

82  
203



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA  
Y OBSTETRICIA

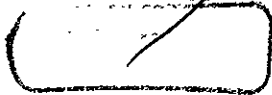
# “ El Profesional de Enfermería ante un Paciente en Fase Terminal ”

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A

FRANCISCO GERARDO SEGURA PESCADOR

U N A M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
DIRECTORA DEL TRABAJO LIC. MA. CRISTINA BUEBENBURG



MEXICO, D. F.

COORDINACION DE SERVICIOS  
SOCIAL Y OPCIONES  
TERMINALES DE LA ENFERMERIA

1998

247135

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

### A DIOS

POR HABERME PERMITIDO NACER, CRECER Y AHORA POR VER CUMPLIDA UNA META MÁS EN MI VIDA.

### A MI PAPÁ

POR SU EJEMPLO DE LEALTAD, VALENTÍA Y FIRMEZA EN TODO LO QUE REALIZA, POR DARME LA EDUCACIÓN QUE HOY TENGO, POR SU PREOCUPACIÓN PARA QUE EL DÍA DE MAÑANA SE FORJARA UN HOMBRE RESPONSABLE ANTE LA VIDA.

### A MI MAMÁ

POR DARME LA VIDA, POR HACER DENTRO DE ELLA SE FORJARA MI SER. POR ESOS DESVELO, POR ESAS CARICIAS Y LO PRINCIPAL POR TODO EL AMOR QUE ME BRINDA .

### A MIS HERMANAS

POR SER COMO SON CONMIGO, POR SUS TRAVESURAS, SUS ENOJOS, POR BRINDARME SU ENTUSIASMO Y SU RESPETO, POR PERMITIRME ENTREGARLES TODO MI AMOR.

### A MIS HERMANOS

POR SU CONFIANZA QUE ME BRINDARON ANTE CUALQUIER SITUACIÓN, POR SU CARÍÑO Y RESPETO ANTE MIS DECISIONES EN LA VIDA.

### A MI NOVIA

POR SU ENTREGA , TERNURA, CONFIANZA Y PACIENCIA QUE ME TUVO EN TODOS LOS MOMENTOS DIFÍCILES POR LOS QUE PASE , POR ESTAR SIEMPRE JUNTO AMÍ, GRACIAS NIP .

### A MI ABUELITA

POR LA CONFIANZA QUE SIEMPRE DEPOSITO EN MI, POR SER TAN BUENA Y COMPENSIVA CONMIGO.

**AGRADECIMIENTOS**

A LA MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS UNAM , POR PERMITIRME TENER UNA EDUCACIÓN SUPERIOR .

A LA LIC. CRISTINA MUGGENBURG POR SU DEDICACIÓN, TIEMPO Y PACIENCIA PARA QUE SE LLEVARA ACABO ESTA META.

A MI AMIGO SAÚL HERNANDEZ ESCAMILLA ( + ) POR ENSEÑARME LA IMPORTANCIA QUE TIENE MI CARRERA Y LA VIDA .

A LA PROFESORA MA. DEL CARMEN HERNANDEZ TORRES POR SU APOYO EN LA CARRERA Y EN MI TRABAJO.

A LA LIC. MARICELA CRUZ POR EL APOYO BRINDADO DENTRO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA , PARA PODER HACER QUE SE LLEVARA ACABO ESTA META.

A TODOS MIS PROFESORES QUE ME BRINDARON SUS CONOCIMIENTOS E IMPULSARON PARA QUE TERMINARA MI CARRERA .

A LOS PACIENTES QUE SON EL SENTIDO DE MI CARRERA .

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON PARA QUE SE CUMPLIERA ESTA META.

# I N D I C E

	PAG.
ÍNDICE .....	03
INTRODUCCIÓN. ....	07
POESIA "NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS " .....	09
ORACIÓN PARA DESPEDIR A MI MUERTO .....	15
ORACIÓN DE UN MUERTO .....	17
I. PROBLEMA. ....	18
II. OBJETIVOS. ....	18
III. JUSTIFICACIÓN .....	19
IV. MARCO DE REFERENCIA.	
1.- CONCEPTO DE ENFERMERÍA .....	21
2.- CONCEPTO DE ACTITUD. ....	22
3.- ELEMENTOS DE UNA ACTITUD. ....	22
4.- CARACTERÍSTICAS DE UNA ACTITUD. ....	24
5.- FUNCIONES DE LAS ACTITUDES .....	24
6.- FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES .....	25
6.1 SISTEMAS GENERALIZADOS DE ACTITUDES ...	26
6.2 SEGURIDAD E INSEGURIDAD COMO ACTITUDES GENERALES .....	26

<b>7.- ACTITUDES Y CONDUCTA DE ENFERMERÍA</b>	
7.1 ACTITUDES Y PERSONALIDAD. ....	27
7.2 LAS ACTITUDES Y LA CONDUCTA .....	27
7.2.1. CONFORMISMO .....	27
7.2.2. LA ACTITUD Y EL TRABAJO .....	28
7.2.3 ACTITUD FRENTE AL CADAVER .....	28
7.2.4 CIRCUNSTANCIAS FRENTE A LA MUERTE	28
<b>8.- PACIENTE EN FASE TERMINAL. ....</b>	<b>29</b>
8.1 CONCEPTO .....	31
8.2 TIPOS DE PACIENTES	
8.2.1 ENFERMO CONSCIENTE .....	32
8.2.2 ENFERMOS QUE IGNORAN O FINGEN IGNORAR .....	32
8.2.3 ENFERMOS GRAVES, INCURABLES	33
8.3 GENERALIDADES .....	33
8.4 ASPECTOS A CONSIDERAR EN UN P.F.T. ....	36
8.5 NECESIDADES DEL P.F.T. ....	37
8.6 DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL .....	38
<b>9.- LA MUERTE COMO PARTE DE UN PROCESO VITAL ..</b>	<b>40</b>
9.1 HISTORIA DE LA MUERTE .....	40
9.2 CONCEPTO DE LA MUERTE .....	43
9.3 PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN LAS DIFERENTES ESTAPAS DE LA VIDA .....	44
9.4 FASES DEL DUELO ANTE LA MUERTE .....	46
9.4.1 PRIMERA "NEGACIÓN - AISLAMIENTO"	47

9.4.2	SEGUNDA "IRA - RESENTIMIENTO- IRRITACIÓN"	47
9.4.3	TERCERA "NEGOCIACIÓN - REGATEO" ....	48
9.4.4	CUARTA "DEPRESIÓN" .....	48
9.4.5	QUINTA "ACEPTACIÓN" .....	49
9.5	ASPECTOS ANTE LA MUERTE .....	50
9.6	LA EUTANASIA	
9.6.1	LA AMBIGÜEDAD DEL TERMINO .....	50
9.6.2	EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA .....	52
V	METODOLOGÍA	
1.-	POBLACIÓN .....	55
1.1	MUESTRA .....	55
2.-	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	55
3.-	VARIABLES	
3.1	CARACTERÍSTICAS PERSONALES .....	56
3.2	CARACTERÍSTICAS LABORALES .....	56
3.3	CARACTERÍSTICAS DEL P.F.T .....	56
3.4	CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE .....	56
3.5	OBSERVACIÓN GENERAL .....	56
4.-	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN .....	56
5.-	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN .....	56
6.-	PROCESAMIENTO DE DATOS .....	57
VI	DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS .....	58
VII	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	62
VIII	CONCLUSIONES .....	68

IX	SUGERENCIAS .....	70
X	BIBLIOGRAFÍA .....	71
XI	ANEXOS	
	1.-HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	75
	2.- CUADROS .....	78
	3.- GRAFICAS .....	99



## INTRODUCCIÓN

La vida significa cambio, luz y alegría, los seres vivos cumplen un ciclo y desaparecen. El hombre al tener conciencia de su finitud, se angustia, pero a su vez esto lo motiva para ser creativo y dejar una obra que trascienda y le permita seguir existiendo después de la muerte.

Así a lo largo de la historia se puede apreciar que la preocupación por la muerte está presente en todas las manifestaciones culturales y populares de la humanidad en su afán de presentar su desafío y frenar la angustia que ocasiona la muerte.

En la actualidad los avances de la medicina, la tecnología, así como la química que han hecho posible el descubrimiento de fármacos que combaten las enfermedades, han aumentado la esperanza de vida la cual esta estimada alrededor de los 70 años y por lo tanto el retraso de la muerte. Con ello el hombre parece que la ha vencido, pero ésta llegará sin remedio.

La vida significa cambio, luz y alegría, por lo que se considera importante educar al profesional de la salud para estar preparados ante la muerte.

Debido a que el profesional de Enfermería es la persona más cercana al paciente en el hospital, es de gran importancia que se concientice ante este proceso; ya que trabajar con este tipo de pacientes implica la confrontación con la muerte propia que puede llevar a conductas como la evasión y la aflicción profunda, que pueden impedir a su vez actuar con eficacia ante familiares y pacientes.

Esta investigación permitió tener un primer acercamiento con el Profesional de Enfermería para conocer con base en su opinión su actitud ante un Paciente en Fase Terminal, el concepto de muerte que tienen y si tiene nociones de cómo atender a un Paciente en Fase Terminal para que llegue a tener una muerte digna, sintiéndose acompañado y tranquilo, tratando de disminuir su ansiedad ante el dolor y la pérdida de su vida sin olvidar a los familiares.

Para desarrollarla se revisó lo que especialistas en la materia han descubierto. En esta investigación se presenta un apartado en el que se explica cada uno de los puntos a tratar : concepto y características de enfermería y actitud, Paciente en Fase Terminal y muerte, se menciona el modelo de la Dra. Kübler Ross debido a que ha dedicado parte de su vida profesional a la atención de personas que viven este trance, trabajo que ha realizado con gran dedicación y sentido humanístico, también se presenta la metodología a utilizar para realizarla, tomando en cuenta la población, los criterios de inclusión, las variables: características laborales y del Paciente en Fase Terminal y Muerte.

Otro punto importante que se presenta son los resultados que se encontraron después de haber aplicado el instrumento diseñado, acompañados de la descripción de los cuadros e interpretación de cada una de las respuestas encontradas y sin olvidar por último las conclusiones a las que se llegaron con esta investigación acerca del estudio del Paciente en Fase Terminal, fenómeno que lleva al fin del ciclo de la vida, para que ayude a la persona a vivir el profundo dolor de separarse de sus seres queridos, de sus espacios físicos y bienes conquistados.

La toma de conciencia de la importancia que tiene la atención que se le debe brindar al Paciente en Fase Terminal, es el resultado de esta investigación como pasante de la Licenciatura en Enfermería, situación peculiar para que posteriormente como profesional de esta carrera brinde la atención tomando en cuenta todas las necesidades que presenta el paciente, para observar que estoy realizando y lo más importante lo que dejo de hacer por estos.

Dentro de la búsqueda minuciosa que se realizó sobre el tema de Paciente en Fase Terminal se encontraron algunos textos que a continuación se mencionan, los cuales permitirán realizar una reflexión acerca de la importancia que se le debe de dar al Paciente en Fase Terminal.

## POESÍA "NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS"

Duélete, dije, sanamente, a causa de tus muertos;  
pero no de tal manera que no puedas vivir,  
porque he visto a muchos  
morirse con sus muertos.

Tus muertos ya murieron,  
en tu mente lo sabes.  
Pero tu corazón necesita tiempo  
para aceptar que ya partieron.

Por eso tu dolor resurge como nuevo,  
ante esa mesa familiar  
donde un lugar quedó vacío;  
en esa Navidad donde alguien falta;  
en ese nacimiento sin abuelo;  
en ese año nuevo en que alguien  
ya no levanta la copa.

Así es el corazón humano;  
siempre vive de a poco  
lo que la razón sabe de golpe.  
Para la mente,  
los muertos mueren una vez:  
para el corazón, mueren muchas veces.

Tus muertos resucitarán "para ti"  
cuando hayas aceptado  
que murieron "para ti";  
sólo los recuperas en su regreso,  
cuando has aceptado su partida.  
No es posible la alegría del reencuentro  
sin padecer el dolor de la despedida.

**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**  
Acepta que la muerte de tus seres queridos  
te produce coraje;  
aunque no sepas por qué  
y aunque no quieras sentirlo.  
Tu resistencia ante la muerte

te hace rebelarte contra algo  
¿pero contra qué?..  
**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**  
Déjalos dormir su tiempo  
como duerme la oruga en la crisálida  
esperando otro tiempo  
para hacerse mariposa.

Dios no es menos Dios,  
más justo o más injusto,  
cuando naces o cuando mueres.  
O crees en Él siempre,  
o no crees en él nunca;  
pero una cosa es creer en EL  
y otra muy distinta creer en tus explicaciones.  
Y siempre ante la muerte,  
se agotan tus explicaciones.

No te tortures sintiéndote culpable  
ante tus muertos  
Los muertos no cobran deudas.  
Además si hoy resucitaran,  
¡volverías a ser con ellos como fuiste!  
¿o es que no sabías con certeza  
que un día iban a morir?

Acepta y date cuenta, de que  
tus muertos te plantean  
un serio desafío:  
el de tener una respuesta  
al sentido real de tu vida.  
Porque mientras no sabes  
para qué murieron ellos,  
tampoco sabes para que vives tú.

Ante tus muertos tan queridos,  
tu corazón tiene mil preguntas  
y tu razón ninguna respuesta.  
Resolverás mejor la cosa  
cuando preguntes menos  
y aceptes más.

**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**

míralos marchar por su camino  
y aprende el mensaje que dejan:  
que tu andar peregrino  
también tiene un final.

Es mejor amar a los tuyos mientras viven,  
que quitarte culpas por no haberlos amado  
cuando ya se fueron.

**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**

Parte de este dolor que te golpea  
y piensa que se debe a una pregunta  
que late en tu interior por el sentido de tu vida.  
Si respondes de verdad, sincera y  
frontalmente, gracias a la muerte de tus muertos  
tu vivirás mas plena y auténticamente.

¿Sabes que cuando lloras a tus muertos,  
lloras por ti y no por ellos?  
Lloras porque los perdiste,  
porque no los tienes a tu lado.  
Porque si todo concluye con la muerte,  
tus muertos ya no están  
ni siquiera para sufrir por haber muerto:  
y si la vida continua más allá de la muerte,  
¿porqué apenarte por tus muertos?

Cuando hayas aceptado  
que tus muertos se murieron  
dejarás de llorarlos y los recuperarás  
en el recuerdo, para que te sigan acompañando  
con la alegría de todo lo vivido.

**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**

Si dices que sin tus muertos  
tú no puedes seguir viviendo,  
no digas que es porque los amabas tanto,  
sino por cuanto los necesitabas,  
(y no es lo mismo amar que necesitas)

Si lo aceptas así,  
tal vez descubras para tu crecimiento  
que tu vida consiste en ser tu vida  
y no es la de otros.

No frenes tus lágrimas cuando llegan,  
ni fuerces el llanto cuando se aleje.  
No dejes de llorar porque alguien lo reprueba,  
ni te obligues a llorar, porque si no:  
¿Que dirán los otros?  
Respeta tu dolor y tu manera de expresarlo.

### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

Vive seriamente tu dolor. Porque  
las lágrimas que ocultas, el llanto que contienen  
la protesta que callas, nunca desaparecen.  
Quedan al acecho del mejor momento para estallar.  
Y es mejor que lo vivas todo a su tiempo y a su hora.

Es común que las personas  
guarden buena cantidad de culpas  
para reprocharse ante sus muertos.

¡No lo hagas contigo!  
Tus muertos no ganan nada  
con tus insomnios ni remordimientos.  
Ámalos ahora: recuérdalos con amor,  
y quizás, así sí ganen algo...

Tú y yo sólo vemos una cara de la muerte,  
la del otro lado se nos escapa.  
Si desde dentro del seno de tu madre  
hubieras visto nacer a tu hermano gemelo prematuro,  
lo habrías llorado como un muerto,  
hasta que nacieras tú y lo reencontraras.  
¿Por qué no mirar a la muerte como otro nacimiento?

### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

No te castigues encaprichada y resentidamente,  
prohibiéndote gozar de la vida  
porque pediste a un ser querido.  
Tu tristeza te destruye a ti

sin beneficiar a tus muertos.  
 Y cuando ellos partieron,  
 no se llevaron consigo tu derecho  
 a gozar con alegría de la vida.  
 Los muertos no pagan deudas.  
 Perdónalos, si es necesario hacerlo,  
 dejándolos en paz a ellos  
 y liberándote tú para vivir tu vida.

#### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

Tus muertos no están en el cementerio,  
 nunca estuvieron ahí,  
 salvo cuando estuvieron vivos.  
 El cementerio es como un surco  
 donde se arrojan las semillas,  
 Nunca sembrador vuelve a remover la tierra  
 para buscar las semillas ya sembradas:  
 regresa al campo, a la hora de cosechar espigas.

#### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

Dile adiós como despides el sol en un ocaso:  
 sabiendo que a su turno y a su hora, volverá  
 hacia tu encuentro.  
 Estos días de dolor profundo,  
 de soledad y de tristeza,  
 son como el tiempo del invierno  
 para las plantas.  
 Pero confía en la vida,  
 ¡ que es siempre más fuerte que la muerte !

#### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

No te rebeles frente a la alegría ajena.  
 No pretendas que todos se mueran con tus muertos;  
 cada uno lleva su peso con llorar los suyos.  
 Y es mejor para ti que te contagien su alegría y  
 sus ganas de vivir, y no que se hundan contigo  
 en el pozo de tu pena.

#### NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS

Llévalos vivos en tu amor  
 y vive con ellos en tu recuerdo.  
 Sería triste y penoso que tú te dejaras morir

y ellos siguieran viviendo...

Mientras esperas que tus muertos regresen  
 como si no hubieran muerto,  
 les impides volver de otra manera,  
 a ocupar un lugar  
 en tu corazón y en tu recuerdo.  
 Es una ley de la vida:  
 no se goza el despertar de la aurora  
 sin pasar por la muerte de la noche.

**NO TE MUERAS CON TUS MUERTOS**

Ellos se van por una puerta  
 que tú no puedes trasponer por ahora  
 porque se cerró tras ellos. ¡No los esperes ahí!  
 Despídelos  
 para que puedan correr  
 y espéralos llegar por otra puerta,  
 ¡al final de tu duelo!

Si buscas un camino  
 para reencontrarte con tus muertos,  
 no lo busques llorando, en tu pasado:  
 búscalos, más bien, andando esperanzado  
 hacia el futuro.

¡Deja de culparte!  
 Que si le hubiera dicho...  
 Que si le hubiera hecho...  
 Que si hubiera sabido...  
 Que si...  
 ¡Todas torturas inútiles para ellos,  
 y crueles para contigo!  
 Además "si hubiera sido así",  
 "si hubieras hecho eso",  
 hoy te reprocharías no haber hecho  
 lo contrario.  
 Acepta su muerte ¡y punto!



## ORACIÓN PARA DESPEDIR A MI MUERTO

Te amé y te amo,  
por eso tu partida  
me hace sentir tu ausencia  
y te recuerdo con dolor y pena.  
Acepto tu derecho de partir,  
a tu hora  
y sin mi consentimiento.  
Acepto mi dolor al extrañarte  
y este enojo inexplicable,  
porque al partir me abandonaste.

Se que no fui perfecto contigo,  
pero fue mi vida,  
lo que me fue posible,  
por eso quiero despedirte  
sin quedarme con culpas por el pasado.

