



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA ÉTICO-LEGAL, EN LOS CUIDADOS AL PACIENTE EN FASE TERMINAL, DURANTE LAS PRACTICAS CLINICAS DE LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA, PERTENECIENTES A LA ENEO, ESEO, PANAMERICANA Y UAM.

T E S I S P R O F E S I O N A L
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E
L I C E N C I A D O E N E N F E R M E R I A Y O B S T E T R I C I A
P R E S E N T A N :

- ALMAZÁN CORREA VÍCTOR
- ALVAREZ SORIANO MINERVA
- CID DÍAZ ALEXANDRA
- DÍAZ VAZQUEZ NADIA OTILIA
- JIMÉNEZ GARCIA ARGELIA

ASESORA:

LIC. INÍGA PÉREZ CABRERA

Iníga Pérez



MEXICO, D.F.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México
Carretera México-Toluca
C.P. 06702

209485



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 esta 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.

DEDICATORIAS

Y

PENSAMIENTO

**A LA LICENCIADA ÍNIGA PÉREZ CABRERA, ACADÉMICA DE LA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNAM**

Nuestro más profundo agradecimiento, porque gracias a su rectitud e incondicional apoyo, hemos logrado cumplir nuestra meta. Así también, aprendimos que el triunfo se logra a base de esfuerzo y honradez.

**A LOS ACADÉMICOS DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA DE LA UNAM**

Quienes nos enseñaron los valores, retos y fuerzas para afrontar las innovaciones del futuro, y nos armaron de conocimientos y experiencias, para hacer de nosotros unos profesionales invaluable

*“El mundo, para la mayoría, está regido por esa
idea de triunfo, que más que eso, es la
desesperada búsqueda por una aceptación que
nosotros mismos no nos damos.”*

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
1. ASPECTOS DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Marco Referencial.....	4
1.2 Hechos y Explicaciones de la Solución Problemática.....	5
1.3 Descripción de la Situación Problemática.....	7
1.4 Definición del Problema.....	8
1.5 Justificación.....	9
1.6 Objetivos.....	10
1.7 Hipótesis.....	11
1.8 Variables.....	12
1.9 Metodología.....	13
1.10 Operacionalización y Definición de las variables.....	15
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Factores Éticos.	
2.1.1 Aspectos éticos.....	18
2.1.2 Objetivos de la tanatología.....	21
2.1.3 Objetivos de la ética con respecto al paciente en fase terminal.....	22
2.1.4 Códigos éticos y profesionales de enfermería.....	25
2.1.5 Diferentes concepciones sobre la vida y la muerte.....	27
2.1.6 Muerte en las diferentes culturas y religiones.....	30
2.1.7 Eutanasia.....	35
2.2 Factores Legales.	
2.2.1 Aspectos legales derecho a la Salud.....	41
2.2.2 Criterios sobre muerte clínica y muerte cerebral.....	43

2.2.3	Derechos del paciente en fase terminal.....	45
2.2.4	Artículos del Código Civil y Penal de los Estados Unidos Mexicanos referentes al tema.....	49
2.2.5	Relación enfermera-paciente como práctica profesional.....	54
2.3	Factores Educativos.	
2.3.1	Comparación de los planteles de estudio de las universidades encuestadas con respecto a las materias que intervienen en la atención del paciente en fase terminal.....	58
2.3.2	Atención específica de enfermería al paciente en fase terminal.....	63
2.3.3	Reanimación Cardiopulmonar (RCP).....	68
3.	DESARROLLO.	
3.1	Descripción y Análisis de cuadros.....	71
4.	CONCLUSIONES	81
5.	PROPUESTA	86
6.	GLOSARIO DE TÉRMINOS	88
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	90
8.	ANEXOS.	
8.1	Cuadros y Gráficas.....	92
8.2	Cuestionario	97

INTRODUCCIÓN

La presente investigación muestra aspectos importantes como factores éticos, legales y educativos que son indispensables para brindar una atención de calidad y calidez a los pacientes que se encuentran en fase terminal.

