 8 para obtener el factor percepción, a su vez, también se suman los ítems del 9 al 16 para el factor comprensión y por consiguiente los ítems del 17 al 24 para saber el factor regulación. Tras haber sumado estos ocho ítems dentro de cada grupo, se mira en la tabla

correspondiente los resultados, donde debe diferenciarse si el realizador del test es hombre o mujer. Además, el TMMS no requiere de programas especiales para la administración o calificación, es fácil de administrar (10 minutos), corregir y de interpretar.(Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)

b) CAM-1 Actitudes ante la Muerte (ANEXO 3)

Cuestionario propuesto por Martin y Salovey. Traducido, adaptado como “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” (CAM-1) por Hernández. Fue aplicada a 50 personas entre estudiantes y profesionales de la salud del Hospital Andino, de los cuales se validaron 45 test que constituyeron la muestra.

El cuestionario consta de 33 preguntas con dos opciones EN DESACUERDO y DE ACUERDO que serán contestadas por el personal que labora en el Hospital Andino Alternativo de Chimborazo previo a la aceptación de su participación mediante un consentimiento informado.

Según los resultados obtenidos de los test aplicados al personal de la Salud, se logrará determinar si tienen: Actitud Positiva, Actitud Indiferente o Actitud Negativa que es lo que mide el test.

3.7 Procedimientos para el análisis e interpretación de los resultados

Los resultados obtenidos de los test aplicados fueron analizados mediante las estadísticas básicas en el programa Excel; los resultados fueron representados a través de tablas y gráficos, para posteriormente elaborar las conclusiones y recomendaciones.

**CAPÍTULO IV:
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE RESULTADOS**

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL TMMS-24

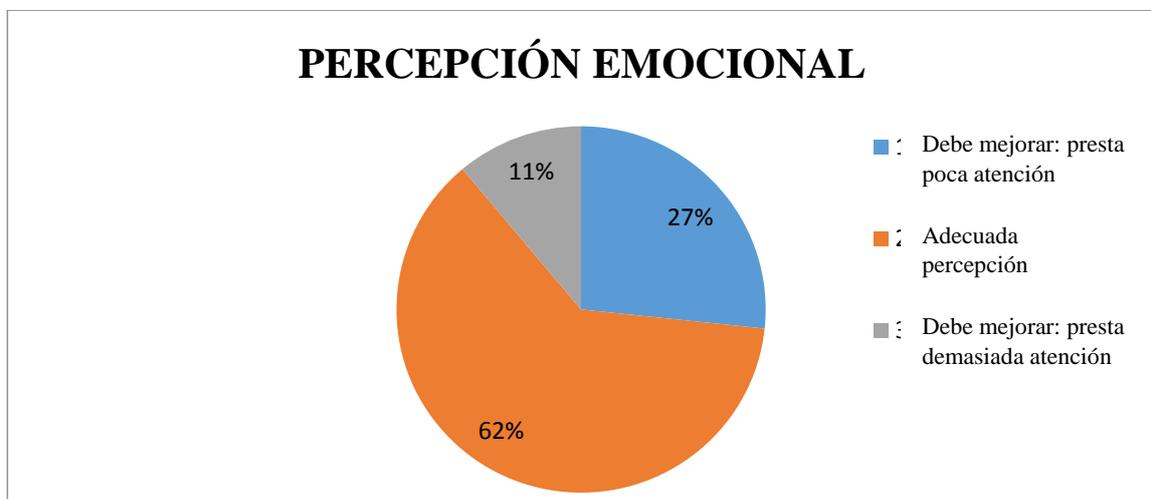
Tabla N° 1 *La Percepción Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*

Destreza 1	CARACTERÍSTICAS	n	PORCENTAJE %
PERCEPCIÓN	Debe mejorar: presta poca atención	12	26,67
	Adecuada percepción	28	62,22
	Debe mejorar: presta demasiada atención	5	11,11
TOTAL		45	100,00

FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

Gráfico N° 1 *La Percepción Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*



FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

ANÁLISIS:

45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el período Febrero – Julio del 2016 fueron encuestadas, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: 12 personas deben mejorar su percepción: prestan poca atención, siendo el 26,66% de la población; 28 personas tienen adecuada percepción, siendo el 62,22% de la población y 5 personas deben mejorar su percepción: presta demasiada atención, siendo el 11,11% de la población; dando como resultado que más de la mitad del personal de la Salud tienen una adecuada percepción emocional.