Sé que no fuiste perfecto,  
pero no te culpo por nada;  
fue tu vida  
lo que te fue posible,  
y no quiero vivir reprochándote  
culpas que ya no sientes.

Te extraño,  
y me parece imposible  
poder vivir sin tu presencia.  
Porque te amé  
llegué a necesitarte;  
y ahora quiero aprender a amarte  
sin necesitar tenerte a mi lado:  
quiero que mi amor no muera  
sino que madure y crezca.

Y aunque sienta que te necesito,  
sé que no te necesito  
porque mi vida tiene su autonomía  
y su propio valor,  
tan claramente como se que viví

antes de conocerte  
y que podré vivir  
cuando ya no te tengo.

Si decidiste partir  
aquí estoy para despedirte.  
Nada ganaría con empecinarme  
en creer que no te fuiste.

Me siento con derecho  
¿y con obligación!  
de seguir mi vida.

No quiero morir contigo,  
porque tu no ganarías nada,  
y no te mostraría con eso  
el amor que te he tenido,  
sino cuanto te he necesitado.

Hoy te lloro triste y apenado,  
angustiado y deprimido,  
¡y me lo permito así,  
porque así lo siento!  
pero, y aunque me cuesta decírtelo,  
se que mañana, muy pronto,  
volveré a vivir el gozo de la vida,  
llevando conmigo tu recuerdo  
y también tu compañía...

Mientras te digo todo esto,  
me parece imposible que te hayas ido  
y busco inútilmente explicaciones.

Mejor, acepto la realidad,  
y te despido.

AMEN

## ORACIÓN DE UN MUERTO

“No lloren si me aman. ¡Si conocieran el don de Dios y lo que es el cielo! ¡Si pudieran oír el cántico de los ángeles y verme en medio de ellos! Si pudieran ver con sus ojos los horizontes, los campos eternos y los nuevos senderos que atravieso. Si por un instante pudieran contemplar, como yo, la belleza ante la cual todas las otras bellezas palidecen.

Créanme, cuando la muerte venga a romper sus ligaduras, como ha roto las que a mi me encadenaban, y cuando un día que Dios ha fijado y conoce, su alma venga a este cielo en que los ha precedido la mía, ese día volverán a ver aquel que los amaba y que siempre los ama y encontrarán su corazón con todas sus ternuras purificadas.

Volverán a verme, pero transfigurado y feliz, no ya esperando la muerte sino avanzando con ustedes por los senderos nuevos de la luz y de la vida, bebiendo con embriaguez a los pies de Dios, un néctar, del cual nadie se saciará jamás.

En Enjuguen sus lágrimas y no lloren si me aman.

( San Agustín )

## **I PROBLEMA**

¿Cuáles son las actitudes que presenta el profesional de enfermería al momento de la asignación de un paciente en fase terminal?

## **II OBJETIVOS**

### **INMEDIATO**

Indagar la opinión que tiene el profesional de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez respecto a su actitud al momento de la asignación de un paciente en fase terminal.

### **MEDIATO**

Realizar un programa educativo continuo sobre el tema de la muerte y las fases del duelo que existen ante la presencia de esta, el cual estará dirigido al profesional de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez .

## I PROBLEMA

¿Cuáles son las actitudes que presenta el profesional de enfermería al momento de la asignación de un paciente en fase terminal?

## II OBJETIVOS

### INMEDIATO

Indagar la opinión que tiene el profesional de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez respecto a su actitud al momento de la asignación de un paciente en fase terminal.

### MEDIATO

Realizar un programa educativo continuo sobre el tema de la muerte y las fases del duelo que existen ante la presencia de esta, el cual estará dirigido al profesional de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez .

### III JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como propósito investigar la opinión sobre las actitudes del profesional de enfermería al momento de la asignación de un paciente en fase terminal, con el fin de saber si tiene elementos suficientes para brindar una atención eficaz, disminuyéndole el dolor físico que pueda presentar y tratando de disminuirle el sentimiento de soledad que tiene y con esto lograr que él Paciente en Fase Terminal tenga una muerte digna sintiéndose valioso, querido y respetado.

En segundo término la realización de una investigación de este tipo surgió en base a dos experiencias personales, la primera al perder a un gran amigo y no saber como ayudar a morir y la segunda: observar en el transcurso de mis prácticas como estudiante y ahora en el desarrollo del servicio social dentro del Instituto, que el profesional de Enfermería por lo general atiende las necesidades biológicas del paciente y llega a olvidar las emocionales y las psicológicas, por lo que se ha creado una imagen de deshumanización ante los pacientes y familiares.

Debido a que el personal de enfermería es la persona más cercana al paciente en fase terminal es necesario que esta profesión se prepare ante esta situación que es la muerte, ya que el enfrentar la muerte de los pacientes hace que como profesional de enfermería se enfrente a su propia muerte y pueda hacer que sea tanto el impacto de esta que bloque las

actividades para con los pacientes y la atención no sea la adecuada.

Tomando en cuenta lo anterior esta investigación proporciona diversos beneficios principalmente al paciente, ya que al estar dentro del Instituto lo que busca es una calidad de atención óptima a los problemas de salud que lo aquejan, y a su vez si es el caso tener una muerte digna.

## IV MARCO DE REFERENCIA

### 1.- CONCEPTO DE ENFERMERÍA

La enfermería es una disciplina que entre otras cosas se orienta a la promoción de la salud, tarea indispensable para mantener la sociedad. El término de enfermería "se deriva del latín *infirmitas*, que significa enfermedad, este origen ha influido en algunas descripciones de la enfermería, pero hasta la fecha no se ha logrado una definición satisfactoria de esta disciplina. Existe la opinión de que se puede considerar a la enfermería como un arte y una ciencia a la vez. Es un arte por que incluye habilidades que requieren de capacidad y destreza, y una ciencia porque entraña la aplicación sistemática de conocimientos científicos."<sup>1</sup>

"La enfermería avanza constantemente en la tarea de ayudar a que se brinde atención de la salud de elevada calidad a los miembros de la sociedad, de modo que el profesional de enfermería asume diferentes funciones como: Prestación de servicios, brinda los cuidados físicos y psicológicos necesarios al paciente. Defensa del paciente: intercede por el paciente o lo representa, explica, interpreta y defiende sus derechos. Docencia: proporciona al paciente información útil para fomentar costumbres saludables en la vida cotidiana. Administración: organiza , coordina y ve que se practiquen los servicios de enfermería de una manera adaptada a las necesidades específicas de cada paciente."<sup>2</sup>

El papel del profesional de enfermería se plantea como punto clave en la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo de salud. La figura de la enfermera(o) puede distinguirse de las de otros miembros del equipo, por su presencia continua junto al paciente.

*Las actitudes de la propia sociedad acerca de la salud y el bienestar de sus miembros han influido en la enfermería y, a su vez, han estado sujetas a la influencia de ésta. A menudo decimos que las personas nos inspiran sentimientos y que adoptamos actitudes ante las cosas e ideas. Pero nos encontramos frente a una diferenciación falsa, la generación de atracción positiva o de sentimientos negativos hacia otros indican, en esencia que nos hemos formado una actitud hacia ellos.*

<sup>1</sup> WOLFF, WITZEL, et al , Curso de Enfermería Moderna, p.p. 5.

<sup>2</sup> *ibidem*, p.p. 9-11.



La percepción y las actitudes sociales son interdependientes, ejercen un efecto recíproco. En la sociedad moderna se insiste mucho en la necesidad de aprender determinadas actitudes.

“Las actitudes son tendencias de la conducta, se refieren a valores y son medibles. Pero no es fácil ni directa la forma de medirlas, así como tampoco lo es explicar cómo se desarrollan. En ocasiones surgen las actitudes como medio de atenuar disonancia o sea, el conflicto entre conducta y valores propios.

No hay una distinción neta entre el concepto de “valor” y el de “actitud”. Con todo, suele considerarse al primero como dotado de una cualidad intrínseca de bondad cualidad que trasciende necesidades y deseos humanos. A veces el valor comprende varias actitudes y así es visto como perteneciente a un “orden superior”.<sup>3</sup>

Las actitudes son importantes porque de ellas depende la interpretación de lo que observamos en el ambiente, la manera de codificar la información que reunimos de nuestras observaciones y de reaccionar.

## **2.-CONCEPTO DE ACTITUD**

**ACTITUD:**

“Es una organización bastante estable de las opiniones, sentimientos y conductas de un individuo ante los demás, ante las situaciones o los objetos, en otras palabras, es una tendencia general a emitir la misma respuesta ante una persona u objeto, es decir, el mismo patrón de pensamientos, sentimientos y tendencias conductuales.”<sup>4</sup>

## **3. ELEMENTOS DE UNA ACTITUD**

Las actitudes pueden estar compuestas por tres elementos claramente discernibles:

\* “El componente cognoscitivo (creencias y opiniones) : el cual se refiere a aquella situación en donde la situación cognoscitiva es vaga, su efecto en relación al objeto tenderá a ser poco intensa, sin embargo, cuando es errónea no afecta en nada a la intensidad del afecto, el cual será consistente con respecto a la representación cognoscitiva que la persona tenga del objeto.

<sup>3</sup> KAUFMANN, Harry, “Psicología Social”, p.p.165.

<sup>4</sup> SANTIAGO, H. Valdés, “Psicología Social”, p.p 715.

\* El componente afectivo ( sentimientos ): es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, en donde dicho sentimiento es el único elemento realmente característico de las actitudes sociales.

\* El componente conductual (tendencias conductuales ): es aquel donde todas las actividades poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y afectos relativos a los objetos actitudinales, por lo que las actitudes humanas son capaces de propiciar un estado de atención que al ser activado por una motivación específica resultará en una determinada conducta, es decir que las actitudes son la propia fuerza motivadora de la acción.”<sup>5</sup>

Debido a este carácter instigador de la acción cuando la situación es propicia, las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de la conducta manifestada. Sin embargo, se afirma que no siempre se registra una absoluta coherencia entre los componentes cognoscitivos, afectivos y relativos a la conducta de las actitudes.

Cualquier cambio que se registre en uno de estos tres componentes es capaz de modificar a los demás componentes, puesto que el sistema es accionado cuando uno de sus integrantes es alterado.<sup>6</sup>

En base a los componentes que tienen las actitudes se deben tomar en cuenta que, las actitudes arraigadas en la estructura básica de la personalidad (rasgos de la personalidad o rasgos del temperamento) no pueden modificarse por medio ordinarios. Las actitudes del grupo (es decir, las de la personalidad periférica) pueden, sin embargo, alternarse en determinadas circunstancias.

Tampoco tiene gran utilidad empeñarse en cambiar las actitudes por medio de conferencias o argumentos lógicos “Los intentos de cambiar actitudes o prejuicios sociales experimentalmente, distribuyendo información o argumentos explícitos, han resultado notablemente estériles.

No es posible transformar determinada actitud en otra cualquiera “Lo que se puede hacer es transformar actitudes alejadas de la realidad en otras, más próximas a ella”.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> RODRIGUEZ, Aroldo, “Psicología”, p.p. 331.

<sup>6</sup> IBIDEM, p.p. 357.

<sup>7</sup> BROW, “Psicología Social” p.p. 218.

Mientras menos estructura tenga una situación (es decir, mientras se disponga de menos información definida y pertinentes), mayor será la probabilidad de que las actitudes se basen en la emoción, con el consiguiente alejamiento de la realidad.

#### **4. CARACTERÍSTICAS DE UNA ACTITUD.**

Cuando los individuos no aceptan las actitudes de su grupo, esto puede deberse a que su inteligencia sea superior a la media y posean información concreta incompatible con las actitudes del grupo o que sean neuróticos y por lo tanto incapaces de relacionarse satisfactoriamente con los demás, o a que su grupo de referencia no coincida con su grupo de afiliación.

Gran número de actitudes se transmiten de padre a hijos. Otras se aprenden en el templo, en la sinagoga o en la escuela. Los medios de comunicación social son un medio muy eficaz para enseñar actitudes pues llegan a multitud de personas, motivo por el cual muchas actitudes cumplen una función positiva pero desgraciadamente otras crean y perpetúan los estereotipos raciales, sexuales y profesionales. En ocasiones ocurre la sumisión (obediencia) por lo que el individuo tiene la obligación de ejecutar determinada actividad; no existiendo disonancia, lo hace contra su voluntad y puede echarle la culpa a las exigencias externas, en cambio si no lo obligan y la decisión depende del individuo habrá muchas probabilidades de que se presente la disonancia y el cambio de actitudes.

Suele observarse en los grados extremos, en que se está totalmente a favor o totalmente en contra de algo, la intensidad con que se mantiene esta posición es alta y mientras va existiendo una mayor oscilación la intensidad actitudinal disminuye.

#### **5. FUNCIONES DE LAS ACTITUDES**

Para poder hacer que esa intensidad actitudinal se disminuya, se debe tomar en cuenta ciertas funciones que cumplen las actitudes, como la de motivación, de ajuste, de defensa, de expresión y de orden del ambiente, las cuales a continuación se presentan.

\* De motivación : El establecimiento de la base motivacional de las actitudes está basada en la función de ajuste, la función de defensa del "yo", de expresión y de ordenar el ambiente.

\* De ajuste : Caracterizado como un instrumento para la consecución de un objetivo.

- \* De defensa del "yo" : Este protege a la persona contra el reconocimiento de verdades indeseables.
- \* De expresión : Este es un valor el cual la persona aprecia sobremanera y en relación al cual siente la necesidad de exhibir inequívocadamente su posición.
- \* De ordenamiento del ambiente: Este comprende los fenómenos circundantes a fin de integrarlos correctamente.<sup>8</sup>

Con base a lo anterior dicho, se puede decir que la actitud desempeña un papel instigador en la acción. Todas estas funciones intrínsecas y abstractas están en la persona caracterizándose como un instrumento de la verdad que aflora en forma de sentimientos o actitudes variadas.

## 6. FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

El término actitud tiene dos significados, uno estrecho y otro amplio. El estrecho fue usado en un sentido bastante limitado, como una forma de indicar una predisposición motriz y mental a la acción. Después se le empleó con un alcance algo mayor o amplio para señalar las tendencias reactivas específicas que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a éstas.

La gente empezó a desarrollar actitudes en el proceso de tratar de enfrentarse y de ajustarse a su ambiente social, y una vez desarrollada se presta regularmente a nuestras maneras de reaccionar y facilitar los ajustes sociales; ya que las actitudes desfavorables pueden desarrollarse o intensificarse en contextos sociales en los cuales pasamos por decepciones o fracasos, en presencia de los miembros de algún grupo distintivo. De manera similar, las actitudes positivas hacia algún grupo podrán desarrollarse o fortalecerse.<sup>9</sup>

Por ejemplo, cuando coinciden la actitud y la emoción, la actitud tiende a hacerse más radical. Entonces, si un trabajador tiene una actitud favorable hacia sus compañeros y recibe como regalo por parte de ellos algo que siempre ha deseado, su actitud hacia ellos, será más favorable por que coinciden actitud y emoción.

<sup>8</sup> MCTEER, Wilson, "El ámbito de la motivación", p.p. 36.

<sup>9</sup> STATT, David A., "La Psicología", p.p. 68.

En cambio, si las actitudes son contrarias, puede ocurrir que la actitud se neutralice, o que la persona tenga actitudes contradictorias.

## 6.1 SISTEMAS GENERALIZADOS DE ACTITUDES :

En las primeras etapas de la vida de un sujeto, las actitudes son indiferenciadas. Una actitud favorable es muy parecida a cualquier otra, y todas las actitudes

desfavorables son muy semejantes. Cada actitud se hace más o menos integrada, en el sentido de que motivos similares son provocados por situaciones diferentes en las que el objeto de la actitud está implicado.<sup>10</sup>

Algunas actitudes con respecto a ciertas cosas absorben actitudes con respecto a otras cosas relacionadas con ellas, o que a la persona así le parecen. Es allí donde se originan los fanatismos y se considera que también los prejuicios, dado a que esa absorción de las actitudes es característica en cierto grado de todos y corresponde a necesidades básicas de la personalidad.

## 6.2 SEGURIDAD E INSEGURIDAD COMO ACTITUDES GENERALES

La seguridad y la inseguridad funcionan como actitudes generalizadas, representando estados persistentes de disposición a ser motivados en relación a sí mismo. Por el hecho de que el sí mismo entra en todas las relaciones sociales, el campo de estas actitudes es muy vasto.

La actitud de inseguridad es un estado persistente de disposición para "defender" al sí mismo contra las amenazas. Esto puede variar en grado o intensidad en cuanto a su disposición.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> NEWCOMB, Theodore M., "Manual de Psicología Social", p.p. 47.

<sup>11</sup> KLINERBERG, Otto, "Psicología Social", p.p. 145.

## 7. ACTITUDES Y CONDUCTA DE ENFERMERÍA.

### 7.1 ACTITUDES Y PERSONALIDAD

Las actitudes de un individuo reflejan su personalidad. El individuo tiende a aceptar como propias aquellas actitudes que se integran con su personalidad. Esto es cierto en lo que respecta a algunas actitudes como el etnocentrismo, las actitudes religiosas, las actitudes políticas y las actitudes hacia los problemas internacionales. Un individuo puede adoptar actitudes que son inconsistentes o contradictorias. *El hombre puede servir y sirve a muchos amos.*<sup>12</sup>

Existen múltiples actitudes en el personal de enfermería. Estas actitudes son manifestadas en forma inmediata dependiendo de la situación de que se trate. Algo que sí es obvio, es que se demuestran con rapidez las actitudes negativas, o por lo menos son más demostrables. Estas actitudes negativas afloran muchas veces por impulsos no contenidos.

### 7.2 LAS ACTITUDES Y LA CONDUCTA

Al hablar sobre la validez de las actitudes, se mencionó que las actitudes predicen la conducta de un modo diverso, ya que la conducta se encuentra determinada por todos los factores psicológicos y por muchas actitudes. En segundo lugar, la conducta se encuentra determinada por muchas situaciones.<sup>13</sup>

#### 7.2.1 Conformismo

Dentro de la discrepancia que sufre una persona en sus opiniones o actitudes implícitas frente a su conducta, bajo presiones de grupo, puede deberse a un cambio real de sus actitudes y que presenta cambios en la conducta a las creencias dando por resultados el fenómeno llamado "conformidad" o puede suceder que la persona actúa como los otros quieren que actúe, dando su conformidad externa, pero internamente se mantiene inconforme y es lo que se conoce en el término de "complacencia". El conformismo externo es inestable, ya que desaparece cuando el grupo deja de ejercer su influjo.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> *ibid.* p.p. 333.

<sup>13</sup> BEN REICH, et al, "Valores, actitudes y cambio de conducta", p.p. 122

<sup>14</sup> *ibid.*, p.p. 123.

### 7.2.2 La actitud y el trabajo

Las actitudes de las personas dentro del trabajo dependerán del grado en el que el trabajador considere que éste satisface sus necesidades. Por ejemplo, hay trabajos tan mal pagados que el dinero que apenas ganado proporciona una parte para satisfacer las múltiples necesidades de los trabajadores. En este caso, la actitud del trabajador hacia su empleo será probablemente negativo.<sup>15</sup>

En la profesión de Enfermería generalmente el personal se queja continuamente de los sueldos y de las pocas prestaciones e incentivos recibidos en su trabajo. Esto lleva a Enfermería a tener comúnmente dos trabajos para equilibrar sus ingresos con sus gastos. A pesar de los bajos sueldos y de las prestaciones laborables negativas, el profesional de Enfermería continua con su profesión cuidando a los pacientes con una actitud positiva y de continua superación para ella y su familia.