En los centros hospitalarios o en el hogar día a día se observa el incremento de esta población debido a los avances logrados por la ciencia y tecnología en el tratamiento de las enfermedades que han prolongado la vida.

En primer punto hablar de los factores éticos se refiere a la consideración del valor de la persona en el encuentro con la enfermera(o), en el presente trabajo se aboca el significado de la ética, tanatología, eutanasia y los Códigos Éticos Profesionales de Enfermería, con el fin de reforzar la universalidad de estos conocimientos aunque estos últimos no fueran cuestionados en la cédula. Por otra parte el termino ético-legal en el terreno profesional se retoma como un todo, por que desde el punto de vista deontológico la comisión u omisión de una acción lleva una penalización.

Desde la formación, las instituciones educativas de enfermería han dado un nuevo enfoque a los perfiles académicos profesionales derivado de los planes de estudio en los que se consideran los aspectos antes mencionados. De ahí deriva la necesidad de identificar si el curriculum incluye aspectos éticos-legales que influyen en el comportamiento de los estudiantes ante la presencia de pacientes en fase terminal durante sus prácticas clínicas en las distintas instituciones educativas y hacer el análisis comparativo respectivo.

En el Marco Teórico además de los factores éticos se mencionan los legales aun cuando tampoco se consideraron en la cédula de aplicación, se hablará del Derecho a la Salud, criterios sobre muerte clínica o cerebral, los Derechos del paciente en fase terminal, artículos del Código Civil y Penal que

deben conocer los licenciados en enfermería cuando estén ante la presencia de pacientes en fase terminal y de esa forma no caer en una penalización. Esto da como resultado una relación de ambiente favorable entre el personal de salud, los familiares y el paciente. No existe ningún catálogo de derechos que le garantice al paciente que se le va a tratar dentro de los límites que tiene derecho a esperar. Un hospital debe cumplir con muchas funciones, incluyendo prevención y tratamiento de las enfermedades, educación del personal médico y de los pacientes y la conducción de investigación clínica. Todas esas actividades deberán emprenderse tomando en cuenta, primero que nada, el bienestar del paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. El éxito en la consecución de este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente, por lo antes mencionado así mismo se describe.

Factores educativos se hace mención del perfil del egresa de las distintas universidades, los cuidados que se debe proporcionar a los pacientes en fase terminal, dentro de estos cuidados se hace mención sobre un procedimiento de urgencias y nos referimos a la respiración cardiopulmonar (RCP) ya que en la actualidad hay personas desconocen este procedimiento, y para nosotros es importante ya que al estar con pacientes terminales no se sabe en que momento sea necesario la aplicación de esta urgencia con el fin de preservar la vida.

Los profesionales de enfermería estamos enfrentándonos continuamente a la realidad de la agonía o muerte de otra persona; esta lucha a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos de aliviar nuestros sentimientos de tensión e incomodidad porque se han de cubrir las necesidades del paciente en fase terminal. Por lo tanto, la enfermera que trabaja con pacientes terminales, identifica las necesidades específicas de éstos, escuchando, observando y al mismo tiempo identificándose con el enfermo, encontrando que la muerte puede ser amable, y muchas veces rebozar una paz y serenidad que escapa a los vivos.

Esto lo aprende desde la etapa de formación académica, donde la institución educativa, dentro de la estructura curricular le proporciona los elementos- teóricos metodológicos que apoyan los procedimientos específicos para llevarlos a la práctica clínica.

La metodología empleada para el presente estudio es de tipo cualitativo, que permite la detección de necesidades a través de los resultados de la investigación, la comprobación de hipótesis se hizo mediante la comprobación de X2, la que de ella se derivan las propuestas.

Por lo anterior, se propone saber si la formación ético-legal de los estudiantes que cursan desde el Tercer Semestre la Licenciatura en Enfermería pertenecientes a la ENEO, ESEO, PANAMERICANA y UAM, ejerce influencia en los cuidados que brinda al paciente en fase terminal, durante sus prácticas hospitalarias.