INTERPRETACIÓN:

Las emociones son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas. Se refiere a sí mismo, en otros, a través del lenguaje, conducta, en obras de arte, música, etc. Incluye la capacidad para expresar las emociones adecuadamente. También la capacidad de discriminar entre expresiones precisas e imprecisas, honestas o deshonestas (Mayer, Salovey y Caruso como se citó en Bisquerra, 2016)

Como mencionan los autores, la percepción de las emociones en el campo de la salud es el poder discernir y escoger mejor las emociones ante las distintas situaciones que viven dentro del ámbito laboral, en la investigación puede notarse que la mayoría del personal de la salud (62%) tienen una adecuada percepción emocional. Esto permite que puedan escoger y expresar de mejor manera sus emociones ante situaciones de muerte de sus pacientes. Por otro lado, un menor porcentaje (27%) presta poca atención al aspecto emocional de su paciente, mientras una minoría (11%) presta demasiada atención, ambos extremos afectan el desempeño laboral del personal.

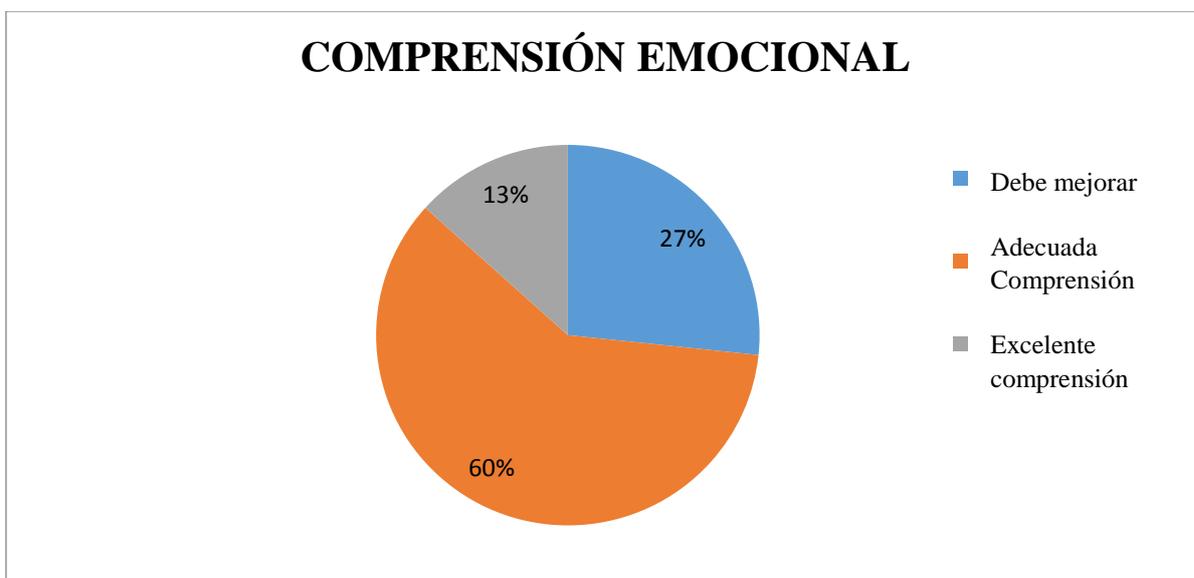
Tabla N° 2 *La Comprensión Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*

Destreza 2	CARACTERISTICAS	n	PORCENTAJE %
COMPRENSIÓN	Debe mejorar su comprensión	12	26,67
	Adecuada comprensión	27	60,00
	Excelente comprensión	6	13,33
TOTAL		45	100,00

FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

Gráfico N° 2 *La Comprensión Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*



FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

ANÁLISIS:

45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el período Febrero – Julio del 2016 fueron encuestadas, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados: 12 personas del Personal de Salud deben mejorar su comprensión emocional, siendo el 26,67%; 27 personas tienen adecuada comprensión emocional, siendo el 60%; y 6 personas tienen una excelente comprensión emocional, siendo el 13,33% del total de la población encuestada, demostrando que más de la mitad de los profesionales de la salud tienen una adecuada comprensión.