### 7.2.3 La actitud frente al cadáver

Cuando se quiere evocar o pintar la muerte, es más fácil que se piense en el esqueleto que en el cadáver. Es que aquél parece más reconfortante que éste, en México se come gustosamente, durante las festividades de difuntos, un cráneo o una tibia de azúcar. El cadáver por el contrario, espanta.

### 7.2.4 Circunstancias que hay que tomar en cuenta frente a la muerte

En cuanto al comportamiento frente al que muere, hoy estamos más que nunca en presencia de una pluralidad de actitudes muy difícil de manejar. No solo nos encontramos con variantes debidas a los lugares, las épocas, las condiciones de vida, las ideologías, la diferencia entre creyentes y ateos, sino también debe considerarse los tipos de muertos : buena o mala, violenta o súbita, con o sin coma ; así como la naturaleza de las relaciones que se tenían con el difunto: si era un extraño, un amigo o un pariente ; el ser amado, un sujeto cotidiano o un simple cliente.

<sup>15</sup> VILLAREAL, Marcelo, "Fundamentos de entrevista conductual", p.p. 101.

Para que no se den los casos extremos otra de las cosas que se deben tomar en cuenta es que toda aquella persona que desconoce alguna situación tiende a actuar de manera especial como con duda, predisposición, temor, etc.

## 8. PACIENTE EN FASE TERMINAL

La asistencia al enfermo terminal ha sido una preocupación prioritaria de algunos médicos desde que el hombre ha luchado contra la enfermedad. Sin embargo, con la aparición de las nuevas tecnologías médicas, la atención sanitaria se ha dirigido por otros caminos excluyendo al enfermo terminal.

Desde la Edad Media, y hasta hace unos años, la gente que ingresaba en un hospital se habituaba pronto a la muerte. Esta ocurría con demasiada frecuencia a edades tempranas. Y, en aquellos días, sin los médicos ni las enfermeras podían curarse los pacientes, pero podían hacer que el óbito fuese mas humano con una asistencia caritativa, así como por la esperanza de una vida mejor después de la muerte.

Hasta la llegada de los recientes avances terapéuticos, los enfermos terminales eran considerados importantes para la comunidad en muchos sentidos, particularmente por la oportunidad que ofrecían a las personas piadosas de convertir se en ejemplo de servicio y superación espiritual. Este aspecto se ha perdido hoy día. *Los incurables son vistos como errores y, a veces, evitados por los mismo médicos y enfermeras.*<sup>16</sup>

Es frecuente ver así como el enfermo muere con dolores al final de una Sala de Hospital, sintiéndose aislado, solo, e incluso un estorbo.

Hace siglos, la palabra francesa Hospice significaba "refugio de caridad", un lugar en donde eran asistidos los viejos o los huérfanos. También significaba aquella parte de un convento o de un monasterio utilizaba para caminantes o peregrinos que traían hambre o estaban cansados o enfermos. En realidad el Hospice es un concepto de asistencia que puede realizarse en el propio domicilio, en pabellones de un Hospital General, o en una unidad especialmente creada para este fin.

<sup>16</sup> GAFO. Javier, "La eutanasia y el arte de morir", p.p. 55.



Este concepto no es nuevo; es tan antiguo como la propia medicina. El Hospice trata de dar una asistencia paliativa y de soporte a los enfermos terminales y a sus familias. La familia, en su conjunto, es el centro de la preocupación. Siempre que es posible participa en el equipo asistencial, y apoyar a la familia en los momentos de duelo se considera parte de la misión del grupo que asiste al enfermo terminal.

Normalmente nos referimos como enfermedad terminal al cáncer avanzado en donde la situación ya no puede ser controlada y ya no hay planes para continuar con un tratamiento activo. Esto no quiere decir que al enfermo le queden dos días, o tres semanas o cuatro meses de vida; puede, y de hecho significa a menudo, varios años de supervivencia, en los que la calidad de vida debe ser mantenida si los síntomas son controlados.

El significado de "terminal" podría indicar que ya no hay nada que ofrecer, que el enfermo ha recibido todo lo posible. Es en este momento cuando se dice a la familia; "ya no se puede hacer nada más". Esta frase no debería decirse nunca, porque "nunca" no es verdad. Siempre puede hacerse algo más.

Los avances técnicos de la medicina han originado presiones sobre la forma de continuar con tratamientos activos hasta el final de la enfermedad. Si se resisten a estas presiones están en peligro de tener que tratar a la familia con ansiedad, al propio médico le provoca frustración y, al mismo tiempo, se podría olvidar las verdaderas necesidades del enfermo.

Llega un momento en la enfermedad maligna avanzada en el que una pequeña posibilidad de mejoría debe ser contrapesada con la aparición de efectos secundarios y mayor sufrimiento.

La decisión de evitar tratamientos innecesarios no significa que no pueda hacerse nada más o que implique abandono por parte del médico. Precisamente puede significar todo lo contrario. Si el médico y su grupo de asistencia se dedican a aliviar los síntomas, el enfermo, a su vez, adquiere la oportunidad de colaborar en esta fase de su vida.

No se debe dejar al enfermo de lado, como un fallo de la medicina moderna, tan capaz de curar tanto.

El objetivo de este tipo de asistencia, se haga en un hospital o en el domicilio, es aliviar los síntomas que invalidan al paciente hasta que muere, así como ayudarlo a morir sin miedo. La asistencia al enfermo terminal no se centra únicamente en los agonizantes, sino que se refiere a la calidad de la supervivencia.

Un tratamiento eficaz debería facilitar al paciente la vida diaria, de forma que olvide sus dolencias y se ocupe en otras cosas. Valoramos el éxito, en este caso, según lo que el enfermo es capaz de hacer a pesar de su deterioro físico. Si aceptamos este criterio, superamos la sensación de fallo que hasta entonces ha rodeado al enfermo.

Esto no siempre es fácil. Cada paciente presenta una serie de problemas médicos, de enfermería, psicosociales y espirituales que deben ser resueltos.

Este es el desafío básico de la asistencia al paciente terminal, y ocupa tanto al enfermo como al médico. Algunos pacientes y algunos médicos asimilan tal desafío; otros, dedican un gran esfuerzo por evitarlo.

“El mensaje que hoy le traigo es el de que este objetivo puede alcanzarse, pues la mayoría de los síntomas de la enfermedad terminal maligna pueden ser controlados, al mismo tiempo que se deja al enfermo con capacidad para desarrollarse física, mental y emocionalmente. Este control es alcanzado únicamente a través del uso correcto de la medicación disponible”.<sup>17</sup>

El síntoma más importante es el DOLOR, ya que es el más temido por la opinión general, en relación con el cáncer. El temor al dolor es lo que muchas veces impide al paciente consultar a tiempo cuando nota que algo va mal en él.

Quienes trabajan en centros de terminales sienten que el enfermo haya sufrido dolor innecesariamente durante su enfermedad. A pesar del interés progresivo en este terreno, la cantidad de sufrimiento en tantas personas hace que debamos dedicar nuestra atención a la naturaleza y tratamiento del dolor en el cáncer terminal.<sup>18</sup>

Antes de que llegue la muerte nos enfrentamos ante una situación que antecede a ésta y es el paciente en fase terminal, considerando a este como se expresa en el siguiente párrafo.

## 8.1 CONCEPTO

“ A la persona que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir en un plazo relativamente corto conociendo su diagnóstico ”.<sup>19</sup>

<sup>17</sup> GAFO, Fernandez Javier, “ La Eutanasia y el Arte de Morir “ p.p. 57

<sup>18</sup> *ibid*, p.p. 55 - 57.

<sup>19</sup> REYES, Zubiria Alfonso, “Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia”, p.p. 127.

## **8.2 TIPOS DE PACIENTES**

A modo de orientación suelen establecerse diversas condiciones de enfermos :

**8.2.1 ENFERMOS CONSCIENTES**, en fase terminal que, por su situación de malestar general, terapia que reciben, etc. sospechan con suficiente claridad la gravedad de su situación y que están llegando al final de su vida ; bastará, en estos casos, no dar falsas esperanzas ni quitar importancia a sus presentimientos internos para que ellos mismos terminen diciendo la verdad. Es decir, ir confirmando gradualmente sus impresiones; aun así, convendrá mantener alguna expectativa. No se piense que conocer esta situación supone perder la esperanza. La esperanza sólo se pierde si se ha dicho la verdad de modo brutal y se deja al enfermo abandonado, es conveniente en todo caso mantener en el enfermo la convicción y la realidad de que nunca le dejaremos de cuidar y procuraremos mantenerlo lo mejor posible.

**8.2.2 ENFERMOS QUE IGNORAN O FINGEN IGNORAR**, su situación real y corren el riesgo de llegar al final sin haber advertido su gravedad. En estos casos, la necesidad de hacerles conocer su situación toma carácter de urgencia y existen una grave obligación de informarles adecuadamente. El dolor que puede causar será en todo caso el inevitable costo que corresponde al cumplimiento de un deber final. De cara a la muerte el hombre debe disponer de la posibilidad de situarse conscientemente frente a su vida.

Además , con la muerte, el hombre rompe toda relación con los otros y debe tener por ello la posibilidad de arreglar sus asuntos en relación con ellos, ejercer las responsabilidades que le son propias y cumplir todas sus obligaciones. Pero no podrá cumplir todo ello dignamente si no es informado de la gravedad de su estado y del peligro en el que se encuentra.

**8.2.3 ENFERMOS GRAVES, INCURABLES**, pero con cierta perspectiva de la vida. Aquí no existe una respuesta única. Son muchos que piensan que se debe dar una información objetiva, puesto que un enfermo debe conocer - con más o menos profundidad - el mal que padece. Otros piensan que esa información objetiva puede retrasarse hasta que se aproxime el desenlace final, siempre que se haya garantizado, como es lógico, que el enfermo tiene resueltas las grandes cuestiones de la vida (espirituales y/o materiales ). Aquí se plantea con necesidad muy exigente la adecuada relación del enfermo con el personal de salud. El equipo que le atiende juzgará si es más adecuado informarle desde el comienzo o si es más conveniente diferir - sin engañar - la información para

tiempos más oportunos. Para ello, deberán tenerse en cuenta los intereses del enfermo (personales, profesionales, familiares y religiosos).

Por lo que el paciente tiene derecho a recibir información concreta y continuada, verbal y escrita, de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo el diagnóstico y el pronóstico, que sean facilitados en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda recibir la información, ésta debe proporcionarse a las personas legítimamente responsables.<sup>20</sup>

### **8.3 GENERALIDADES**

“Ni el médico ni la enfermera (o) pueden mentir al enfermo ni inducirle a engaño con sus palabras o gestos. Esto no significa que exista siempre obligación de decir toda la verdad. Por que una cosa es mentir y otra es callar la verdad.”<sup>21</sup>

No existe siempre la obligación de decir la verdad, si se estima que puede influir negativamente en el enfermo. Decía Pío XII: “Hay cosas en las que el médico aunque se le pregunte, no puede, aún no diciendo cosa positivamente falsa, manifestar claramente toda la verdad y especialmente cuando se sabe que el enfermo no tendría fuerzas para soportarla.” Es decir, el médico debe dar la información querida por el enfermo, averiguando lo que éste quiere saber, cuando el enfermo requiere seriamente del médico que se le diga la verdad, pienso que éste no debe ocultarla.

Justamente en esos momentos finales es más necesaria que nunca la presencia del personal de salud, sería incluso deseable una mayor atención pasando visitándolo con mayor frecuencia para evitar el sentimiento de abandono, de inutilidad.

“Estar con el enfermo es tan importante como compartir sus problemas, sus dificultades, sus esperanzas, su historia y su humanidad. Entonces, y sólo entonces tendremos la respuesta adecuada, que sea capaz de cualificar nuestra profesionalidad, porque dará sentido a la palabra asistencia y sobre todo, conseguirá valorar a la persona del enfermo en su totalidad.”<sup>22</sup>

<sup>20</sup> PASTOR, García, et al, “Manual de Ética y Legislación en Enfermería” p.p. 113.

<sup>21</sup> ibid, p.p. 112.

<sup>22</sup> PASTOR, García, et al, “Manual de Ética y Legislación en Enfermería” p.p.115

Puede ser conveniente hablar de la muerte con el propio enfermo, si es lo que desea : la experiencia suele ser fructífera y genera profundo afecto. Pero conviene no olvidar que la postura que mantiene cada persona está íntimamente ligada con la manera con que cada uno se acerca y reacciona frente al hecho de morir.

Cuando la confianza da paso a la intimidad, el profesional de enfermería es invitado a asistir a esas confidencias personales, donde se muestran aspectos no bien resueltos. Durante las visitas al enfermo, hay que mantener la conversación sin eludir los temas más delicados o difíciles de los que quiera hablar . Con frecuencia se trata con demasiada seriedad al enfermo grave. No hay que olvidar que en el ser humano, en medio del peor drama, existe una enorme reserva de esperanza, optimismo y alegría. Despertar sentimientos de este tipo suponen tal vez el mejor remedio contra la tristeza y la depresión.

Se constata que a mayor conocimiento de la enfermedad, la mayor parte de las veces, hay mayor aceptación y mayor sociabilidad aunque aumente la ansiedad. El enfermo terminal, a veces no comprende bien las razones de su enfermedad, de sus sufrimientos, etc. El consuelo humano animándole a aprovechar espiritualmente la situación, puede devolver la paz en los momentos más difíciles. Solamente en la medida en que el propio personal de salud haya asumido el contenido de sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte, es decir, la posibilidad de enfermar, sufrir y morir, le va a ser posible ofrecer estos conceptos al paciente en fase terminal.

Los pacientes con un mal pronóstico vital o en situación terminal de enfermedad tiene algunos problemas que le preocupan más especialmente como:

- a) El miedo al dolor y al sufrimiento.
- b) El miedo a la soledad.
- c) El miedo a que su vida carezca de sentido.
- d) El miedo a moriri.

El problema del sufrimiento y del sentido gira en torno a la actitud con que cada uno se enfrenta a la enfermedad, " Como dice V. Frankl" : La capacidad de sufrimiento es la capacidad de realizar valores de actitud .<sup>23</sup>

<sup>23</sup> PASTOR, García , et al , " Manual de Ética y Legislación en Enfermería " p.p. 116.

Por lo que, como profesionales de enfermería es necesario estudiar y conocer lo que encierra el tema de la muerte, acontecimiento tan significativo en la vida de los seres humanos, debido a que en la práctica profesional la estaremos enfrentando cotidianamente.

“Las actitudes ante la muerte son, por supuesto, parte de una cultura más amplia, pero en varias décadas, se abandonó la actitud de misterio y se dejó salir a la muerte del ropero. Ahora ya podemos hablar de ella. La extensa cantidad de obras literarias dedicadas al tema nos hacen pensar que estamos convenciendo a la gente de que debe morir. Para algunos, la muerte sigue siendo el enemigo final, para otros, es una amiga. Para algunos más, la enemiga no es la muerte sino los cuidados médicos que prolongan su agonía, irónicamente, en contra del antiguo código de “no dañaras”.<sup>24</sup>

Se afirma que la verdad, como todo valor ético, tiene que estar subordinada al mayor bien de la persona, y a pesar de sus ventajas (relación confidencial, respeto a la dignidad, posibilidad de prepararse y asumir un hecho singular), podría quedar disimulada pasajeramente si constituyera un daño para el enfermo. La decisión se adoptaría después de analizar los múltiples factores que entran en juego en cada situación, buscando siempre lo que parezca mejor. Para mejorar el autocontrol del estrés del paciente es útil la comunicación, permitiendo y facilitando el hablar del problema y ayudar en la medida de lo posible a encontrar un sentido a lo que está ocurriendo. Para esto es necesario que el personal de salud logre un modo de comunicación con el enfermo para que facilite todo lo anterior evitando en la medida la utilización de intermediarios que puedan tergiversar la información.

No importa tanto lo que se diga como el modo en que se diga. La comunicación de la verdad nunca debe destruir la esperanza del paciente. Pero si alguien no desea saber la verdad sobre su estado, por que así se le hace más llevadero, también tiene derecho a que no se le diga.

<sup>24</sup> THOMPSON, Joyce, “Ética de Enfermería”, p.p.258.

## 8.4 ASPECTOS A CONSIDERAR EN UN PACIENTE EN FASE TERMINAL

Es conveniente no generalizar a todo ser humano, ya que cada persona es única, por lo que se debe considerar los siguientes aspectos :

8.4.1 "Aspectos biológicos : es la situación clínica del paciente, higiene, sintomatología, etc. Cualquier falta de atención en los aspectos biológicos deteriora gravemente la evolución del paciente.

8.4.2 Aspectos humanos : son síntomas propios de la esencia del hombre : angustias, temores, etc.

8.4.3 Aspectos psicológicos : hay aquí tres aspectos muy interesantes:

a) RESPETAR, COMPRENDER Y DAR EXPLICACIONES NECESARIAS. Nos referimos a dar todo tipo de explicaciones sobre pequeños detalles. Modos de manejarse lo que conviene hacer, actitudes a tomar en función de la sintomatología del paciente estableciendo diferentes opciones. Conviene no dar nada por supuesto, sabiendo que muchas cosas que consideramos obvias entre el equipo de asistencia, para el enfermo no lo son.

b) COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES. Esto es importante para que el enfermo mantenga un nivel de autoestima sabiéndose respetado y respaldado. Ayudándolo a tomar decisiones se evita la sensación de sentirse manejado. Para colaborar en la toma de decisiones hay que enseñar al paciente a enfrentarse con la nueva situación, identificando causas, ennumerando posibles soluciones y estableciendo opciones fáciles.

c) COLABORAR EN EL SENTIDO DE LA TRASENDENCIA. La enfermedad grave ofrece alguna de las escasas vías que en nuestra cultura contemporánea permiten el retorno hacia nuestro interior. La enfermedad, al desnudar la esencia de las cosas, provoca una convulsión en el interior de quien la padece. En este sentido, una vez que el paciente profundiza sobre el conocimiento de una nueva situación, hay que ayudarle a encontrar una razón por la cual vivir, morir o debatirse entre ambas, esta detectando las necesidades que el paciente presente en el momento. Este tipo de atención es una necesidad y un deber de los que atienden y acompañan, ya sea personal médico o de enfermería.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> PASTOR, García , et al , " Manual de Ética y Legislación en Enfermería " p.p. 117.

- Cada persona al enfrentarse a la muerte como algo próximo, presenta reacciones muy peculiares en función de variables psicológicas, sociales, económicas o religiosas y resulta especialmente importante considerar su personalidad y la edad que se tenga.<sup>26</sup>

- Las características concernientes a la enfermedad que padece y a su evolución, lo que influye en el desarrollo de las etapas de la vida.

- Así como el conocimiento que el enfermo tenga de su enfermedad y este convencido de que inevitablemente le llevará a la muerte.

### **8.5 NECESIDADES DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Como se observa se debe particularizar a cada persona para su atención por lo que es necesario tomar en cuenta que se debe asistir y tratar al Paciente en Fase Terminal cubriendo al máximo ciertas necesidades como:

**COMPETENCIA.**- Actuar a un nivel tan eficaz como sea posible.

**PREOCUPACIÓN.**- Identificación con la persona.

**CONFORT.**- El paciente debe estar cómodo hasta la muerte.

**COMUNICACIÓN.**- El rescate del anonimato es esencial.

**FOMENTAR O CREAR REDES DE APOYO SOCIAL.**- Visitas, Fomentar la cohesión, integración y apoyo familiar.

**COHERENCIA Y PERSEVERANCIA.**- Apoyo y preocupación persistente.

**ECUANIMIDAD.**- Capacidad de estar cómodo con un Paciente en Fase Terminal.

Manifiestar la verdad supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, de compartir las preocupaciones que surgen en esos momentos, de acompañar en los momentos de soledad interior, de caminar juntos por esos difíciles senderos de esta última aventura.