1. ASPECTOS DE LOS PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 MARCO REFERENCIAL

Cuando los estudiantes durante sus prácticas hospitalarias tienen a su cargo la gran responsabilidad de brindar atención a un paciente en fase terminal; se están enfrentando a la muerte de un ser humano, para lo cual es indispensable que reflexionen sobre los aspectos ético-legales, en torno a la agonía, la gravedad y la muerte; condiciones que pueden generar sentimiento de inestabilidad emocional, porque para el futuro profesional es confrontar su temporalidad o sea su propia muerte.

En la formación de los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, las instituciones educativas y de salud, están obligadas a brindarles los conocimientos necesarios acerca de los estados de agonía, gravedad y muerte, así como los aspectos ético legales referentes al paciente en fase terminal, que al mismo tiempo que los asimile de acuerdo a su forma de ser y pensar, le dé las bases para no incurrir en negligencia médica, como en los casos de homicidio por la aplicación de eutanasia prohibida en nuestro país, así que por omisión al no considerar las necesidades de los pacientes para tener una muerte digna y tranquila.

Esta realidad es un motivador para el futuro profesional de enfermería, a fin de que mantenga actualizados sus conocimientos teóricos, técnicos y legales propios de su desarrollo profesional y enfrente el proceso de la muerte de otro ser humano, perjuicio de su integridad emocional al aplicar los procedimientos y proporcionar los cuidados a los pacientes en fase terminal a quienes acompaña en el tránsito hacia la muerte.

1.2 HECHOS Y EXPLICACIONES DE LA SITUACION PROBLEMATICA

HECHOS

* El estudiante de la Licenciatura en Enfermería no brinda atención con calidez al paciente en fase terminal.

* Falta de comunicación enfermera paciente, estudiante.

* La falta de experiencia profesional en la atención del paciente en fase terminal, provoca en los estudiantes de la licenciatura un fuerte estrés emocional.

* El estudiante de la Licenciatura en Enfermería se encuentra insuficientemente capacitado para atender al paciente en fase terminal.

EXPLICACIONES

* Este hecho se debe por una parte a la falta de experiencia profesional respecto a los cuidados requeridos por el paciente en fase terminal y por otra la organización del trabajo institucional que anula la toma de decisión para apoyarlos ante un ambiente de deshumanización en los centros hospitalarios donde lleven a cabo su práctica los estudiantes.

* Cuando el paciente está en fase terminal se toma como el que no escucha o no siente, por lo que el estudiante relega la búsqueda de un método para lograr comunicarse con el paciente según las condiciones y necesidades de este.

* En ocasiones, la relación estudiante-paciente llega a ser tan estrecha que toma la pérdida como propia o bien considera que pudo haberse desempeñado mejor en su trabajo, cargando así con la culpa de la muerte del paciente.

* Generalmente el estudiante muestra preocupación por aprender métodos y técnicas o por algún procedimiento tecnológico sofisticado, sin referir a los procedimientos,

hace que descuide el sentimiento humanístico de la atención. De esta forma, mientras los cuidados de la salud se vuelven tecnológicamente más complejo también se deshumanizan.

* Incapacidad del estudiante de enfermería para dar tratamiento al dolor que presenta el paciente en fase terminal.

* El estudiante de la Licenciatura en Enfermería se condiciona a seguir ordenes únicamente y, limita la toma de decisiones para dar un Tratamiento de enfermería específico por iniciativa propia durante sus prácticas, aliviar el dolor del paciente en ese momento, la ausencia de realización de está acción depende del conocimiento que tiene, de las técnicas de enfermería existentes para disminuir el dolor sin recurrir a los medios farmacológicos o cuando éstos ya son insuficientes.