INTERPRETACIÓN:

La comprensión emocional es entendida como las señales emocionales en las relaciones interpersonales son comprendidas, lo cual tiene implicaciones para la misma relación. La capacidad para etiquetar emociones, reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones. Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones; por ejemplo de frustración a ira, de amor a odio. (Mayer, Salovey y Caruso como se citó en Bisquerra, 2016)

Un alto porcentaje del Personal de Salud del Hospital Andino de Chimborazo (60%) posee una adecuada comprensión emocional, mientras un reducido grupo (13%) presenta excelente comprensión emocional, aumentando su capacidad de encontrar alternativas para el enfrentamiento a situaciones negativas en su labor dentro del ámbito de la Salud, además de generar relaciones interpersonales positivas. En este caso un bajo porcentaje de los encuestados (27%) debe mejorar su comprensión.

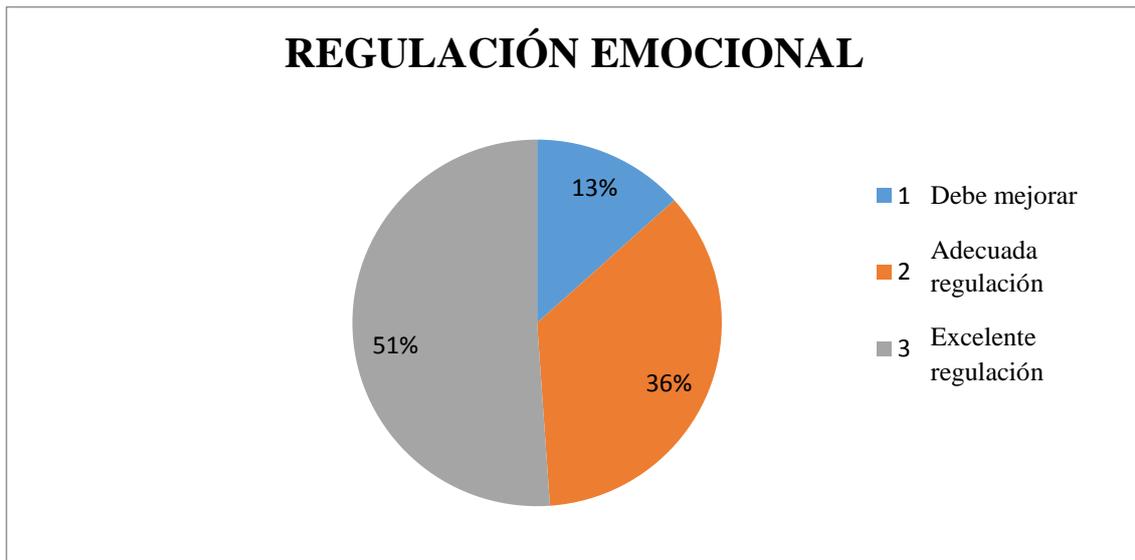
Tabla N° 3 *La Regulación Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*

Destreza 3	CARACTERISTICAS	n	PORCENTAJE %
REGULACIÓN	Debe mejorar su regulación	6	13,33
	Adecuada regulación	16	35,56
	Excelente regulación	23	51,11
TOTAL		45	100,00

FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

Gráfico N° 3 *La Regulación Emocional como Destreza de la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24*



FUENTE: Escala de Inteligencia Emocional (TMMS-24) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, Jhonatan Velasteguí.

ANÁLISIS:

45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo en el período Febrero – Julio del 2016 fueron encuestadas, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: 6 personas del Personal de Salud encuestadas deben mejorar su regulación emocional, siendo el 13,33% de la población; 16 personas tienen adecuada regulación emocional, siendo el 35,56% de la población; y 23 personas poseen una excelente regulación emocional, siendo el 51,11% de la población, lo cual demuestra que la mayoría del Personal de la Salud tienen una excelente regulación emocional.