<sup>26</sup> WOLFF, Wetzel Zornoww, "Curso de Enfermería Moderna", p.p. 935.



Sin verdad no hay libertad y la distracción existencial de la muerte es siempre un escape que, como cualquier otro tipo de droga, evade un momento de la realidad pero no la cambia, un paciente engañado a sabiendas por todos los que lo rodean, es entregado a la muerte como víctima y objeto. Sólo la angustia vencida se llama paz, reconciliación, armonía interior, y ésta sólo es posible cuando no tememos enfrentarnos con la verdad por muy negativa y dolorosa que sea.

Puede ser difícil, en la actualidad, encontrar personas capaces de llevar adelante semejante tarea. Pero la preocupación debería existir entre el personal de salud y los familiares, sin descargarse mutuamente el peso de la responsabilidad. El problema radica en que muchos no se han detenido nunca a pensar sobre esta obligación.

No olvidemos que sólo el que ama tiene derecho a decir la verdad y sólo el que haya solucionado sus propias interrogantes ante la muerte podrá ayudar a los demás en su camino hacia ella.

Por último la pregunta sera :

**¿ ES FALTA DE AMOR O EXCESO DE MIEDO LO QUE NOS PARALIZA ?**

“ En la época de proliferación de las llamadas Cartas de los derechos de los enfermos, han comenzado a aparecer también documentos donde se recoge un catálogo de los derechos del enfermo terminal. Por lo que es oportuno rescatar esto citando una magnífica síntesis de los derechos del enfermo próximo a la muerte.

### **DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL**

- 1.- Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el fin de mi vida.
- 2.- Tengo derecho a mantener un sentimiento de esperanza, cualquiera que sea el cambio que pueda sobrevenir.
- 3.- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener ese sentimiento de esperanza ante cualquier cambio que me pueda acaecer.

- 4.- Tengo derecho a expresar a mi manera mis sentimientos y emociones ante mi propia muerte.
- 5.- Tengo derecho a participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se me van a prestar.
- 6.- Tengo derecho a recibir la atención del equipo médico y de enfermería, aunque sea evidente que no voy a curarme.
- 7.- Tengo derecho a no morir solo.
- 8.- Tengo derecho a no sufrir dolor.
- 9.- Tengo derecho a que se responda honestamente a mis preguntas.
- 10.- Tengo derecho a no ser engañado.
- 11.- Tengo derecho a recibir la ayuda de mi familia para aceptar mi muerte; y mi familia tiene derecho a recibir ayuda para aceptar mi muerte.
- 12.- Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
- 13.- Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser juzgado por el hecho de que mis decisiones pueden ser contrarias a las de los que me atienden.
- 14.- Tengo derecho a discutir y compartir mis vivencias religiosas, aunque sean diferentes de las de los otros.
- 15.- Tengo derecho a esperar que se respete la dignidad de mi cuerpo después de mi muerte .
- 16.- Tengo derecho a ser cuidado por personas compasivas y sensibles, competentes en su profesión, que se esfuercen por comprender mis necesidades y que encuentren satisfacción personal al prestarme ayuda cuando sea confrontado con mi muerte. <sup>27</sup>

<sup>27</sup> GAFO, Fernández, Javier, "Bioética 10 palabras claves ", p.p.165 - 167.

## 9.- LA MUERTE COMO PARTE DE UN PROCESO VITAL

El derecho a la vida comprende a la vez tanto el derecho a la integridad física, como a la integridad moral. Pues el hombre es síntesis, es una unidad totalizadora, de materia y espíritu.

La vida permite todas las actividades del ser humano. La muerte, aún siendo un cambio que consiste especialmente en partir, irse, no es la separación de la "persona" de su "cuerpo". Es la muerte de la persona. La vida corporal, asimismo, participa en la dignidad de la persona. La certeza de la muerte para todo ser viviente es la piedra de toque de un destino inevitable.

Toda persona tiene una dignidad que radica esencialmente en su propia naturaleza, independientemente de su estado de salud o de cualquier condición de edad, desarrollo, raza, o disminución de cualidades físicas, psíquicas o socioeconómicas. Por este motivo, todo ser humano tiene el derecho a vivir y todo ser humano tiene el derecho a ser respetado y a que se vele por su vida.<sup>28</sup>

El dolor, el sufrimiento y la muerte pertenecen al misterio del hombre, es algo que se encuentra entrelazado con su naturaleza y su destino, de los que no se puede desprender. Ningun hombre escapa a la experiencia del dolor, pues comienza con la vida, influye profundamente en su desarrollo y sólo concluye con la muerte.

El estar bajo la ley del dolor provoca un sentimiento creciente de soledad y despierta el deseo de encontrar a alguien con quien poder comunicarse y hacerle participe del propio dolor. Para que la ayuda sea eficaz, el que asiste tiene que tener personalmente resuelto el sentido del dolor y de la muerte, si no, no hará mas que lanzar sus dudas sobre el paciente. " Aquel que rechaza su propia muerte, rechazará la de los demás ".<sup>29</sup>

### 9.1 HISTORIA DE LA MUERTE

La manera en cómo el hombre se enfrenta a la muerte ha variado a través del tiempo y las culturas. Las manifestaciones de este fenómeno van desde los sencillos, pero muy sentidos, enterramientos neandertales hasta los excéntricos funerales norteamericanos.

<sup>28</sup> PASTOR Y LEON, "Manual de Ética y Legislación en Enfermería", p.p. 134.

<sup>29</sup> *ibidem*, p.p. 127.

9.1.1 En la prehistoria. El hombre Neandertal fue el primer homínido que enterró a sus muertos, según muestran los hallazgos paleoantropológicos. Por ejemplo en una sepultura infantil hallada en Teshik Tash (Uzbequistán), el cuerpo aparecía rodeado por una corona de cuernos de cabra salvaje. El hombre de Cromagnon, otro antecesor del humano moderno, tuvo rituales funerarios, pero aún más complejos que los neandertales, así lo demuestran las tumbas localizadas en Rusia que datan de hace 24 mil años. En ellas se encontraron perlas de marfil, brazaletes y anillos entre los restos de los cuerpos.

9.1.2 La India. Todo hindú piadoso anhela ser incinerado en Benarés, la ciudad sagrada a orillas del Ganges. Los familiares varones del finado lo llevan en angarillas de bambú y lo sumergen en el río para lavar sus pecados. Una vez seco, depositan el cuerpo sobre una gran pira de leña y lo cubren de ofrendas: madera de sándalo, alcanfor, flores de mango ... Las cenizas, todavía calientes, son arrojadas al Ganges.

9.1.3 China. En esta tierra milenaria, los muertos forman parte dinámica de las familias a las que pertenecen. Los antepasados son honrados y sus huesos tratados como si fueran reliquias. Su destino depende no sólo de sus obras buenas, sino de la dedicación que los parientes le presten a la memoria del desaparecido.

9.1.4 México. Los días 1ª y 2 de noviembre, el pueblo se reúne en los cementerios para esperar el regreso de los familiares muertos. Se les ofrece pan, mole, chocolate, tamales, frutas... Se fabrican calacas de cartón, alfeñiques y las mundialmente famosas calaveras de azúcar. Una gran fiesta que recuerda a los muertos y celebra la vida.

Para el hombre primitivo, dice la leyenda, el tiempo no tiene sentido; para el hombre civilizado, en cambio, es la muerte lo que no tiene sentido. Max Weber explica esta peculiar angustia de la modernidad el campesino de los viejos tiempos *moría "saciado de vivir" y "satisfecho"*, pues la vida ya le había ofrecido todo y ya no quedaba *"ningún enigma que quisiera decifrar"*. En cambio, el hombre civilizado sumergido en una insensata progresividad, no se satisface de vivir, y sabe que *"nunca habrá podido captar más que una porción mínima de lo que la vida del espíritu alumbraba continuamente"*.

Xavier Villaurrutia, quien describe así la dualidad frente a la muerte: *"Aquí en México se tiene una facilidad para morir, que es más frente en su atracción conforme mayor cantidad de sangre india tenemos en las venas. Mientras mae criollo se es, mayor temor tenemos ante la muerte. Se ha dicho insistentemente que la burla y el desprecio a la muerte se conecta con una indiferencia hacia la vida; si la vida no vale nada, la muerte tampoco."*

He sugerido que la "indiferencia ante la muerte" del mexicano es un mito que tiene dos fuentes: la fatalidad religiosa que auspicia la vida miserable tanto como el desprecio de los poderosos por la vida de los trabajadores. Desde la primera perspectiva, se trata del mismo sentimiento de fatalidad que se expresaba en las danzas macabras medievales, que le recordaban al hombre que la muerte lo libera de su cuerpo desgraciado y que significa un segundo nacimiento a una vida mejor. Esta idea llega a coincidir con la imagen que con frecuencia se han formado las clases altas de la vida de los menesterosos. En la cultura mexicana estas dos tendencias se entrelazan para formar un tejido peculiar en el que se cruzan desesperación y desdén, zozobra y orgullo. Pero a este tejido cultural sobre la muerte se agrega un tercer elemento: la nostalgia del edén perdido se transforma en una búsqueda intelectual de la dimensión auténticamente humana que la civilización industrial moderna ha sepultado.

En la cultura mexicana moderna el miedo a la muerte, que se traduce al fatalismo, desprecio y búsqueda, también tiende a gestar una dimensión heroica. El perfil de la muerte mexicana no podría ocupar un lugar estable en nuestra sociedad si solamente fuese la mezcla de conciencia desdichada, desapego a la vida y nostalgia; esta peculiar mezcla permite mantener tensas las virtudes heroicas de nuestra cultura.

Y de esta manera, a los mexicanos sumergidos en la amargura la cultura nacional les propone el único gesto heroico posible: morir fácilmente, como sólo los miserables saben hacerlo.<sup>30</sup>

9.1.5 EE. UU. En la Unión Americana está poniéndose de moda lanzar las cenizas de los muertos al espacio y congelar los cuerpos y posteriormente extraerles el agua para conservarlos incorruptibles.<sup>31</sup>

A lo largo de la historia la muerte ha sido tema propio de filósofos, narradores y poetas. Curiosamente, los profesionales que más contacto tienen con ella, los médicos parecen haberle dado la espalda. Han sido educados para combatirla, para retrasar su llegada lo más posible. Es lo que el historiador francés Philippe Aries llama el fenómeno de "la muerte invisible". Morir es feo y sucio. Un fallecimiento se toma como un fracaso para el médico.

<sup>30</sup> BARTRA, Roger, "La Jaula de la Melancolía", p.p. 85 - 94

<sup>31</sup> MUY INTERESANTE, "La amenaza de las Sectas" p.p. 9

Sin embargo, es evidente que ni el mejor médico sería capaz de ganar la guerra al último suspiro. Entonces, ¿por que no cambiar de mentalidad ?, La *medicina internacional* ha perdido el rumbo. En lugar de recordar que los médicos deben de ocuparse del bienestar físico y espiritual de los enfermos, piensan

constantemente en acabar con la enfermedad a toda costa. Muchas veces no tiene sentido seguir luchando. Se mantienen en mantener con vida a un ser humano acabado que padece terribles dolores y que desea morir. Sin embargo, la ética científica a menudo consiste en luchar, luchar y luchar.

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Es cuestión básica en toda problemática humana y más aún en la vejez donde se prevé más próxima. Por mucho afán que ponga la ciencia médica en alejar el momento de la muerte, ésta llega. Y el personal de salud carece de recursos para tratar a estos enfermos en situación terminal, debido a esto debe tomarse en cuenta que, **la esencia de enfermería es cuidar a la persona en las distintas etapas de la vida** . Por lo que es importante saber cómo percibe el paciente a la vida y la muerte, además el personal de salud debe conocer las creencias religiosas y éticas del paciente que puedan influir sobre las decisiones de la asistencia médica.<sup>32</sup>

## 9.2 CONCEPTO DE MUERTE.

La conciencia de la muerte promueve un cambio de perspectiva y permite a la persona distinguir entre lo esencial y lo necesario. Para lograr entender mejor que es la muerte iniciaremos por comprender que es, para ello se define en tres niveles :

**"Muerte biológica "celular"**: que es el cese de la actividad celular y el inicio de la putrefacción, se trata por tanto de la constatación radical de que ya no hay vida.

**Muerte clínica "corporal"**: señala el momento en que aparecen los signos de muerte como son: el cese de la respiración, de los latidos cardiacos y el encefalograma plano.

<sup>32</sup> PASTOR Y LEÓN, "Manual de Ética y Legislación en Enfermería", p.p. 128.

Muerte social "ser": refiere al momento en que somos tratados como un objeto al margen de los acontecimientos sociales.<sup>33</sup>

Ante este acontecimiento, el hombre enfrenta tres miedos básicos como son :

- a) A la muerte en sí
- b) A lo que puede suceder después.
- c) A los propios muertos.

Miedos que se manifiestan en formas muy diversas dependiendo de la etapa de vida por la que está atravesando el ser humano cuando se enfrenta a la muerte, por lo que a continuación se describe brevemente como se vive y percibe este acontecimiento en cada etapa de la vida.

### **9.3 PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN LAS DIFERENTES ESTAPAS DE LA VIDA**

Los niños de 3 a 5 años, perciben a la muerte como una **SEPARACIÓN TEMPORAL** como un **SUEÑO**. En esta edad la muerte de un familiar es vivida de igual manera que si dicho familiar se hubiera ido a otro lugar y el niño dejara de verlo por un tiempo más o menos largo.

Los niños de 6 a 9 años, empiezan a entender la muerte como algo **DEFINITIVO E IRREVERSIBLE**, por lo que es frecuente que presenten inquietud y temor a morir. Es conveniente que gradualmente se le vaya preparando para concebir la muerte como un acontecimiento natural en la vida de los seres humanos con el propósito que no genere tanta angustia.

Los niños de 9 a 12 años, la muerte es reconocida no sólo como **FINAL** sino también **INEVITABLE**, la **UNIVERSALIDAD** de la muerte se hace presente, pero se debe tomar en cuenta que adquieren el concepto de muerte de su propia persona.

El concepto de muerte que tiene el adolescente dependerá del grado de desarrollo de su personalidad de sus experiencias y del nivel de comunicación que tenga con los demás, concepto que perdura hasta la edad adulta y generalmente posee las siguientes características.

<sup>33</sup> MARTÍN, Del Moral Mercedes, "Dolor y Muerte", p.p. 7.

- Ser algo REVERSIBLE, debido que su pensamiento lógico con mayor capacidad de abstracción le permite cambiar sus conceptos radicalmente respecto a los que tenía en la infancia, así la muerte es vista desde otra dimensión analizada con más profundidad.
- Como un ESTADO PLACENTERO, que cesa el dolor, y elimina el sufrimiento por lo que en muchos casos en adolescentes con problemas aumenta el suicidio.
- Se hace patente el sentido de INEVITABILIDAD y UNIVERSALIDAD de la muerte.
- Hay TEMOR GENERALIZADO a la muerte dolorosa y prolongada.
- Comienza a pensar en el FUTURO INCIERTO que acecha al hombre después de la muerte.
- Piensa que la muerte es cosa de VIEJOS.<sup>34</sup>

El adulto joven ve a la muerte como un acontecimiento lejano a su existencia, no coincide que él pueda ver víctima de una enfermedad que puede llevarle a la muerte. Sin embargo la muerte de algún ser querido le va llevando a tener una concepción realista, como un proceso propio de la vida, que le lleva al deseo de conocer algo más sobre la muerte.

En el adulto maduro aumenta el miedo a mencionar la palabra muerte, MIEDO al envejecimiento, puesto que es un hecho natural que aparece como antesala de la muerte, por otro lado se presenta un fenómeno de CURIOSIDAD de modo que en forma ambivalente (con deseo y miedo), las personas se aproximan para conocer más sobre la muerte.

Al llegar a la senilidad, el TEMOR va en aumento y se combate no pensando en la propia muerte, pero se va ASIMILANDO poco a poco, al ir viviendo la muerte de los amigos y familiares, así como la percepción del debilitamiento, decadencia que lleva con frecuencia a la pérdida de la salud, haciéndole sentir que el final se acerca.

Ante esta realidad se puede reaccionar con diversas actitudes como:

- Negar que la muerte es un acontecimiento próximo.

<sup>34</sup> WHALEY, Wong, " Tratado de enfermería Pediatría ", p.p. 436 - 439.



- Actitudes positivas que llevan a experimentar un sentimiento de realización y de haber cumplido con su cometido en la vida, pensar que su estancia en el mundo ha tenido sentido e interés y la muerte es un descanso merecido.<sup>35</sup>

No olvidemos que el hombre es el único ser que tiene clara conciencia del fin que le espera y que precisamente por ello ha dedicado tanto esfuerzo a buscar maneras de prolongar y mejorar su curso terrenal, por una parte, y a inventar alternativas trascendentales y metafísicas que atenúen el insoluble conflicto entre su deseo de seguir viviendo y su conocimiento de la fugacidad de la existencia. Finalmente resignado a recorrer este ineluctable tránsito hacia lo desconocido, es apenas natural que se interese en que éste se realice de la manera menos dolorosa físicamente y menos traumática psicológicamente.

#### **9.4 FASES DEL DUELO ANTE LA MUERTE ( PERDIDA DE LA VIDA )**

*Dadas las diferentes reacciones que puede tener una persona ante la muerte, es importante conocer lo que es el proceso del duelo, y de esta forma poder ayudar a atenuar las reacciones de angustia que está viviendo. Apartir de que surge la Tanatología y el concepto de Muerte Digna, profesionales interesados en esta área han expresado modelos para atender las necesidades del paciente en fase terminal, en base a las fases del duelo, las cuales tienen como propósito que los diferentes elementos del equipo de salud cuenten con una guía acerca de los conflictos y sus manifestaciones conductuales que puede estar viviendo la persona en cada una de las fases del duelo ante la pérdida más importante, " LA VIDA " .*

Al revisar los diferentes modelos en esta ocasión se presenta el planteado por la Dra. Kübler Ross la cual ha dedicado parte de su vida profesional a la atención de personas que viven este trance, trabajo que ha realizado con una gran dedicación y sentido humanístico. Modelo que me permitió entender las necesidades del paciente en fase terminal y qué acciones llevar a cabo para ayudarle en cada momento.

Tomando en cuenta lo antes mencionado, a continuación se describen brevemente cada una de las fases de este modelo, así como las acciones del profesional de enfermería convenientes en cada una.

<sup>35</sup> MARTIN, Del Moral Mercedes , Revista " Psicología Practica " , Dolor y Muerte , Psicología del enfermo terminal , p.p. 6.

### **9.4.1 PRIMERA FASE "NEGACIÓN - AISLAMIENTO"**

Es la primera reacción que tiene el enfermo, se **NIEGA** a admitir su enfermedad, esta conducta incluso se extiende en ocasiones a la familia, a veces la persona evade esta realidad por medio de actitudes como: abandono de las actividades usuales y cotidianas que antes hacía, también tiende a encerrarse en si mismo por lo que se le llama de **AISLAMIENTO**.