1.3 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El concepto de muerte es poco aceptado por nuestra sociedad, por lo tanto existe inconsciencia de la temporalidad del ser humano y del volver a la vida que se traduce en una deshumanización en el cuidado que proporcionan los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que atienden al paciente en fase terminal, esta incongruencia de la formación académica con las experiencias de las prácticas clínicas hospitalarias, está sustentada en el desarrollo de las bases emocionales y teorías metodológicas idóneas para enfrentarse a la situación.

La fuente ideológica a la desorientación de la concepción sobre la muerte, determina que al contacto directo con el paciente en fase terminal se creen conflictos emocionales muy fuertes, que hacen que se tenga una actitud de apartamiento, incomunicación o se relegue a un segundo plano al paciente, traduciéndose todo esto en el trato deshumanizado que actualmente es parte del entorno alrededor de este tipo de pacientes. Por esto, el estudiante de enfermería al acatar órdenes médicas, durante sus prácticas hospitalarias, tales como la no-reanimación, genera conflictos internos con sus valores, creencias y bases legales, generados por los aspectos ético-legales de la educación recibida, la cual rompe el esquema de cuidados idóneos que se deben prodigarse, llegando a tal grado el conflicto que es posible que produzca una perturbación importante y/ o permanente de los valores del estudiante con relación al paciente.

Por esto, es necesario reconocer en los alumnos de la licenciatura el grado de aceptación o rechazo hacia la muerte, el conocimiento general que tiene sobre el paciente terminal, aportar sugerencias que en determinado momento ayuden a brindar un cuidado específico de calidad y la calidez que el paciente en fase terminal merece y de los futuros profesionales, en el ámbito de la salud.

1.5 JUSTIFICACION

La actitud ante la muerte, depende de la filosofía y las creencias personales de cada individuo, es por eso que la enfermera (o) debe conocer estos aspectos fundamentales, para poder brindar una atención de calidad y calidez a un paciente en fase terminal, tratando así de comprender sus miedos y preocupaciones, para ayudarlo a superar el último gran trance de su vida: la muerte.

Pero ¿qué hay del estudiante de enfermería que aún no conoce a fondo todos los aspectos que debe considerar en la atención que se le brinda a un paciente terminal? Aquí se encuentran dos grandes problemas el primero es conocer si el alumno ha logrado proyectar los conocimientos científicos necesarios que le permitan proporcionar una atención profesional sin olvidar que estos deben de ser con el sentido humanístico que conlleva la carrera de enfermería en sus principios fundamentales. El segundo aspecto es conocer la gran divergencia que existe entre los planes de estudio de las distintas universidades que ubican al paciente como un individuo que se tiene que estudiar por modelos para comprenderle mejor, lo que ocasiona fraccionamientos de la información y de los cuidados necesarios por enfermedad o edad haciendo más difícil el aprendizaje integral.

Por lo anterior la presente investigación pretende demostrar si la formación académica ético legal influye en los cuidados que brinda el estudiante durante sus prácticas hospitalarias a pacientes en fase terminal. Esto con la finalidad de proporcionar elementos a las distintas universidades encuestadas que les permita conocer el grado de conocimiento ético legal de sus alumnos con respecto a estos tipos de pacientes; y de esa forma poder evaluar los planes de estudio para que los adecuen a su situación específica de acuerdo a los datos obtenidos, con el único fin de elevar el nivel de preparación de los egresados de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

1.6 OBJETIVOS

Comparar la influencia de la formación académica ético-legal en el comportamiento que presentan los estudiantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia de las distintas universidades encuestadas, ante la presencia de pacientes en fase terminal.

1.7 HIPÓTESIS

H1. La formación académica de tipo ético-legal influye de manera determinante en los cuidados que brinda el estudiante de la Licenciatura en Enfermería al paciente en fase terminal.

H2. El estudiante de la Licenciatura en Enfermería tiene los conocimientos necesarios para proporcionar cuidados de enfermería al paciente terminal, por lo tanto la formación académica de tipo ético-legal no influye en el ejercicio de su práctica hospitalaria.