INTERPRETACIÓN:

Para los autores Mayer, Salovey y Caruso (como se citó en Bisquerra, 2016) la regulación reflexiva de las emociones sirve para promover el conocimiento emocional e intelectual. Los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal para hacer posible la gestión de las emociones en las situaciones de la vida. Habilidad para distanciarse de una emoción. Habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros. Capacidad para mitigar las emociones negativas y potenciar las positivas, sin reprimir o exagerar la información que transmiten. (Bisquerra, 2016)

La regulación emocional en el Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo se presenta en altos porcentajes, un porcentaje mayor a la mitad de la muestra (51%) presenta excelente regulación emocional, un gran porcentaje (36%) presenta adecuada regulación emocional, lo cual permite tener la capacidad de suprimir las emociones negativas en gran parte y hacer florecer las positivas para tener un mejor desenvolvimiento dentro de su trabajo, logrando afrontar la carga emocional con los pacientes. Ante esto, un reducido grupo (13%) debe mejorar su regulación emocional, siendo pocos los trabajadores que no logran controlar sus emociones en forma óptima en el desempeño de sus labores.

4.1.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTES LA MUERTE (CAM-1).

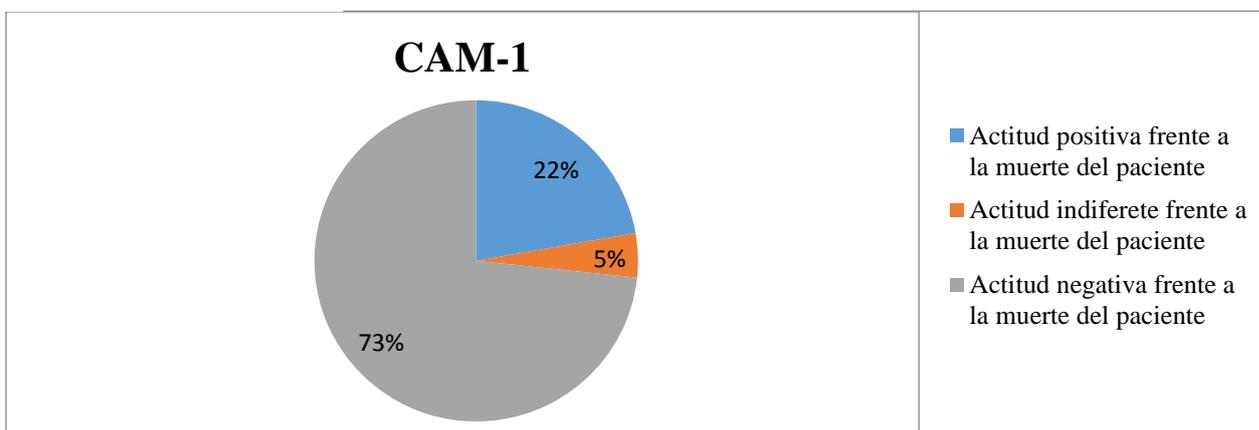
Tabla N° 4 *Cuestionario de actitudes ante la muerte CAM-1*

TIPO DE ACTITUD	n	PORCENTAJE %
Actitud positiva frente a la muerte del paciente	10	22,22
Actitud indiferente frente a la muerte del paciente	2	4,44
Actitud negativa frente a la muerte del paciente	33	73,33
TOTAL	45	100,00

FUENTE: Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-1) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, JhonatanVelasteguí.

Gráfico N° 4 *Cuestionario de actitudes ante la muerte CAM-1*



FUENTE: Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-1) aplicado al Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016.

REALIZADO POR: Adriana Alulema, JhonatanVelasteguí.

ANÁLISIS:

Se encuestó a un total de 45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016, obteniendo los siguientes resultados sobre los tipos de actitudes ante la muerte: 10 personas tienen actitud positiva ante la muerte del paciente, correspondientes al 22,22% de la población encuestada; 2 personas tienen actitud indiferente ante la muerte del paciente, siendo el 4,44% de la población; y 33 personas tienen actitud negativa frente a la muerte del paciente dando como resultado el 73,33% de la población encuestada, evidenciando en mayor porcentaje la actitud negativa en el Personal de la Salud.