*La negación sirve como mecanismo amortiguador aunque es muy poco común que sea mantenida hasta el final.*

Las acciones que el profesional de enfermería debe realizar en esta etapa consisten en Escuchar sin Contradecir, sin Negar, sin Juzgar, sin dar falsas Esperanzas, pero si formando la auténtica alianza terapéutica que proyecta amor y brinda esperanza real.

### **9.4.2 SEGUNDA FASE "IRA - RESENTIMIENTO - IRRITACIÓN"**

Al no poder el enfermo mantener la negación surge el sentimiento de **IRA**, de **RABIA**, de **ENVIDIA**, de **RESENTIMIENTO** y la persona se muestra muy exigente y su ansiedad es importante, hay un desaliento y gran inquietud. El enfermo se considera víctima injusta del destino, piensa "Mi vida se esta apagando y la de los demás continúa tan ricamente". En este periodo los enfermos son irascibles, exigentes, caprichosos, rebeldes, insolentes, reivindicados, etc.

En esta etapa el profesional de enfermería juega un papel muy importante, pero antes de tener ese acercamiento con el paciente se debe hacer un examen honesto de conciencia para saber cuál es la tolerancia que se tiene ante la **IRA**, racional e irracional del enfermo y su familia, dado a que la relación con el paciente es estrecha y las acciones que debe realizar en esta fase del duelo se concreta a escuchar y aceptar toda manifestación de ira y manejar todo tipo de frustraciones que se puedan presentar. Se debe mostrar respeto, comprensión y brindarle un poco de nuestro tiempo, lo cual nos permitirá que disminuya la **IRA** y logre sentirse un ser querido, aceptado y valioso.

### **9.4.3 TERCERA FASE "NEGOCIACIÓN - REGATEO"**

En esta parece que finalmente acepta el enfermo su problema y empieza a realizar convenios en relación con su enfermedad. El enfermo AFRONTA lo que ocurre pero a la vez PIDE un APLAZAMIENTO para solucionar algún asunto pendiente. A veces vemos una esperanza que puede llevarlo a la euforia y que usualmente no está justificada en absoluto. La negociación la podemos observar incluso en las personas que hasta entonces nunca habían hablado con Dios.

Es una etapa muy difícil ya que la persona reconoce por primera vez que es una ENFERMEDAD MORTAL que le llevará a la muerte y que es precisamente él quién la está padeciendo.

En esta fase el paciente desea que se prolongue su vida o que pase mas tiempo sin dolor para lo que utiliza la técnica de regateo como lo hizo cuando era niño, hace pactos en un intento de evadir los hechos por ejemplo: vivir hasta que mi hijo se reciba, estar para cuando regrese mi hijo de viaje y para que se cumplan hace promesas y generalmente menciona que no pedirá más si se le cumplen.

La Dra. Kübler Ross menciona que ninguno de los pacientes que ella observó cumplió su promesa, y que volvemos a ser niños en esta fase. Psicológicamente las promesas se hacen con Dios y generalmente se relacionan con un sensación de culpa.

Por lo que en este momento las acciones del profesional de enfermería deben estar encaminadas a liberar al paciente de sentimientos de culpa y temores irracionales que pueden estar llevándolo al autocastigo y afectando gravemente su autoestima que puede llevarle en ocasiones al suicidio.

### **9.4.4 CUARTA FASE "DEPRESIÓN"**

La cual podemos dividir en : REACTIVA, ANSIOSA Y ANTICIPATORIA.

La REACTIVA, es la respuesta a las pérdidas reales o simbólicas.

La ANSIOSA, cuyo síntoma más evidente es casi siempre la hipocondria.

La ANTICIPATORIA, es en la cual se tienen sentimientos de pena, con el fin de prepararse así mismo para su separación final de este mundo.

Por lo tanto es necesario comprender el significado preciso de Ansiedad, Culpa y Depresión, recordando que la Angustia es la lucha del yo por sobrevivir y la Depresión es lo opuesto, es el deseo de morir. Esto sin duda permitirá al profesional de enfermería comprender esta fase del duelo, hay que ponerse en los zapatos del paciente olvidándose de los miedos, la angustia y de la poca habilidad que se tiene para encarar a la muerte, no pedirle al enfermo que este triste sería injusto, ya que él esta en el proceso de perder todo lo que ama y a todos lo que ama. No se debe ocultar las lágrimas si sinceramente se tienen, llorar con el enfermo es acompañarlo en su sentir, las palabras no son necesarias, pero si la presencia cariñosa y la verdad lo que permitirá que llegue la paz y tranquilidad al paciente.

#### 9.4.5 QUINTA FASE "ACEPTACIÓN"

En esta el enfermo finalmente acepta que va a morir pronto y aunque nos sorprenda surge una profunda PAZ y TRANQUILIDAD, deseando morir sosegada y dignamente, sus intereses disminuyen radicalmente y aparece un deseo de estar solo, a esta fase se llega mas rápidamente cuando la persona ha tenido una vida plena y realizada.<sup>36</sup>

En esta fase la responsabilidad del profesional de enfermería será permanecer en silencio, silencio que significa la comunicación mas llena de sentido, lo que requiere es que se pueda estar tranquila ante la presencia del moribundo.

<sup>36</sup> REYES, Zubiría Alfonso, " Acercamientos Tanatológicos al enfermo Terminal y a su familia ", p.p. 77 - 83.

Pero también debemos tener presente que la familia puede ejercer un efecto negativo en este periodo, cuando se niega a reconocer que es inevitable la muerte y expresa sentimientos de gran pena que quebrante la serenidad del moribundo, en tal caso el profesional de enfermería debe intervenir, para que el duelo de los familiares llegue a la ACEPTACIÓN del fin de su familiar y le permita marcharse con tranquilidad.

Es importante tomar en cuenta que NO siempre se presentan las fases del duelo de modo secuencial descrito; se puede saltar de una fase a otra o retroceder en un momento dado a otra que ya se había pasado. Además es conveniente no generalizar y que se debe considerar los siguientes aspectos.

## **9.5 ASPECTOS ANTE LA MUERTE**

- Cada persona al enfrentarse a la muerte como algo próximo, presenta reacciones muy peculiares en función de variables psicológicas, sociales, económicas o religiosas y resulta especialmente importante considerar su personalidad y la edad que se tenga.
- Las características concernientes a la enfermedad que padece y a su evolución, lo que influye en el desarrollo de las etapas que se han descrito.
- Así como el conocimiento que el enfermo tenga de su enfermedad y esté convencido de que inevitablemente le llevará a la muerte

## **9.6 LA EUTANASIA**

### **9.6.1 LA AMBIGÜEDAD DEL TERMINO \*EUTANASIA\***

Con bastante frecuencia, los medios de comunicación presentan resultados de encuestas con las opiniones de la población sobre el tema de la eutanasia. Dan porcentajes más o menos elevados de personas favorables a la eutanasia, o a que se admita legalmente; son muy frecuentes especialmente las opiniones de los que son contrarios a que se les prolongue inútilmente su vida con medidas extraordinarias, los que expresan su rechazo a una muerte en las tristes unidades

de cuidados intensivos, en esos ambientes totalmente deshumanizados, aunque el moribundo esté rodeado de sofisticados y costosos aparatos.

Ante todo hay que decir que la palabra eutanasia es ambigua. Cuando una encuesta nos afirma que un determinado porcentaje de persona es favorable a la eutanasia, ¿que significa esa afirmación? ¿Quiere decir que se oponen a que se les apliquen medidas extraordinarias, a que se les ponga en situación de encarnizamiento terapéutico? ¿Significa que son partidarias de que se les desconecte el respirador que les ayuda a poder respirar, si están en una situación irreversible? ¿Aceptarían también que se les dejase de alimentar, cortando las sondas y tubos por los que se les nutre artificialmente? Dando un paso más adelante, ¿Aceptarían también que un médico les administrase una sobredosis de morfina -o una cápsula de cianuro- para que pusiesen fin a su vida?

En todos los casos que acabamos de describir, se habla de situaciones distintas. Esto nos lleva a la necesidad de definir mejor que entendemos por eutanasia y cuáles son los tipos o formas de eutanasia existentes.

Como se sabe, la palabra eutanasia procede del griego. El prefijo «eu» significa buena y «thanatos» significa muerte. Sin embargo, desde Franco Bacon, la palabra eutanasia pierde, al menos en parte, su sentido etimológico y comienza a significar la acción médica por la que se acelera el proceso de muerte de un enfermo terminal o se le quita la vida. Hay un aspecto característico de lo que se entiende por eutanasia: el que el enfermo se encuentre próximo a su muerte. Esta proximidad a la muerte es lo que distinguirá la eutanasia del homicidio o del suicidio. En cualquier caso, hay situaciones de difícil delimitación: cuando el escritor Arthur Koestler -que se había distinguido por su lucha en favor de la eutanasia- se quitó la vida al serle diagnosticada una leucemia, su acción ¿era una eutanasia o un suicidio? No es fácil dar una respuesta, ya que previsiblemente le podía quedar aún bastante tiempo de vida.

La realidad humana, los casos que se pueden presentar, son más complejos y más ricos que los conceptos con los que pretendemos delimitar esa realidad. No se puede zanjar este debate, pero nos basta ahora con subrayar que la práctica de la eutanasia, tal como se entiende este término, se refiere a personas aquejadas de una enfermedad física, próxima a la muerte. No hablamos, por ejemplo, de eutanasia, sino de suicidio, si se quita la vida una persona que padece una grave depresión psíquica.

## 9.6.2 EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA

Desde los siglos XVI - XVII, se comienza a distinguir entre eutanasia activa y pasiva. En el primer caso, se trata de la puesta en práctica de una acción médica positiva con la que se acelera la muerte de un enfermo o se pone término a su vida. Por el contrario, en el caso de la eutanasia negativa no se pone una acción positiva, sino que no se aplica una terapia o una acción que podría prolongar la vida del enfermo. Lo característico de la eutanasia pasiva o negativa sería la omisión, la no aplicación de una terapia disponible y que podría prolongar la vida del paciente.

La situación es, sin embargo, más complicada todavía. Ante un canceroso que sufre graves dolores, es frecuente la aplicación de ciertos calmantes, por ejemplo derivados de la morfina. Estos calmantes producen en el enfermo terminal una depresión respiratoria, un debilitamiento de sus ya escasas energías y por tanto, un previsible acortamiento de su vida. El médico puede no pretender acelerar la muerte del paciente, sino aliviarle de sus dolores. Sin embargo es previsible que también se produzca un acortamiento de su vida. Estaríamos ante una acción médica - la administración de calmantes - que conlleva dos diferentes efectos: el alivio de los dolores y el acortamiento de la vida del enfermo.

Esta abreviación es una consecuencia indirecta, no pretendida por el médico. De ahí que este caso haya sido calificado de eutanasia activa indirecta, en relación con el principio moral del doble efecto. En efecto, es activa porque el médico pone una acción positiva que puede abreviar la vida del enfermo, pero al mismo tiempo es indirecta, ya que el médico no pretende directamente tal acortamiento, sino que el enfermo deje de sufrir.

Esto nos lleva a decir también una palabra sobre otra pareja de conceptos muy importantes en toda la discusión sobre la eutanasia: el de los medios ordinarios y extraordinarios. La aplicación de esta pareja de conceptos a la discusión de la eutanasia llevaba a afirmar que la omisión de la aplicación de los medios extraordinarios en un enfermo próximo a la muerte podría calificarse como una admisible eutanasia pasiva.

Por el contrario, si lo que se omitía eran los medios ordinarios, estaríamos -según la misma moral católica- ante algo éticamente inaceptable, ya que se le negaría al paciente algo de lo que no se le puede privar.

La distinción entre medios ordinarios y extraordinarios es, a primera vista, clarificadora. Pero es una distinción que puede quedarse en un mero nombre, ya que suscita inmediatamente una segunda pregunta: ¿Que es ordinario y que es extraordinario? Hace veinte años, un respirador podría ser un medio extraordinario en España, pero no es tan claro que en nuestra actual situación sanitaria siga manteniendo ese carácter extraordinario. Por otra parte, en determinados países, un respirador es hoy sin ningún género de dudas una terapia claramente extraordinaria.

En los ambientes médicos es frecuente la utilización de esa distinción entre medios ordinarios y extraordinarios. Se suele calificar una terapia como ordinaria o extraordinaria en torno a las siguientes características:

- 1) Se trata de una terapia «abundante», es decir, disponible en un número importante de casos. Por el contrario, cuando una terapia es escasa la tenencia es a considerarla extraordinaria.
- 2) Se trata de una terapia «barata», de costos económicos reducidos; mientras que, si es costosa, se tiende a incluirla dentro de los medios extraordinarios.
- 3) Un tratamiento médico es considerado ordinario cuando ya ha sido aceptado clínicamente, después de haber pasado por una fase previa de experimentación, se suele incluir dentro del capítulo de lo extraordinario.
- 4) La distinción entre ordinario y extraordinario se utiliza también para distinguir entre tecnologías habituales o «altas» (sofisticadas, high Technologies); entre las que tienen un carácter intrusivo, agresivo y las que no lo tienen.
- 5) También se usa esta distinción para diferenciar terapias cuya aplicación es permanente y las que tienen un carácter solamente temporal, durante un plazo limitado de tiempo.
- 6) Finalmente, la distinción entre ordinario y extraordinario se relaciona con terapias cuya utilización es éticamente obligatoria o, por el contrario, son extraordinarias si son opcionales.



Todas estas distinciones están presentes, de forma explícita o implícita, cuando, tanto en ambientes médicos como entre la opinión pública, se distingue entre medios o terapias ordinarias y extraordinarias. Las cuatro características primeras que hemos mencionado se centran, primordial o exclusivamente, en los rasgos que rodean a una determinada terapia. Llevaría a la conclusión de que una determinada terapia, dentro de la situación sanitaria de un determinado país, sería ordinaria o extraordinaria de acuerdo con su abundancia, sus costes, su carácter experimental, su sofisticación. En los puntos 5) y 6) antes mencionados se hacía una referencia a la situación del enfermo, se afirmaba que es ordinario lo que se usa temporalmente, mientras que sería una terapia extraordinaria la terapia que ha de usarse de forma estable y continuada; también se calificaba como ordinario lo que debe usarse obligatoriamente, mientras que sería extraordinaria la terapia de libre disposición.

Ambos puntos parecen indicar que en la ponderación del carácter ordinario o extraordinario de una terapia hay que tener en cuenta la situación del paciente, a quien se le va a aplicar y al conjunto de circunstancias que rodean cada caso. Desde una forma de entender la relación entre la personal sanitario y el enfermo, en que se reconoce a este su autonomía, su capacidad de decisión, no debe bastar con considerar el carácter ordinario o extraordinario de una terapia, medido por las características que aquella posee. Hay que ponderar también la situación del paciente, la posición social, las posibilidades del sistema sanitario, los recursos económicos de la familia, etc...

Todo ello lleva a la conclusión de que la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios, que sigue manteniendo su vigencia y su papel clarificador, debe afrontarse desde una perspectiva más amplia. No sólo debe tener en cuenta las características en sí de la terapia utilizada, sino que además debe referirse a la situación del enfermo, a las implicaciones sociales y familiares que están presentes en tales casos..<sup>37</sup>

<sup>37</sup> GAFO, Fernández Javier, "Bioética 10 palabras claves" p.p. 90-98.

# METODOLOGÍA

## 1. POBLACIÓN :

Personal Profesional de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

1.1. Muestra de tipo convencional: Personal Profesional de Enfermería del servicio de Urgencias, Unidad Coronaria, Cardioneumología y Nefrología, obteniendo un total de 101 personas de los tres servicios (véase fig. 1), considerando un margen de error del 10% por cualquier circunstancia que se presente, se realizó de este tipo debido a tres perspectivas: la primera que son servicios que con frecuencia están en contacto con la muerte ya sea por un momento o durante el proceso del duelo, la segunda que servirá como punto de comparación para el análisis de los resultados y tercera que es una investigación piloto la cual arrojará datos de interés para ser analizados, lo que permitirá posteriormente a las autoridades realizarla en todo el hospital.

fig. 1

SERVICIO	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	TOTAL
UNIDAD CORONARIA	17	18	29	64
URGENCIAS	6	4	5	15
CARDIONEUMOLOGÍA	8	8	6	22
TOTAL	31	30	40	

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, PLANTILLA DEL PERSONAL.

## 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de Enfermería Profesional de los servicios: Urgencias y Unidad Coronaria, Cardioneumología y Nefrología de los tres turnos que tenga por lo menos 1 año de laborar en el I. N. C. I. Ch.

### 3. VARIABLES

#### 3.1. Características personales:

Edad, Sexo, Estado Civil, Escolaridad, Religión, Servicio en el que labora, Turno, Categoría, Antigüedad y Número de Trabajos.

#### 3.2. Características laborales :

Tiempo en llegar al I. N. C. I. Ch., Agrado de su trabajo, Apreciación sobre sus compañeros.

#### 3.3. Características del Paciente en Fase Terminal según opinión del encuestado:

Definición de Paciente en Fase Terminal (P.F.T.), Forma de Atención del Paciente en Fase Terminal, Reacción a la asignación de P.F.T., Capacidad de atención de un P.F.T., Preocupación hacia un P.F.T., Sentimiento ante los familiares del P.F.T.

#### 3.4. Características de la muerte según opinión del encuestado:

Concepto de Muerte, Conocimiento del proceso del Duelo, Reflexiones de Enfermería ante la Muerte,

3.5 Observaciones generales del encuestado: Reflexión al contestar el cuestionario.

### 4. INSTRUMENTO

Se utilizó como instrumento un cuestionario que está constituido por 17 preguntas abiertas, cerradas y mixtas, al cual se le realizó una prueba piloto que permitió hacer cambios en la redacción de las preguntas, dar más espacio para la respuesta y agregar otras preguntas.

### 5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN

Se realizó a través de la aplicación de cuestionarios en el Servicio de Urgencias, Unidad Coronaria, Cardioneumología y Nefrología en el mes de marzo

de 1998. se acudió en diferentes horarios hasta localizar a las personas que constituyeron la muestra, utilizando dos formas: la primera dejárselos durante su jornada de trabajo y recogerlo al finalizarla y la segunda al momento de explicarles el objetivo del cuestionario lo contestarán .

## 6. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios se concentraron en una hoja de tabulación a partir de lo cual se establecieron medidas de resumen como números absolutos y porcentajes.

Los resultados obtenidos se presenta en cuadros y gráficas, los cuales estan acompañados de su descripción, misma que se realizo apoyandose en el marco de referencia y las propias experiencias del investigador.

## VI DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

En la investigación se explorarán aspectos del Paciente en Fase Terminal, pero teniendo en cuenta que era necesario conocer aspectos generales del personal se incluyó otro apartado el cual arrojó datos en diferentes porcentajes, ambos se mencionarán a continuación.

El primer rubro fue la edad del personal encuestado que arrojó datos de que el 78.2% oscila entre los 20 y 30 años. En cambio los que están dentro de los 31 a 40 años sólo son el 21.8%. (cuadro número 1)

En lo que se refiere al sexo, el femenino ocupa el mayor número aún con un 93.4% del total de la muestra y el resto que lo conforma el 6.6% son del sexo masculino. (cuadro número 2)

El estado civil se agrupó en 3 diferentes tipos. EL primero es el de solteros, abarcando el 64.2% en comparación con los casados que sólo es el 33.6% y por último un tercer tipo existen otros como union libre que sólo son el 2.2%.(cuadro número 3)

Respecto a la escolaridad el 78.2% tiene sólo el nivel técnico, en cuanto a la licenciatura lo comprendió un 16.4% y una minoría con el 5.4% es especialista (cuadro número 4)

En cuanto a la religión que tenían, se observa que el 96.7% son católicos y solo 3.3% profesan otra religión (cuadro número 5)

El personal fue encuestado en 3 diferentes servicios los cuales fueron en un 59.8% en la Unidad Coronaria 23.9% en nefrología y un 16.3% Cardioneumología (cuadro número 6)

Así como hubo diferentes servicios también fueron en los diferentes turnos con un 30.4% el Matutino en el Turno Vespertino 29.3% y el Nocturno 40.3% abarcando todas las guardias (cuadro número 7)

Uno más de los parámetros preguntados fue la categoría que tenían, las cuales el 19.6% son especialistas y el 80.4% son Enfermeras Generales (cuadro número 8)

En los que se refiere a la antigüedad se observó que el 59.8% tiene entre 1-5 años, el 37% entre 6-15 años y solo el 3.2% tiene entre 16-25 años (cuadro número 9)

Se contempló también el número de trabajos que tenían los encuestados y el 73.9% sólo tiene 1 y el 26.1% tienen de 2 o más trabajos (cuadro número 10)

El tiempo en que tarda en llegar al Instituto el personal encuestado se distribuyó de una forma que el 68.5% tarda de 0-1 horas y el 8.7% 2 ó más. En este rubro hubo una imprecisión en la distribución de las categorías de indicadores por lo que se mencionó sólo lo mas representativo. (cuadro número 11)

En la pregunta sobre el gusto que se debe tener por el trabajo que se desempeña, los encuestados mencionaron que por que les gusta Cardiología un 32.6%, por que Aprenden un 25.1%, por que es Agradable un 20.6% y por otras causas un 21.7% (cuadro número 12)

Los encuestados mencionaron que el 98.9% de sus compañeros son agradables y solo el 1.1% menciona lo contrario (cuadro número 13)

El personal encuestado en un 33.6% opina que para ellos el paciente en fase terminal es la persona que no responde al tratamiento y espera la muerte, el 29.3%, dicen que es el paciente en etapa final de su vida y el 25.2% dicen que es el individuo que no le funciona su organismo incapaz de seguir, y el resto tiene diversos conceptos.( cuadro número 14)

En lo que se refiere a la atención al Paciente en Fase Terminal el 71.7% opina que sí saben atenderlo y el 28.3% que no (cuadro número 15), en lo que se refiere a los que si saben atenderlo dicen que ayudándolo en su duelo un 23.9%, con un cuidado integral un 20.6%, específicamente un 10.8% y en otra forma 16.4% (cuadro número 15 A).

Los encuestados opinaron que un 83.6% su reacción es de aceptación al Paciente en Fase Terminal cuando se lo asignan y solo el 16.4% dice que lo rechaza (cuadro número 16)

La asignación de un Paciente en Fase Terminal en un 38.2% desagrada en relación a un 33.6% que agrada y un 28.2% tiene otra actitud ante esta situación (cuadro número 17)

Los encuestados opinan sobre su capacidad de escucha que tienen ante el Paciente en Fase Terminal el 85.8% dicen tenerla y el 14.2% mencionan que no (cuadro número 18), los que mencionaron que sí dicen que por que es un Ser Humano un 43.5%, por que necesitan apoyo un 16.3%, por que se debe escuchar un 10.8% y por otras causas un 15.2%, y al contrario los que dicen que no, mencionan que es por que no tienen capacidad un 6.5%, no escuchan un 5.4%, y por otras causas 2.3%. (cuadros número 18 A y B).

El 85.4% de los encuestados opinan que sí tienen preocupación por el Paciente en Fase Terminal y sólo el 14.1% no la tienen (cuadro número 19), los que sí se preocupan mencionan que es un Ser Humano un 35.8%, en cuanto a lo que hacen con este tipo de pacientes dicen que darle Más atención un 21.8%, se ayuda un 16.4% y otro 11.9%, y a pesar de que fue una minoría la que no siente preocupación opinaron del por que no lo hacen por que tienen poca experiencia un 6.5 %, Harían daño un 4.3% y otros que nada opinaron son un 3.3%. (cuadro número 19 A y B ).

En lo que se refiere al concepto de la muerte opinaron el 39.2% que es una fase natural de la vida, el 26% es la ausencia de los signos vitales , que es un estado biológico al que se llegará un 20.6% y otros tienen diferente concepto el 14.2% ( cuadro número 20 )

El 65.2% de los encuestados opinan tener temor de no poder ayudar a la familia del Paciente en Fase Terminal, opinan 25% que este temor es por la reacción que puede tener la familia, el 20.6% por que tienen poca información sobre la muerte, el 14.1% no sabe como tratarlo y otras causas el 5.5%. En cambio el 34.8% dice que no tienen temor por que Enfermería no da el diagnóstico en un 17.3%, por la reacción positiva de la familia un 9.7% y en otras causas el 7.8%. (cuadros números 21 y 21 A y B ).

La opinión en lo que se refiere a que si se involucra el personal encuestado sentimentalmente con el Paciente en Fase Terminal dice que el 44.5% si lo hace y el 55.5% no lo realiza (cuadro número 22), no se involucra por que opinan que tienen una afeción personal un 21.8%, deficiente convivencia con el paciente un 17.4%, es muy natural un 8.6% y en otros 7.7%, en cambio los que opinaron que si lo hacen, mencionan que por medio de la realización de sus actividades en un 18.5%, es un ser humano 14.1%, merece respeto 8.6% y en otras formas 3.3% (cuadro número 22 A y B).

El conocimiento que tiene de las fases del duelo el personal encuestado mencionaron tenerlo sólo el 38% y el resto que es el 62% no las sabe (cuadro número 23)

El 55.4% de las personas encuestadas sienten tranquilidad al momento de que muere un Paciente en Fase Terminal, en cambio el 41.3% siente inquietud y el 3.3% tienen otro tipo de sentimientos (cuadro número 24)

Al finalizar el cuestionario se agregó una pregunta por saber qué reflexión tuvieron al contestarlo y se encontró que el 29.3 % tiene interés en conocer que reacción puede tener el paciente en fase terminal, el 26.2% la importancia que tiene la tanatología, el 23.9% hace falta mucha preparación para ayudar a morir a un paciente y por último 20.6% recordar que la vida debe vivirse plenamente y ayudar a aquel que morirá. (cuadro número 25 ).



## VII INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En primer lugar se preguntó la edad que tiene el personal encuestado y como se puede observar en este cuadro la mayoría del personal es joven, por lo que analizándolo un poco considero que esto es una ventaja debido a que la atención a pesar de no tener una amplia experiencia como el personal de más edad, tiene entusiasmo, profundizando más en sus actividades acompañadas de su fundamentación, la cual permitirá tener mas seguridad en lo que se realiza.

En el transcurso del tiempo se ha observado que el género femenino es el que ha predominando más en esta carrera pero en la actualidad el género masculino ya se está involucrando en la carrera.

En lo que se refiere al estado civil observamos que la mayoría del personal encuestado es soltero siendo esto una ventaja hacia los pacientes, debido a que su atención para el paciente podría ser más profunda y amplia sin olvidar que el estar casado o tener otro estado civil no impediría que se diera esto.

Según los datos arrojados por el cuestionario aplicado demostró que el nivel académico que predomina todavía en enfermería es el técnico, un nivel limitado para satisfacer las necesidades en este momento, debido a que cada día estamos en avance y el país necesita personal altamente capacitado por lo que es necesario que esa minoría de Lic. en Enf. se eleve para poder tener ese reconocimiento social que se busca y primordialmente elevar aún más la calidad de atención hacia los pacientes o personas a nuestro cargo.

Un tema que causa por lo general un cierto debate en cualquier conversación es la religión que se profesa, observando en el cuadro en la cual esta representada ésta, el personal encuestado tiene diferentes religiones predominando en la mayoría la católica, pero un punto importante que se debe tener en cuenta independientemente de la religión que se profese es el respeto que se debe tener para el paciente, característica primordial en la atención de cualquier tipo de enfermo en este caso refiriéndonos al de fase terminal tomando en cuenta que las personas que se encuentran al final de su vida buscan un reencuentro con ese ser en el cual creen para sentirse tranquilos, descargando todas aquellas circunstancias que le preocupan, le inquietan o simplemente le hacen sentirse en paz y esperar el momento de su muerte con serenidad.

El poder observar diferentes puntos de vista que se tiene con respecto al paciente en fase terminal, permite tener una información mas fructifera para el trabajo por ello se realizó este estudio en tres diferentes servicios del Instituto, en los cuales se encuentran más seguido personas en proceso de muerte, como se muestra en el respectivo cuadro, sólo un servicio tuvo una mayoría de personal encuestado debido a las características propias del servicio, punto que favorece la confiabilidad en los resultados encontrados en la investigación.

Tomando en cuenta que el turno tiene un papel importante se encuestó al personal en los tres turnos y cotejando los porcentajes se observó que el número de personas fue similar por lo que no se sesgara ninguna información por tener mayor número de uno que de otro y al último poder corroborar si el turno, el personal o las actividades que se realizan pudieran impedir una atención al paciente en fase terminal.

El poder observar en los datos obtenidos que no existen un gran número de personal especialista en el hospital, sería preocupante ya que a mayor nivel académico será mejor la calidad de atención, esto no quiere decir que el personal de enfermería con categoría de general, siendo su mayoría, no tengan la capacidad para atender a los pacientes en fase terminal pero sería mucho mejor que fueran en su mayoría especialistas en cardiología.

Uno de los puntos que podría favorecer en la atención al paciente en fase terminal sería la antigüedad que se tenga en el trabajo, ya que el profesional de enfermería podría detectar mas fácilmente las necesidades del paciente y dar una atención precisa, especifica y de más calidad, pero observamos que no se da así entre los encuestados pero analizando el otro extremo no hay que olvidar que debido a los años que llevan se puede llegar a tener alguna rutina en base a la atención y no ver más allá de lo que se tiene enfrente, en este caso el personal con poca antigüedad jugaría un papel importante.

El número de trabajos que tiene el personal encuestado tiene un papel importante en la atención del paciente en fase terminal, debido a que como menciono en mi marco teórico se debe tener mucha paciencia para atenderlos, ya que presentan muchas necesidades como son espirituales, emocionales y claro biológicos y el tener varios trabajos muchas veces podría determinar la atención, debido a que si se cuenta con mucha carga de trabajo al llegar al otro se podrían sentir fastidiados, aburridos y hasta enojados y no rendir al cien porciento, disminuyendo las ganas de trabajar, aún proponiéndoselos no poder dar lo mejor de ellos por el cansancio físico que tienen, en este caso afortunadamente la mayoría del personal sólo tiene un trabajo, circunstancia a favor del paciente en fase terminal.

El tiempo que invierte en trasladarse al centro de trabajo cuenta mucho debido a que puede ser fastidioso el recorrer tramos largos para llegar al Instituto cansado y esto determine el estado de ánimo del personal y las ganas con las que llegue a laborar sus actividades, en este caso la mayoría de los encuestados realizan un tiempo considerable para poder llegar frescos, de buen humor y con ganas de trabajar brindándose totalmente con el paciente en fase terminal.

El estar a gusto en su trabajo tiene un beneficio mayor para los pacientes, permitiendo con esto el desenvolverse como profesionistas dentro de su ramo laboral y estar creciendo académicamente para brindar una atención de más calidad, profundizando en las necesidades del paciente, siempre adelantarse a lo que va a necesitar para poder hacer que se sienta agusto, creo que en este caso no es preocupante que al profesional de enfermería no les guste su trabajo ya que se observó que tienen diferente visión o circunstancia la cual hace que les guste, logrando con esto poder abarcar más ampliamente la atención al paciente en fase terminal.

Como menciono en el párrafo anterior, el estar a gusto en su trabajo es primordial, en este caso uno de los puntos que apoya el sentirse agusto es el llevar una buena relación con los compañeros primeramente como ser humano es agradable ser bien recibido en donde se trabaja, debido que si se desenvuelve uno en un ambiente de insatisfacción, intranquilidad forzaría a no tener o llevar acabo una atención completa hacia el paciente, en este caso se observa que la mayoría de los encuestados opinaron que sus compañeros son agradables, punto que permite manejarse en un ambiente cordial.

Cotejando el concepto de paciente en fase terminal que manejo en el marco teórico con lo que contestaron los encuestados, se observó que tienen una idea parcial sobre lo que es ya que el enfoque que tienen aún sigue siendo biológica, circunstancia que podría hacer que no se diera una atención integral debido a que solo se basarían a los aspectos biológicos.

Se observó que la atención que refiere el profesional de enfermería hacia el paciente en fase terminal es la que se le puede dar, mencionando que se debe de ayudar en su duelo ante la pérdida de la vida, permitiendo que el paciente se sienta tranquilo y agusto con las personas que lo están atendiendo, liberándose un poco de la carga que siente por el temor que siente por la pérdida de la vida, por otro lado existieron personas que lo atienden sólo en lo biológico y se olvidan de atender las necesidades emocionales y/o espirituales.

Uno de los puntos que se deben tomar en cuenta para brindar la atención con calidad y calidez a los pacientes en fase terminal es la aceptación de el paciente en fase terminal y en este caso muestran los datos que la mayoría de los encuestados la tiene por lo que es un buen principio para no evitar, negar o rechazar al paciente en fase terminal sino al contrario brindarle más atención y preocuparse más por él.

El sentirse a gusto con el paciente con el cual se está trabajando, permite brindarle una mejor atención, tomando en cuenta lo mencionado se observa que la mayoría de las personas encuestadas les desagrada la asignación de paciente en fase terminal, motivo por el cual podría ser un obstáculo para brindar una atención con calidad, basándose en el marco de referencia este desagrado se puede dar a que el trabajar con pacientes en fase terminal, el profesional de enfermería se confronte con su propia muerte, percibiendo que a corto o largo plazo se podría estar en las mismas circunstancias, provocando angustia y hasta miedo, esto se debe a la poca preparación que se tiene sobre el proceso de la muerte.

Una de las atenciones que se le deben brindar a un paciente en fase terminal es el escuchar todo lo que quiera compartir el paciente, es de suma importancia debido a que por diversas circunstancias el paciente en fase terminal tiende a sentirse deprimido, ansioso, pero puede observar que la mayoría de los encuestados tienen presente este valor que permite tener un mayor acercamiento con el paciente en fase terminal y despojarlo de todo aquello que lo hace sentir inquieto, ya sea con él mismo o con su familia.

Dentro del desarrollo de cada carrera es importante la preocupación e interés que se tiene por lo que se haga y aún más en la área de la salud que se trata con seres humanos, los cuales piensan y sienten, enfocándonos en el paciente en fase terminal; un alto porcentaje de las personas encuestadas dijo que si le preocupa el paciente en fase terminal por lo que se involucran con él, y más aún contestaron que les preocupa por la primordial situación de que es un ser humano que necesita ayuda, pero tomando en cuenta que aún siendo una minoría, en el otro extremo, existe la posibilidad de no sentir esa preocupación en las personas que así contestaron, por lo que se tendría que profundizar sobre el por qué de su no preocupación.

Sobre el concepto de muerte los encuestados coincidieron parcialmente en el concepto desde los diferentes puntos como: lo biológico, lo clínico y lo social que corresponde al ser humano y no se desfasa de lo que es realmente.

Como todo ser humano se tiene diferente reacción a lo desconocido y aún más si se sabe que es algo de tipo negativo, en este caso parte de los encuestados mencionaron tener temor al no poder ayudar a la familia al momento de conocer el diagnóstico de su paciente en fase terminal, el cual morirá en un tiempo relativamente corto, ya que no saben qué reacción tendrá para con ellos, pienso que dicha opinión se debe a la poca información que tienen sobre la muerte y todo lo que conocierne a ésta; pero se puede observar que no todas las personas tienen la misma experiencia, en otros casos mencionan que no sienten ese temor porque la reacción es positiva de la familia o simplemente por que enfermería no da el diagnóstico, esta última reacción profundizando un poco se debe a la no aceptación de la muerte, al pensar que con está actitud no me involucre con ella.

Dentro de la atención que se debe brindar al paciente en fase terminal, se debe tomar en cuenta qué tanto nos involucramos con él, ya que muchas veces eso condiciona la atención que se le brinde debido a que, por miedo como lo externan los encuestados: "a salir afectados, tratamos de no involucrarnos, tanto sólo lo indispensable": pero creo que es una reacción natural que se tiene como ser humano ya que se presenta ante una situación desconocida, como también lo mencionan la poca convivencia que se tiene con los pacientes debido a que un día estan con un paciente y al otro día no, esto limita conversar con él, e involucrarse más, pero existen otras experiencias entre los encuestados que piensan que realizando sus actividades, se involucran con él o simplemente porque es un ser humano, aquí nos iríamos un poco más profundo debido a que se trata de esquivar los sentimientos con sólo las situaciones de hacer y no poner un poco de nuestro ser, lo que involucra sentimientos, afecto, etc. esto pienso que se debe a que nos compromete aún más para con él y no solamente a tratarlo superficialmente.

El poder ayudar a los pacientes que se encuentran en fase terminal puede estar muy relacionado con el saber como tratarlos, ya que si no se sabe se tiende a no involucrarse y me permito decir que hasta huir de la situación, debido a que no se sabe como actuar ante ellos, e aquí la importancia que tiene el saber una de las partes de como ayudarlos, que sería un inicio muy bueno y así poder detectar las necesidades que tienen en cada momento, a lo que me refiero es a las fases del duelo puesto que al detectar en cual se encuentran, la ayuda será más específica, un punto a favor de la atención ante este tipo de pacientes es que la mayoría de los encuestados si se saben cuales son la fases del duelo, solo faltaría ver su actuar en cada una de ellas, pero esto es un excelente empiezo.

El realizarse un autoexamen de conciencia ante los sentimientos hacia los pacientes, uno como personal de salud, en este caso como personal de enfermería que está en más contacto con el paciente, permite tener claro que es para nosotros el paciente en fase terminal: ¿sólo un instrumento de trabajo? o ¿un ser humano?, el cual presenta necesidades y demanda atención, interpretando lo que contestaron los encuestados, la gran parte siente tranquilidad al momento de que fallece un paciente, permitiendo no tener otro tipo de sentimientos como es la depresión o rechazo cuando se presente nuevamente o en el momento la circunstancia de la muerte.

En todo trabajo que se realiza es importante conocer si este les sirvió de algo a las personas para el cual fue dirigido, por lo que pareció importante agregar una pregunta más al cuestionario que se aplicó al personal de enfermería acerca del paciente en fase terminal, a pesar de que no era directamente para saber algo del paciente, permitió saber si habían tenido alguna reflexión sobre este y se observó que fue muy fructífera ya que los encuestados mencionaron hace mucha falta la preparación para atender a los pacientes en fase terminal, así como la importancia que tiene la Tanatología en el desarrollo de esta profesión y en las demás como una cultura general del ser humano puesto que todos podemos estar en contacto con la muerte; la satisfacción que siento en este momento es que por lo menos les quedó la duda e incertidumbre sobre el paciente en fase terminal, esperando que se interesen más en él, para ayudarlo en las necesidades psicológicas, sentimentales y espirituales que presente y no sólo en las biológicas.

Y por último, apesar de que fueron pocos los encuestados los que lo mencionaron me doy cuenta que existen personas las cuales tienden a deshumanizarse, que no sienten y piensan en los demás, y que muchas veces vivimos solo por sobrevivir que no nos preocupa por estar en armonía con las personas que nos rodean, con las que convivimos, con las que nos piden favores o simplemente una palabra de consuelo ante alguna situación que nos preocupa y enfocándonos en el paciente en aquellas personas que van a morir.