INTERPRETACIÓN:

Florence Nightingale en su teoría señala que todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo son capaces de evitar, suprimir o contribuir a las enfermedades, accidentes o la muerte, es decir, que no separa los aspectos físicos, emocionales o sociales del medio del paciente. (Nightingale como se citó en Mendoza, Peraza & Pineda, 2005) "Hoy en día morir es más horrible en muchos aspectos, es decir, es algo solitario, mecánico y deshumanizado; a veces, hasta es difícil determinar técnicamente en qué momento se ha producido la muerte". (Kubler, 2006, p. 21)

Como se puede notar y ratificar lo que los autores expresan acerca de la muerte, es un tema que muchos quisieran evitar por el malestar que podría provocar y en la presente investigación la mayoría de Personal de la Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo (73%) tiene una actitud negativa ante la muerte de sus pacientes, siendo esto un detonante para que su comportamiento no sea el adecuado a la hora de tratar con los pacientes o los familiares. Un bajo porcentaje (22%) presentan una actitud positiva ante la muerte y un reducido grupo (4,4%) se muestra indiferente ante la muerte de sus pacientes.

4.3 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Al iniciar esta investigación se esperaba como resultado una estrecha relación entre ambas variables, pudiendo la Inteligencia Emocional ser un factor determinante para que el personal de salud presente una actitud más positiva ante el tema de la muerte, formulando la siguiente hipótesis: Las Destrezas de la Inteligencia Emocional influyen en las actitudes ante la muerte en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero - Julio 2016.

Luego de la recolección de información y la tabulación de los reactivos aplicados que fueron el CAM-1 (Cuestionario de Actitudes ante la Muerte) y el TMMS-24 (Escala de Inteligencia Emocional), que fueron aplicados al personal de la salud entre los 18 a 55 años de edad y de los cuales fueron hombres (11) y mujeres (34).

Como resultado se obtuvo la siguiente información: del 100% de encuestados, el 73,33% tiene una Actitud Negativa frente a la Muerte, el 62,22% tiene una Adecuada Percepción Emocional ante el 38% que debe mejorar (27% por prestar poca atención y 11% por prestar demasiada atención al aspecto emocional); el 60% tiene una adecuada comprensión emocional y el 13% presenta excelente regulación emocional, ante una minoría de 27% que debe mejorar su comprensión emocional; finalmente, el 51,11% muestra una excelente regulación emocional y el 36% adecuada regulación emocional, ante apenas un 13% que debe mejorar su regulación emocional.

Pese a la hipótesis inicial y cómo podemos apreciar, una gran parte del personal encuestado mostró una Actitud Negativa frente a la muerte, ante lo cual se esperaba que los resultados respecto a las destrezas de la Inteligencia Emocional fueran bajos, sin embargo los porcentajes demuestran lo contrario, con resultados que indican en general, una adecuada Inteligencia Emocional en el personal del Hospital Andino.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se mencionan las siguientes conclusiones:

- Las destrezas de la Inteligencia Emocional identificadas en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo fueron la Percepción Emocional, Comprensión Emocional y Regulación emocional que después de la aplicación del test TMMS-24 fueron adecuados y excelentes y por otra parte en las Actitudes ante la muerte por medio de la aplicación del CAM-1, se notó que más de la mitad del total de los encuestados tiene una actitud Negativa frente a la muerte de sus pacientes.
- Se logró identificar en un total de 45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo mediante la Escala de Inteligencia Emocional TMMS-24, que poseen una adecuada percepción en un 62,22% de la población, existe una adecuada comprensión emocional en un 60% de la población y una excelente regulación emocional en un 51,11% de la población investigada.
- Mediante la aplicación del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte CAM-1 en la población de 45 personas del Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, obtuvimos como resultado que el 73,33% de la población, tiene una Actitud Negativa frente a la muerte de sus pacientes.
- El Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo tienen en la gran mayoría, una adecuada percepción y comprensión emocional y una excelente regulación emocional, pero en la actitud ante la muerte la mayoría de encuestados, siendo el 73,33%, tienen una actitud negativa frente a la muerte del paciente, con estos resultados podemos concluir que no existe relación entre las destrezas de la inteligencia emocional con las actitudes ante la muerte en el personal de Salud de este hospital, y que las destrezas de la inteligencia emocional no influyen en las actitudes ante la muerte en este caso.
- La intervención debe centrarse en cuanto a las Actitudes ante la Muerte, ya que la mayor parte la población (73%) presenta una actitud negativa hacia la misma. El taller que se ha planteado se enfoca en el mejoramiento de la actitud hacia la muerte que presenta el personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, facilitar con talleres para mejorar la atención a los pacientes y los familiares que tengan enfermedades terminales y se encuentren atendidas en esta casa de salud para mejorar el desenvolvimiento del Personal de Salud de la Institución.
- Evaluar periódicamente las destrezas de la Inteligencia Emocional que son la percepción, comprensión y regulación emocional y del mismo modo las Actitudes ante la Muerte que son Actitud Positiva, Actitud Indiferente y Actitud Negativa ante la muerte de los pacientes en el Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, y de acuerdo a los resultados fortalecer dichas destrezas y actitudes que se encuentren en un nivel de mejoramiento.
- Efectuar el taller para Actitudes ante la Muerte planteado al personal de salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, para que en un futuro la atención a los pacientes y familiares con enfermedades crónicas o degenerativas y vinculadas a la muerte, sea la adecuada, con responsabilidad y sobretodo, con sentido humano.

Bibliografía

- Aguilar, M. & Augusto, J. (2014) *Relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en estudiantes de enfermería*. Univesidad de Jaén. España.
- American Cancer Society. (2016) *Las emociones a medida que se aproxima el final de la vida*. Recuperado de:
<http://www.cancer.org/espanol/servicios/cuandoelfinalestacerca/fragmentado/cuando-el-final-esta-cerca-emotions>
- Ander-Egg, E. (1987). *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Hvmánitas.
- Ascencio, Allende, & Verastegui. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1)101-115.
- Bisquerra, R. (2016). *La inteligencia emocional según Salovey y Mayer*. GROU Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica. Recuperado de:
<http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/inteligencia-emocional-segun-salovey-mayer.html>
- Bruno, F. J. (1997). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona: Paidós Studio.
- Caballo, V. E. (1986). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las Habilidades Sociales*. España: Siglo XXI.
- Cardona, Z., & Bracho, C. (2008). La muerte, el Duelo y el Equipo de Salud. *Revista de Salud Pública*, 14-23.
- Collel, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de andalucía y cataluña*. (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (Vol. Segunda edición). Bogotá: Ecoe Ediciones.
- De La Torre, S. (2015). *Tanatología: Muerte, pérdidas y duelo*. Recuperado de:
<http://dueloantelamuerteylasperdidas.blogspot.com/2015/02/la-muerte-desde-los-diferentes-enfoques.html>
- Eguíluz, I., & Segarra, R. (2012). *Introducción a la Psicopatología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Enríquez, H. (2011). *Inteligencia Emocional Plena: Hacia un programa de Regulación Emocional Basado en la Conciencia Plena*.(Tesis doctoral).Universidad de Málaga,Málaga,España. Recuperado de: <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/5053>
- Fernández, P., & Extremera, N. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15(1) 117-137.
- Guerrero, R., (2014). Duelo anticipado por enfermedad. Tesina de grado. Asociación Mexicana de Tanatología. México.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Estados Unidos: Karirós.
- Gómez, M. (12 de Abril de 2012). *El médico ante la muerte* . Recuperado de: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/dr-marcos-g%C3%B3mez-sancho-el-m%C3%A9dico-ante-la-muerte>
- Heredia, M. J., & Torres, K. (2016). *Inteligencia Emocional y Estrés por Inestabilidad Laboral en la Oficina Técnica Provincial del Registro Civil de Chimborazo. Riobamba. (Tesina de Grado)*. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador
- Hospital Andino (2015). *Hospital Andino/Nosotros*. Obtenido de: <http://hospitalandino.org/nosotros/nuestra-historia/>
- Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49 (2) 250- 265.
- Mendoza, E; Peraza, Y. & Pineda, M. (2005).*Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes. (Tesis de grado)* Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.Barquisimeto, Venezuela.
- Kübler, E. (1994). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Kübler, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.
- Kübler, E., & Kessler, D. (2006). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona, España: Luciérnaga.
- Lorenzo, O. (2010). *El Médico y la Muerte*. México DF, México.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *Qué es Inteligencia Emocional*. Nueva York: Basic Books.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Enfermedades Crónicas*. Recuperado de: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- Pulliquitín, T. (2014). *Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés*.(Tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3586>
- Remis, J. (06 de 2009). *Pasado y presente del juramento Hipocrático*. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922009000200001
- Silver, T., Munist, M., Maddaleno, M., & Suárez, E. (1992). *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia. (s.f). *La triada trágica*. Recuperado de: <http://www.logoterapia.com.mx/logoterapia/logoterapia-viktor-e-frankl/triada-tr%C3%A1gica>
- Taylor, E. (1971). *Primitive Culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*.Londres: Cambridge Library Collection.
- Uribe, A., Valderrama, L., & López, S. (2007). *Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores*.Pensamiento Psicológico,3 (8) 109-120.
- VandenBos, G. (2007). *APA Diccionario Conciso de Psicología*. México D. F.: El Manual Moderno.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE DATOS INFORMATIVOS

HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO

Agradeciendo su participación en la presente investigación, le informamos que los datos aquí consignados son confidenciales y se utilizarán exclusivamente para identificar las dimensiones de las actitudes ante la muerte.

La información que nos proporcione es valiosa por lo que se le agradece que sus respuestas sean lo más apegadas a la verdad.

A. DATOS GENERALES

1. Edad: __ (Años cumplidos)

2. Sexo: Hombre () Mujer ()

3. Estado civil:

a. Casado ()

b. Unión libre ()

c. Separado (a) ()

d. Divorciado (a) ()

e. Viudo (a) ()

f. Soltero (a) ()

4. Religión

a. Católica ()

b. Evangélica ()

c. Cristiana ()

d. Testigo de Jehová ()

e. Otra _____.

5. Tiene hijos:

a. Si () No ()

b. Cuantos: _____.

6. Su profesión es: _____.

7. Área en la que labora actualmente: _____.

8. ¿A nivel personal padece o ha padecido alguna enfermedad crónica?

Si () No ()

9. ¿Algún miembro de su familia padece o ha padecido alguna enfermedad crónica?

Si () No ()

ANEXO 2: TMMS-24 - TEST DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

	1	2	3	4	5
	Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.				1 2 3 4 5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.				1 2 3 4 5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.				1 2 3 4 5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.				1 2 3 4 5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.				1 2 3 4 5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.				1 2 3 4 5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos				1 2 3 4 5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.				1 2 3 4 5
9.	Tengo claros mis sentimientos				1 2 3 4 5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.				1 2 3 4 5
11	Siempre tengo claro cómo me siento				1 2 3 4 5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.				1 2 3 4 5

13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2		4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Consigna.- se solicita a la persona evaluada que lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Elaboración.- se debe señalar con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias, según sea el grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem como lo plantea el test.

Valoración.- Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor percepción, los ítems del 9 al 16 para el factor comprensión y del 17 al 24 para el factor regulación. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan. Se muestran los puntosde corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Percepción	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 21	Debe mejorar su percepción: presta poca atención < 24
	Adecuada percepción 22 a 32	Adecuada percepción 25 a 35
	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 33	Debe mejorar su percepción: presta demasiada atención > 36

Comprensión	Puntuaciones	Puntuaciones
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su comprensión < 25	Debe mejorar su comprensión < 23
	Adecuada comprensión 26 a 35	Adecuada comprensión 24 a 34
	Excelente comprensión > 36	Excelente comprensión > 35

Regulación	Puntuaciones	Puntuaciones
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su regulación < 23	Debe mejorar su regulación < 23
	Adecuada regulación 24 a 35	Adecuada regulación 24 a 34
	Excelente regulación > 36	Excelente regulación > 35

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE (CAM)

Cuestionario propuesto por Martin y Salovey (1996). Traducido y adaptado como “Cuestionario de Actitudes ante la Muerte” (CAM-1) por Hernández (2002).

Instrucciones

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

Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, y esta marca expresará el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones. El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala.

No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.
Muchas gracias

	PREGUNTAS DE OPINIÓN PERSONAL	EN DESACUERDO	DE ACUERDO
1	Pensar en la muerte es perder tiempo		
2	La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida.		
3	La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad.		
4	Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor.		
5	La muerte puede ser una salida a la carga de la vida.		
6	Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional.		
7	Mi vida tiene más significado porque me ayudo al hecho de		

	mi muerte.		
8	Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable.		
9	Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida.		
10	Pienso que viviré después de mi muerte.		
11	No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir.		
12	No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área.		
13	Yo temo morir joven.		
14	Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo.		
15	Prefiero morir a vivir sin calidad.		
16	He pensado en mi muerte como un hecho imposible.		
17	Yo realmente prefiero no pensar en la muerte.		
18	Veo la muerte como un paso a la eternidad.		
19	Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte.		
20	Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo.		
21	He pensado que no vale la pena vivir.		
22	No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real.		
23	Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal.		
24	Encuentro difícil encarar la muerte.		