Lo primordial existe un grupo privilegiado que tiende a desarrollarse realmente como un ser humano que siente y piensa que se preocupa por los demás y que en su pensamiento y en sus actitudes toman en cuenta que la vida debe vivirse plenamente y que se debe ayudar a aquella persona que morirá.

## VIII CONCLUSIONES

Después de realizar el análisis e interpretación de los resultados y a la luz del objetivo de la investigación, se puede concluir lo siguiente:

En aspectos generales sobre los encuestados se observó:

\* La mayoría del personal de enfermería es joven, situación que beneficia al paciente, con poca antigüedad en el instituto y con un nivel de escolaridad correspondiente a enfermería general, existen pocos licenciados y especialistas.

\* El personal de enfermería refiere que le gusta su trabajo por diversas circunstancias; por que les gusta cardiología, por aprender o simplemente por que es agradable.

\* Se logró el objetivo inmediato de la investigación al conocer la opinión del profesional de enfermería con respecto a la actitud al momento de la asignación de un paciente en fase terminal en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chavez.

\* El profesional de enfermería aún expresando de diferentes formas para describirlo sí sabe qué es el paciente en fase terminal como: persona que no responde al tratamiento y espera la muerte, paciente en etapa final de su vida o aquel individuo que no le funciona su organismo incapaz de seguir, solo quiero mencionar que se enfocan mucho a lo biológico.

\* La mayoría del personal opinó que trata de atender al paciente en fase terminal, tomando en cuenta lo físico, lo emocional y lo psicológico; ayudándolo al duelo, cuidándolo integral o específicamente.

\* Siendo un tema difícil de tratar, la aceptación del enfermo es mayoritaria, situación que favorece su relación con el paciente en fase terminal.

\* Dentro de la atención que le brindan al paciente en fase terminal tienen presente la escucha, valor que permitirá entablar una mejor relación y atención al paciente en fase terminal, tomando en cuenta que es un ser humano, que necesita ayuda o apoyo en ese momento, esto realizándolo al momento de sus actividades, teniendo presente que merece mucho respeto; lo importante de todo es que la mayoría del personal encuestado no conoce las fases del duelo, punto importante en la atención al paciente en fase terminal, situación que limitaría la atención.

\* Sienten temor al no poder ayudar a la familia del paciente en fase terminal, debido a que no saben como atenderla, esto por la poca información que tienen sobre todo lo que concierne al tema de la muerte.

\* El personal encuestado siente tranquilidad al momento que fallece un paciente debido a que hicieron lo mejor que pudieron para que tuviera una muerte digna.

\* Vale la pena destacar que el personal de enfermería encuestado sabe lo que es un paciente en fase terminal aún cuando tiene una mayor orientación biológica, que lo acepta, lo escucha, sabe atenderlo y lo ayuda, sin embargo refiere temor al enfrentar a la muerte y la necesidad de seguir profundizando en el tema para tomar en cuenta más al paciente en fase terminal y no verlo como un estorbo sino al contrario ayudarlo a tener una muerte como se lo merece digna y respetuosamente.

\* Médicos y enfermeras debemos estar más abiertos al paciente. He comprobado que yo me siento mucho mejor cuando sé a qué le tengo que hacer frente y conozco los tratamientos alternativos. También sé por propia experiencia que el miedo a lo desconocido es infinitamente mayor que el miedo a la realidad.

\* Respecto al objetivo mediano no estará explícito en este trabajo ya que se consideró que se necesita tiempo para desarrollar un programa en el cual se pueda manejar en pequeños grupos para aprovechar las experiencias que se tienen sobre lo que encierra el tema de la muerte, por lo que solamente se mencionarán puntos generales que se tomarán en cuenta para su desarrollo.



## IX SUGERENCIAS

A continuación se presentan las propuestas derivadas de esta investigación:

\* Preparar al personal de enfermería para poder dar un abordaje integral y personalizado al paciente en fase terminal tomando en cuenta que con el paciente se debe tener una comunicación amplia para que disminuya la ansiedad y los sentimientos de culpa; y estar preparado para hablar de la muerte, en el momento adecuado, considerando las fases del duelo y los deseos del enfermo, conociendo sus dificultades y ofrecerle a la vez el apoyo emocional que cada momento necesite.

Para lograr lo antes mencionado propongo :

\* Realizar un programa educativo permanente aprovechando las experiencias afines al tema de la muerte, junto con las autoridades del instituto, dirigido al profesional de enfermería, personal que está más en contacto con el paciente, sobre todo lo que concierne al tema de la muerte y la atención al paciente en fase terminal, tomando como objetivo global de este programa debe de estar estructurado en base a que - No es posible transformar determinada actitud en otra cualquiera, " Lo que se puede hacer es transformar actitudes alejadas de la realidad en otras, más próximas a ella" -, el programa no estará desarrollado ampliamente en este trabajo debido a que se necesita tiempo para que este estructurado en base a dinámicas que propicien la reflexión personal, teniendo la oportunidad de externar lo pensado y sentido en sus vivencias con el Paciente en Fase Terminal, abarcando los temas que se manejan en el marco de referencia como: Conceptos de: enfermería, Paciente en Fase terminal, muerte y actitud; percepción que se tiene de la muerte; las diferentes fases del duelo; aspectos, necesidades y derechos a considerar de un Paciente en Fase Terminal. y con esto tomar en cuenta que :

**“El paciente que sale mejor del paso es aquel que tiene unos profesionales de enfermería en los que puede confiar, que responden a sus preguntas sinceramente, que comparten con él el diagnóstico confirmado de la gravedad de su enfermedad y que le escuchan. .“**

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

BARTRA, Roger, " La Jaula de la Melancolía", Ed. Grijalbo, México, 1987, p.271.

BEN REICH, et al , " Valores, actitudes y cambio de conducta", Ed. Continental, S. A., México, 1980, p.p. 175.

BROW,J. A. C. "Psicología Social en la industria" Ed. Fondo de Cultura Económica; ed 1a. México, 1958, p.377

GAFO, Fernández Javier, " Bioética 10 palabras claves ", Ed. Verbo Divino, Madrid España, 1993, p. 379.

GAFO, Fernández Javier, " La Eutanasia y El Arte de Morir ", Ed. Ortega, Madrid España, 1990, p. 145.

KAUFMANN, Harry "Psicología Social", Ed. Interamericana, ed. 1a. México 1977, p.496

KLINERBERG, Otto, " Psicología Social ", Ed. Fondo de Cultura Economica, México, 1986, p. 432.

KUBLER, Ross Elizabeth, "La muerte un Amanecer" Ed. Luciérnaga, ed. 3a. España, 1993.

MADALON, O'rame, et. al., " Paciente Terminal y Muerte; Atención Integral de Enfermería", Ed. Doyma , Barcelona España, 1987, p. 192.

MCTEER, Wilson, " El ámbito en la motivación", Ed. Manual Moderno, ed. 1a., México, 1989, p. 230.

MUNGUÍA, Zatarain Irma, et al, "Manual de Técnicas de Investigación Documental ", Ed. SEP, México, 1982, p. 233.

NEWCOMB, M. , THEODORE, “ Manual de Psicología Social”, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1988, p. 459.

NOTTER, Lucille, et al, “Principios de la Investigación en Enfermería”, Ed. Doyma, ed. la España, 1992, p.196.

REYES, Zubiría Alfonso” Acercamientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su familia”,Ed. Alzira Kuri S: A: de C: V:, ed 1a. Tomo 3, México, 1993, p.229

STATT, A. David, “ La Psicología “, Ed. Harper Latinoamericana, México, 1985, p. 487.

RODRÍGUEZ, Aroldo, “Psicología”, Ed. Trillas, ed 1a. México 1976, p. 508

THOMPSON, Joyce, “ Ética en Enfermería”, Ed. Manual Moderno, México. 1984, p.394.

VALDÉS, Santiago H. “Psicología Social”, Ed Prolam, SRL, de. 1a., Buenos Aires Argentina, 1979, p. 268.

VILLAREAL , Marcelo, “ Fundamentos de entrevista conductual “, Ed. Trillas, ed. 1a., México , 1981, p. 150.

WHALEY, Wong, “Tratado de Enfermería Pediátrica”, Ed. Interamericana, ed. 2a., México, 1988, p.p. 1061

WILSON, WILLIAMS y LAMBERT E., “ Psicología Social “, De. Uthea, México, 1979, p. 218.

WOLFF, WEITZEL, et al , “Curso de Enfermería Moderna”, Ed. Harla, ed.7a., México, 1993, p. 981.

## REVISTAS

BUSTINZA, María del. Lourdes, Revista” Asociación Mexicana de Tanatología”,El terapeuta en contacto con la familia del Enfermo Crónico, Ed.Lito Prensa, México 1992 p.55

JOY, K., Ufema, Revista " Nursing "

LEVINE, Stephen, Revista, " Uno Mismo", Dolor de Duelo, No. 6, Vol. III, México, 1993, p.119

MARTÍN, Del Moral Mercedes; Dolor y Muerte Psicología del Enfermo Terminal, Revista "Psicología Práctica", Fascículo 19, De. E.T., Madrid España, 1992, p. 139.

ANUARIO ESTADISTICO DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, México, 1995, Ed. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

### **OBRA DE TEATRO**

Compañía Difusión Cultural UNAM, "ÍCARO", Dir. Daniel Finzi Pasca, Sala Miguel Covarrubias Centro Cultural Universitario, UNAM, junio 8 1997, 18:00 hrs.

### **CURSO**

ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA, Introducción a la Tanatología, (Curso), Asociación Mexicana de Tanatología A. C., México, Agosto 5-9 1996, 16:00 a 20:00.

### **PELÍCULA**

Y SIGUE LA LUZ, ( Película ) Dir. Mike Robe, 1988, 90min., Color, con sonido.

# A N E X O S

15.- ¿CONOCE LAS FASES PSICOLÓGICAS DEL PROCESO DEL DUELO ANTE LA MUERTE?

- A) SI
- B) NO

¿CUALES SON ?

---



---



---



---

16.- ¿ CON CUAL DE LOS SIGUIENTES SENTIMIENTOS SE IDENTIFICA USTED CUANDO MUERE UN PACIENTE?

- A) TRANQUILIDAD
- B) INQUIETUD
- C) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

17.- ¿ QUE REFLEXIÓN OBTUVO AL CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO?

---



---



---



---

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

## CUESTIONARIO

**OBJETIVO.** Recabar información acerca de las diferentes reacciones que se puede tener el Profesional de Enfermería ante un paciente en fase terminal.

**INSTRUCCIONES.** Conteste las siguientes preguntas según corresponda.

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ RELIGIÓN \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_ CATEGORÍA \_\_\_\_\_

ANTIGÜEDAD \_\_\_\_\_ NO. DE TRABAJOS \_\_\_\_\_

1.-¿ CUANTO TIEMPO INVIERTE PARA LLEGAR AL INSTITUTO?

- A) 0-1 HR.
- B) 1 HR. - 2HR.
- C) 2 HRS. - O MAS

2.-¿ LE GUSTA A USTED SU TRABAJO ACTUAL?

- A) SI
- B) NO

**GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN.**

MÉXICO, D. F., ABRIL DE 1998.

C) POR QUE \_\_\_\_\_

3.-¿ LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS SON?

- A) AGRADABLES
- B) DESAGRADABLES

4.-¿ PARA USTED QUE ES UN PACIENTE EN FASE TERMINAL.?

---



---



---

5.-¿ SABE COMO ATENDER A UN PACIENTE EN FASE TERMINAL.?

- A) SI
- B) NO

¿COMO? \_\_\_\_\_

---



---



---

6.-¿ AL MOMENTO DE QUE SE LE ASIGNAN UN PACIENTE EN FASE TERMINAL QUE REACCIÓN TIENE ?

- A) ACEPTACIÓN
- B) RECHAZO
- C) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

7.-¿ LA ASIGNACIÓN DE UN PACIENTE EN FASE TERMINAL?

- A) LE AGRADA
- B) LE DESAGRADA
- C) OTRO, ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

8.-¿ SE SIENTE CAPAZ DE ESCUCHAR Y ESTAR CON EL PACIENTE EN FASE TERMINAL?

- A) SI
- B) NO

POR QUE ?

---



---



---

9.-¿ SIENTE PREOCCUPACIÓN E INTERÉS POR SU PACIENTE EN FASE TERMINAL.?

- A) SI
- B) NO

¿POR QUE ?

---



---



---

10.-¿ SIENTE TEMOR AL NO PODER AYUDAR A LA FAMILIA EN SUS REACCIONES CUANDO SE LE INFORMA EL Dx. DEL PACIENTE?

- A) SI
- B) NO

¿POR QUE ?

---



---



---

11.-¿ SE INVOLUCRA SENTIMENTALMENTE CON EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.?

- A) SI
- B) NO

12.-¿ EN CASO DE QUE SI SE INVOLUCRE, COMO LO HACE Y POR QUE?

---



---



---

13.- ¿EN CASO DE QUE NO SE INVOLUCRE, POR QUE?

---

---

---

14.- ¿QUE SIGNIFICA LA MUERTE PARA USTED ?

---

---

---

---



**CUADRO NO. 1****EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

EDAD	F o.	%
20 - 30	72	78.2
30 - 40	20	21.8
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL I N C. " IGNACIO CHAVEZ " DE LOS SERVICIOS DE UNIDAD CORONARIA, NEFROLOGÍA Y CARDIONEUMOLOGÍA.

**CUADRO NO. 2****SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE PACIENTE EN FASE  
TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SEXO	F o.	%
MASCULINO	6	6.6
FEMENINO	86	93.4
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADRO NO. 3

**ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO  
EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

EDO. CIVIL	F o.	%
SOLTERO	59	64.2
CASADO	31	33.6
OTRO	2	2.2
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADRO NO. 4

**ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO  
EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

ESCOLARIDAD	F o.	%
TÉCNICO	72	78.2
LICENCIATURA	15	16.4
ESPECIALISTA	5	5.4
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**CUADRO NO. 5****RELIGIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

RELIGIÓN	F o.	%
CATÓLICA	89	96.7
OTRA	3	3.3
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 6****SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SERVICIO	F o.	%
U. C.	55	59.8
NEFROLOGÍA	22	23.9
C. NEUMOLOGÍA	15	16.3
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 7****TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

TURNO	F o.	%
MATUTINO	28	30.4
VESPERTINO	27	29.3
NOCTURNO	37	40.3
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 8****CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO  
EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

CATEGORÍA	F o.	%
ENF. GRAL.	74	80.4
ENF. ESPEc.	18	19.6
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 9****ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO  
EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

ANTIGÜEDAD	F o.	%
1 - 5	55	59.8
6 - 15	34	37.0
16 - 25	3	3.2
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 10****NÚMERO DE TRABAJOS QUE TIENE EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA  
INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

No. DE TRAB.	F o.	%
1	68	73.9
2 - más	24	26.1
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 11**

**TIEMPO QUE INVIERTE PARA LLEGAR AL INSTITUTO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

TPO. EN LLEGAR	F o.	%
0 - 1	63	68.5
1 - 2	21	22.8
2 - más	8	8.7
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 12**

**POR QUÉ LES GUSTA SU TRABAJO EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

GUSTO POR EL TRAB.	F o.	%
GUSTO POR CARDIOLOGÍA	30	32.6
SE APRENDE	23	25.1
ES AGRADABLE	19	20.6
OTRO	20	21.7
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 13****COMO SON LOS COMPAÑEROS DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA ENCUESTADO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL  
PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SUS COMPAÑ. SON	F o.	%
AGRADABLES.	91	98.9
DESAGRADABLES	1	1.1
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 14****OPINIÓN DEL PERSONAL ENCUESTADO SOBRE EL CONCEPTO DE DE PACIENTE EN FASE TERMINAL EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

L. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

QUE ES EL P. F. T.*	Fo.	%
PERSONA QUE NO RESPONDE AL Tx. Y ESPERA LA MUERTE	31	33.6
PACIENTE EN ETAPA FINAL DE SU VIDA	27	29.3
INDIVIDUO QUE NO LE FUNCIONA SU ORGANISMO INCAPAZ DE SEGUIR	23	25.2
OTRO	11	11.9
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>71.7</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIO

\* P. F. T. = PACIENTE EN FASE TERMINAL



**CUADRO NO. 15****OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA ATENCIÓN AL PFT ENCUESTADO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

ATENCIÓN PFT	F o.	%
SI	66	71.7
NO	26	28.3
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 15 A****OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE COMO ATIENDEN AL PFT ENCUESTADO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

COMO LO ATIENDEN	Fo.	%
AYUDARLO AL DUELO	22	23.9
CUIDADO INTEGRAL	19	20.6
ESPECÍFICO	10	10.8
OTRO	15	16.4
TOTAL	66	71.7

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 16****OPINIÓN SOBRE LA REACCIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL MOMENTO DE LA ASIGNACIÓN DE PFT EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

REACCIÓN	F o.	%
ACEPTACIÓN	77	83.6
RECHAZO	15	16.4
OTRO	0	0
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 17****QUE OPINA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA ASIGNACIÓN DE PFT EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

ASIGNACIÓN	F o.	%
AGRADA	31	33.6
DESAGRADA	35	38.2
OTRO	26	28.2
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 18****QUE OPINA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO DE LA CAPACIDAD DE ESCUCHA EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

ESCUCHA AL PFT	F o.	%
SI	79	85.8
NO	13	14.2
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADROS NO. 18 A****EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA DEL POR QUE SI DE LA CAPACIDAD DE ESCUCHA EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

POR QUE SI ESCUCHA	F o.	%
ES UN SER HUMANO	40	43.5
NECESITA APOYO	15	16.3
DEBE DE ESCUCHAR	10	10.8
OTRO	14	15.2
TOTAL	79	85.8

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADRO NO. 18 B

**EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA DEL POR QUE NO DE LA CAPACIDAD DE ESCUCHA EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

POR QUE NO ESCUCHA	F o.	%
INCAPACIDAD	6	6.5
NO ESCUCHO	5	5.4
OTRO	2	2.3
TOTAL	13	14.2

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADRO NO. 19

**OPINIÓN SOBRE LA PREOCUPACIÓN E INTERÉS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

LE PREOCUPA	F o.	%
SI	79	85.9
NO	13	14.1
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADROS NO. 19 A

**OPINIÓN SOBRE EL POR QUE SI DE LA PREOCUPACIÓN E  
INTERÉS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA  
ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL  
PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

<b>POR QUE SI SE PREOC.</b>	<b>F o.</b>	<b>%</b>
ES UN SER HUMANO	33	35.8
MÁS ATENCIÓN	20	21.8
SE AYUDA	15	16.4
OTRO	11	11.9
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>85.9</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

## CUADRO NO. 19 B

**OPINIÓN SOBRE EL POR QUE NO DE LA PREOCUPACIÓN E INTERÉS QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

POR QUE NO SE PREOC.	F o.	%
POCA EXPERIENCIA	6	6.5
HARÍA DAÑO	4	4.3
NADA	3	3.3
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>14.1</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 20**

**OPINIÓN SOBRE QUE SIGNIFICA LA MUERTE PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

QUE SIGNIFICA LA MUERTE	Fo.	%
FASE NATURAL DE LA VIDA	36	39.2
AUSENCIA DE LOS SIGNOS VITALES	24	26.0
ESTADO BIOLÓGICO AL QUE SE LLEGARA	19	20.6
OTROS	13	14.2
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 21**

**QUE OPINA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL TEMOR AL NO PODER AYUDAR A LA FAMILIA DEL PFT, EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SIENTE TEMOR	F o.	%
SI	60	65.2
NO	32	34.8
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 21 A**

**EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA DEL  
POR QUE SIENTE TEMOR AL NO PODER AYUDAR A LA  
FAMILIA DEL PFT, EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE  
EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

<b>POR QUE SI SIENTE TEMOR</b>	<b>F o.</b>	<b>%</b>
<b>REACCIÓN DE LA FAMILIA</b>	<b>23</b>	<b>25</b>
<b>POCA INFORMACIÓN DE LA MUERTE</b>	<b>19</b>	<b>20.6</b>
<b>NO SE SABE COMO ATENDER</b>	<b>13</b>	<b>14.1</b>
<b>OTRO</b>	<b>5</b>	<b>5.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>65.5</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR



**CUADRO NO. 21 B**

**EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA DEL  
POR QUE NO SIENTE TEMOR AL NO PODER AYUDAR A LA  
FAMILIA DEL PFT, EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE  
EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

<b>POR QUE NO SIENTE TEMOR</b>	<b>F o.</b>	<b>%</b>
ENFERMERÍA NO DICE EL Dx.	16	17.3
REACCIÓN POSITIVA DE LA FAMILIA	9	9.7
OTRO	7	7.8
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>34.8</b>

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 22**

**EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA SI SE INVOLUCRA SENTIMENTALMENTE CON EL PFT EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SE INVOLUCRA	F o.	%
SI	41	44.5
NO	51	55.5
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 22 A**

**EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA POR QUE NO SE INVOLUCRA SENTIMENTALMENTE CON EL PFT EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

NO SE INVOLUCRA SENTIMENT.	F o.	%
AFECCIÓN PERSONAL	20	21.8
POCA CONVIVENCIA CON PTE.	16	17.4
ES MUY NATURAL	8	8.6
OTRO	7	7.7
TOTAL	51	55.5

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 22 B**

**EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO OPINA POR QUE SI SE INVOLUCRA SENTIMENTALMENTE CON EL PFT EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

SI SE INVOLUCRA SENTIMENT.	F o.	%
APOYANDO EN MIS ACTIVIDADES	17	18.5
ES UN SER HUMANO	13	14.1
MERECE RESPETO	8	8.6
OTRO	3	3.3
TOTAL	41	44.5

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 23**

**CONOCIMIENTO DE LAS FASES DEL DUELO QUE REFIERE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

FASES DEL DUELO	F o.	%
SI	35	38
NO	57	62
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

**CUADRO NO. 24**

**LA OPINIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE SENTIMIENTOS  
QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCUESTADO EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

IDENTIFICACIÓN	F o.	%
TRANQUILIDAD	51	55.4
INQUIETUD	38	41.3
OTRO	3	3.3
TOTAL	92	100

FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

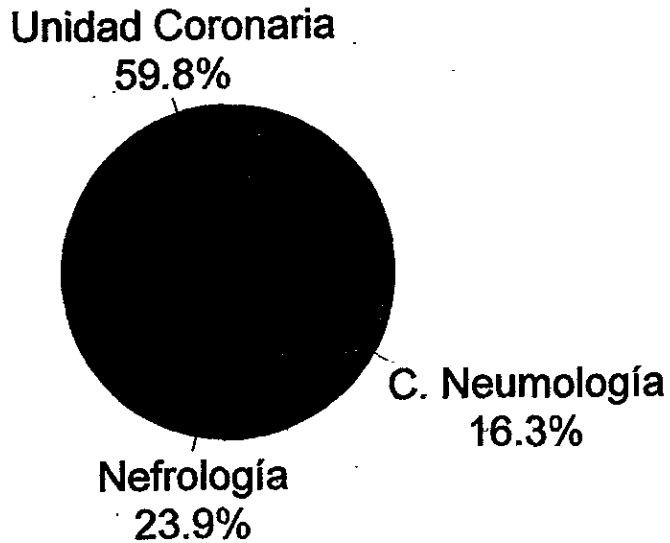
**CUADRO NO. 25****REFLEXIÓN EXPRESADA POR LOS ENCUESTADOS EN  
RELACIÓN A LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL PACIENTE EN  
FASE TERMINAL.**

I. N. C. MAYO - JUNIO 1998.

REFLEXIÓN	Fo.	%
INTERÉS SOBRE CONOCER QUE REACCIÓN PUEDE TENER EL P.F.T. Y SU FAMILIA	27	29.3
LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA TANATOLOGÍA	24	26.2
HACE FALTA MUCHA PREPARACIÓN PARA AYUDAR A MORIR A UN PACIENTE	22	23.9
RECORDAR QUE LA VIDA DEBE VIVIRSE PLENAMENTE Y AYUDAR A AQUEL QUE MORIRA	19	20.6
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

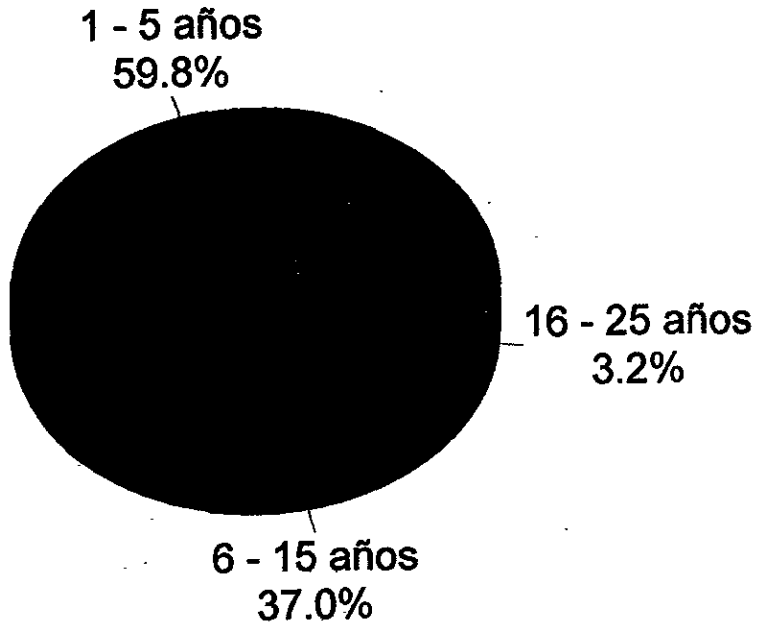
FUENTE : MISMA DEL CUADRO ANTERIOR

# SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



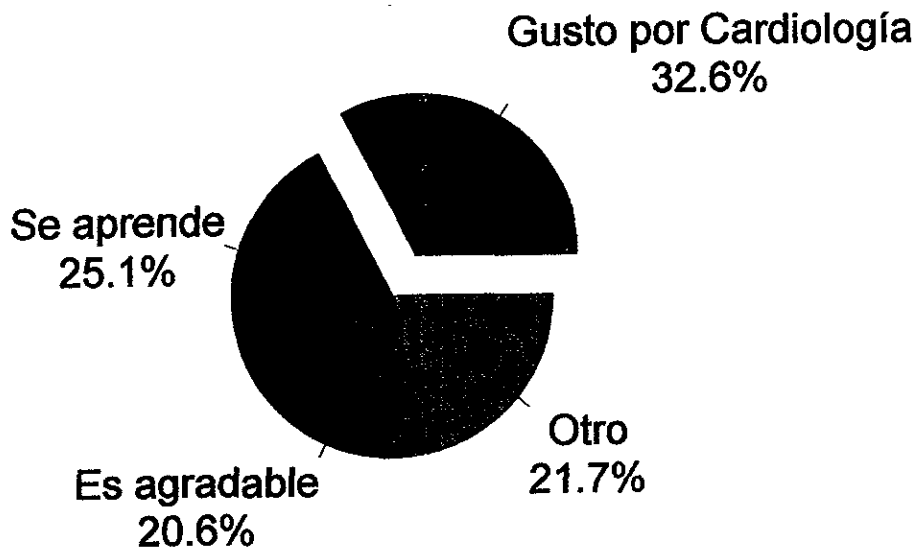
Fuente: cuadro no. 6

# ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Fuente: cuadro no. 9

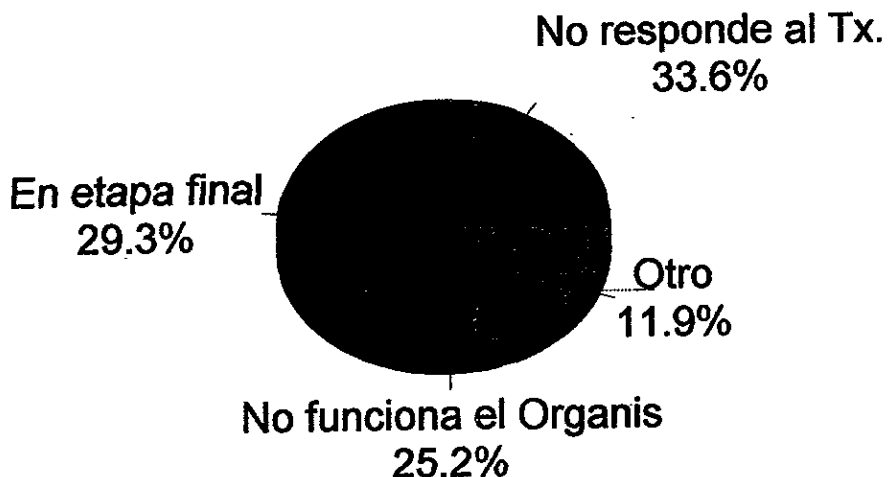
# POR QUÉ LES GUSTA SU TRABAJO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA



Fuente: cuadro no.12

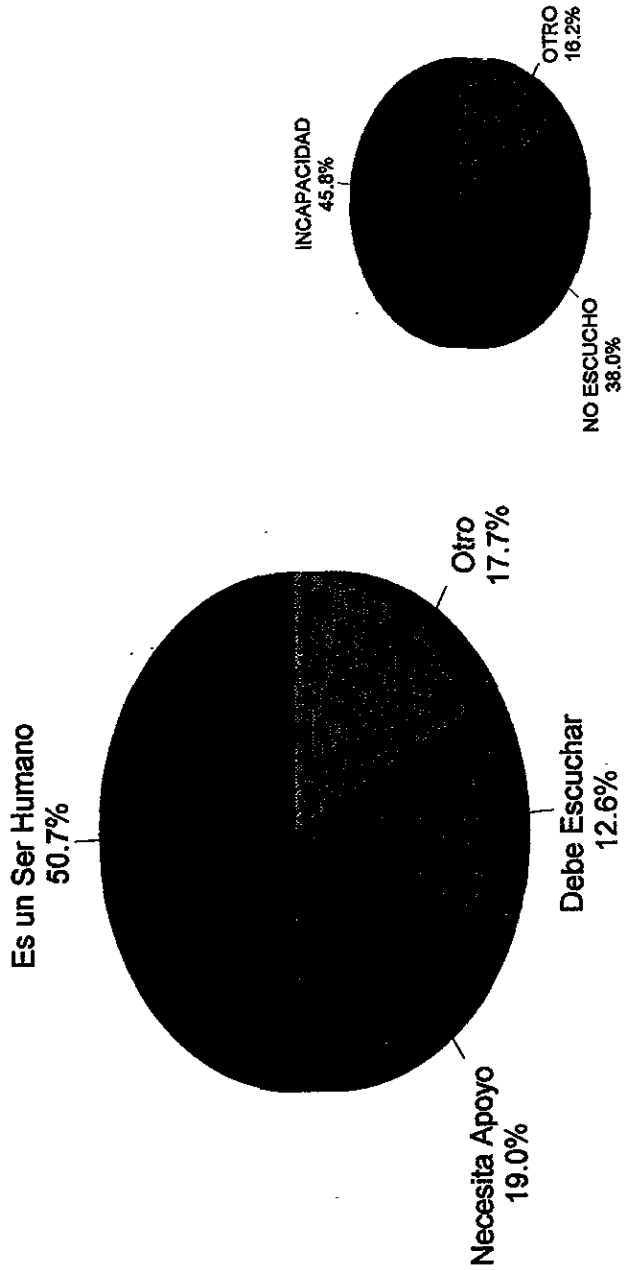


# EL PERSONAL DE ENFERMERÍA OPINA SOBRE EL CONCEPTO DE PACIENTE EN FASE TERMINAL



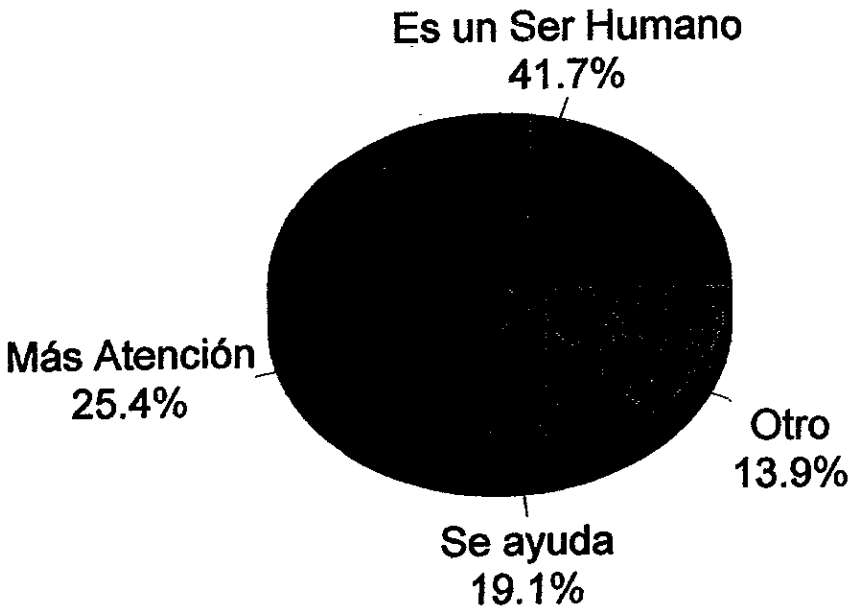
Fuente: cuadro no. 14

# LA CAPACIDAD DE ESCUCHA QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE EN FASE TERMINAL



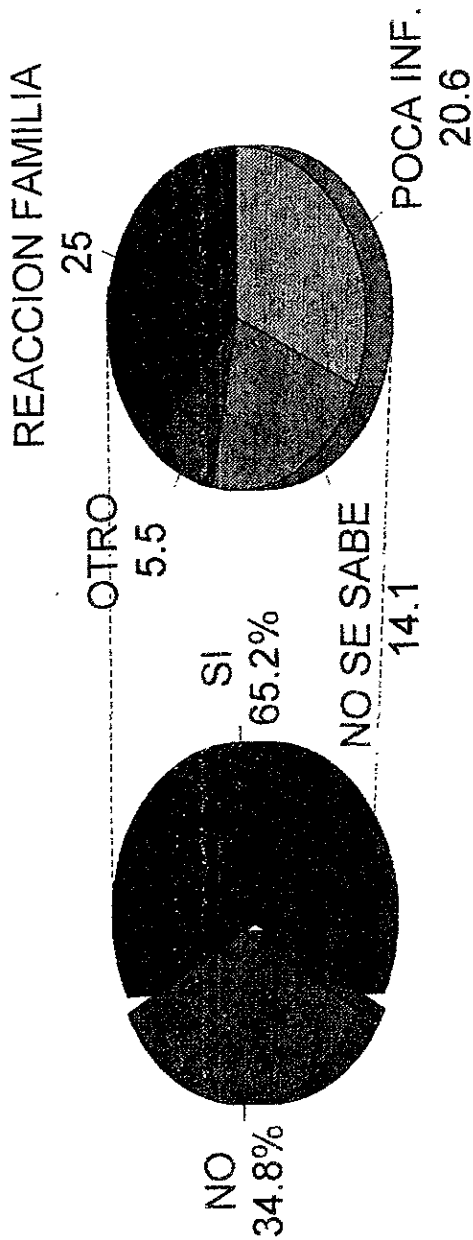
Fuente: cuadro no. 18 A

# OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL POR QUE DE LA PREOCUPACIÓN E INTERÉS PARA EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.



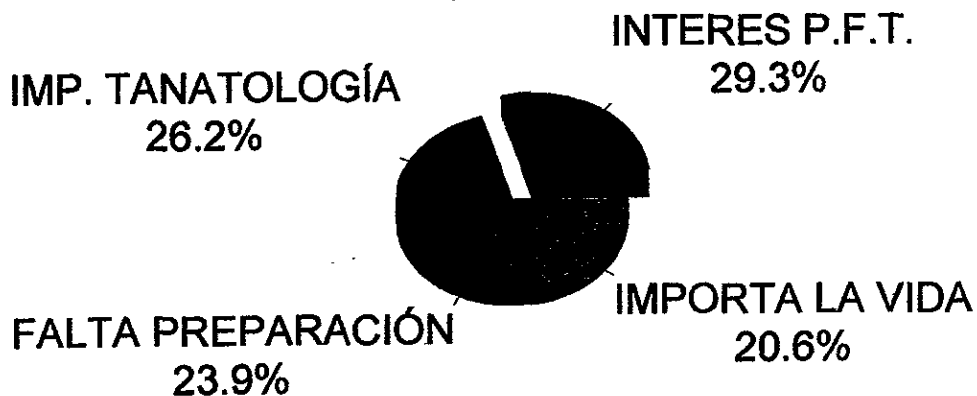
Fuente: cuadro no. 19 A

# SIENTE TEMOR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL NO AYUDAR A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL



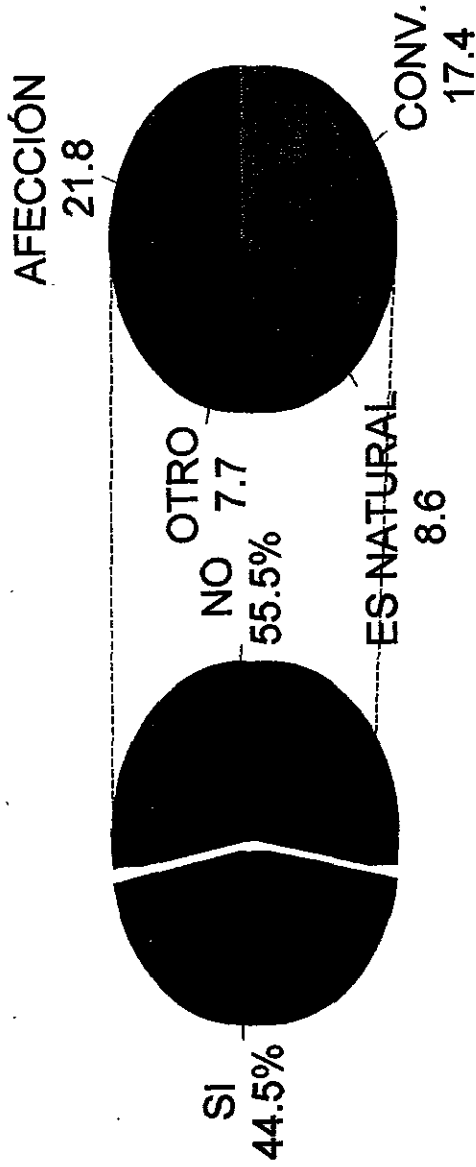
Fuente: cuadro no. 21

# REFLEXIÓN DE LOS ENCUESTADOS



Fuente : cuadro no. 25

# SE INVOLUCRA SENTIMENTALMENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.



Fuente: cuadro no. 22