25	Yo espero con placer la vida después de la muerte.		
26	El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente.		
27	Me siento más libre al aceptar mi muerte.		
28	Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediabilmente a la muerte.		
29	Después de la muerte encontraré la felicidad.		
30	El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural.		
31	Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio.		
32	Las personas sólo debían pensar en la muerte cuando son viejos.		
33	Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares.		

Consigna: 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.

Elaboración: Ud. debe colocar una marca (X) en el punto de la escala que aparece en cada proposición, esta marca expresará el grado de desacuerdo (A) o acuerdo (B) que tiene Ud. con cada una de las proposiciones. El instrumento es anónimo. Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar cada escala. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica. Muchas gracias.

Valoración: En las preguntas: 2,4,5,7,10,14,15,16,18,21,23,25,27,29 y 31 se otorgará

1 punto por cada respuesta “de acuerdo” y cero puntos por cada respuesta “en desacuerdo”. En el resto de preguntas se otorgará un punto por cada respuesta “en desacuerdo” y cero puntos por cada respuesta “de acuerdo”.

Se sumaran los puntajes y se determinará el tipo de actitud de las encuestadas de acuerdo

al puntaje obtenido:

PUNTAJE	TIPO DE ACTITUD
18-33 puntos	Actitud positiva frente a la muerte del paciente
17 puntos	Actitud indiferente frente a la muerte del paciente
0-16 puntos	Actitud negativa frente a la muerte del paciente

ANEXO 5: FOTOGRAFIAS



Foto 1: Logo y edificio del Hospital Andino Alternativo De Chimborazo

Calles Pastaza y Manabí Cdla. 24 de mayo



Foto 2: Aplicación de Test al Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo, período Febrero – Julio 2016. **Lado Izquierdo:** Adriana Alulema Moncayo (investigadora)

Aplicación de Test al Personal de Salud del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo,
período Febrero – Julio 2016.



Foto 3

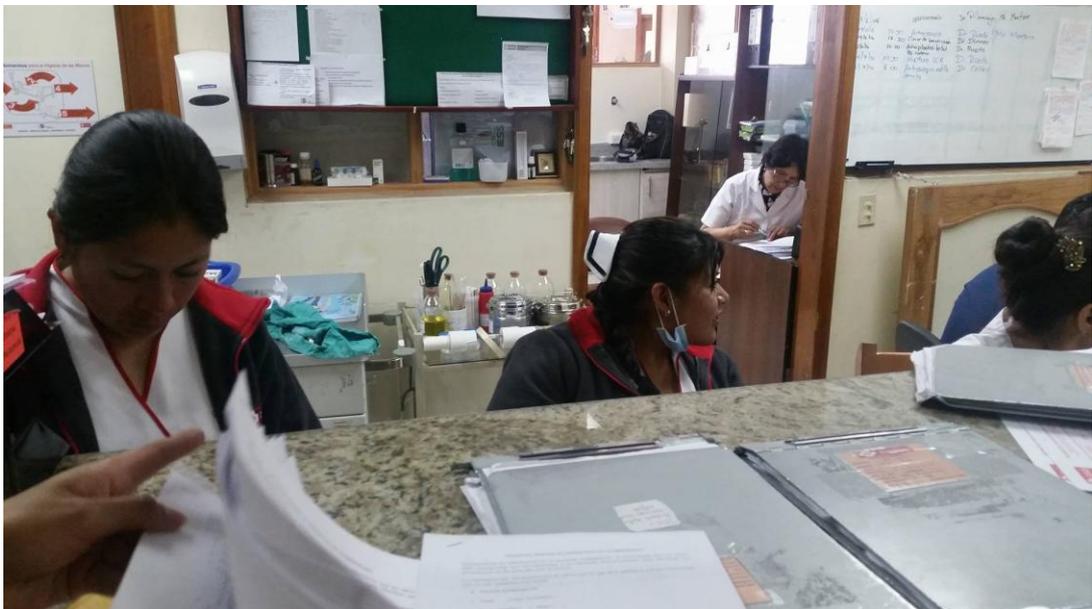


Foto 4