1.9 METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO	Transversal y comparativo.
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	Se realizó por medio de libros, revistas, tesis y archivos.
LA INFORMACIÓN SE OBTUVO	En fichas de trabajo para estructurar el Marco teórico.
UNIVERSO	Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que cursan a partir del Tercer Semestre, hasta el final de la misma, la carrera perteneciente a la ENEO, ESEO, PANAMERICANA y UAM.
DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN	Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que se encuentran registrados en la matrícula de la escuela.
DISEÑO DE LA MUESTRA	Convencional, de acuerdo a la matrícula de inscripción en la escuela.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Todos los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que se encuentren inscritos a partir del Tercer Semestre de la carrera pertenecientes a las escuelas mencionadas.
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	Estudiantes que no asistan el día de la aplicación de las encuestas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Estudiantes inscritos en Primero y Segundo Semestres, y pasantes en servicio social.

SELECCIÓN DE UNIDADES DE MEDICIÓN Aplicación de categorías por frecuencia absoluta y porcentajes.

DEFINICIÓN DEL PLAN DE PRESENTACIÓN DE DATOS Por cuadros y gráficas.

ORGANIZACIÓN DE LA INESTIGACIÓN.

RECURSOS HUMANOS 5 alumno de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la E.N.E.O. - U.N.A.M.

RECURSOS FINANCIEROS Aproximadamente \$20,000.00

RECURSOS MATERIALES Hojas blancas, lápices, plumas, gomas, sacapuntas, corrector de tinta, computadora, impresora, fólder, engargolado, engrapadora, grapas, libros, revistas, archivos, folletos, etc.

RECURSOS FISICOS Biblioteca de la E.N.E.O., casa de los estudiantes que realizaron la investigación, salón de clases de la E.N.E.O., Biblioteca Central U.N.A.M., áreas prestadas por las escuelas en donde se realizó la encuesta.

1.10 OPERACIONALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

FACTORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
EDUCATIVAS	Son los conocimientos de índole científico que le permitan al individuo un mayor desarrollo intelectual.	Aplicación de conocimientos en la práctica	Cuantitativa discontinua.	*Nivel de conocimientos específicos del área. 2.-Cuidados paciente en fase terminal. 3.-Eutanasia. 4.-No reanimación. 5.-Reanimación lenta. 6.-Tanatología. 7.-Paciente en fase terminal. 8.-Ayuda de enfermo en fase terminal. 9.-Tipo de enfermedad. 10.-Cursos de tanatología. 11.-Relaciones interpersonales.	Entrevista.	Cuestionario.
LEGALES	Son todas aquellas reglas, leyes y normas que dicta el poder judicial para crear un estado de derecho entre los individuos.	Jurídico.	Cuantitativa discontinua.	*Código penal civil y ley de profesiones. 3.-Aplicación de eutanasia. 5.-No reanimar. 6.-Eutanasia activa. 7.-Reanimación lenta, eutanasia y alargar la vida.	Entrevista y observación.	Cuestionario o cédula de observación.
ÉTICOS	Son las normas morales que guían el comportamiento de individuo en sociedad.	Ética.	Cualitativa nominal.	*Aceptación o rechazo (código ético). 7.-Reanimación lenta. *Creencias del paciente. *Prolongar la vida por medios artificiales. *Eutanasia activa. *Costo de beneficio. *Decisión de vida. *Ayudar a morir.	Entrevista y observación.	Cuestionario o cédula de observación.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Son todas las acciones que la enfermera realiza al paciente con el objeto de coadyunar el Tx médico y favorecer el restablecimiento de la salud del paciente o cuidados paliativos para una muerte digna.	Frecuencia.	Cualitativa nominal.	*Satisfacción o insatisfacción, ayuda portada al paciente. 1.-Frecuencia cuida paciente en fase terminal. 30.-Jerarquización	Entrevista y observación.	Cuestionario o cédula de observación.

EUTANASIA	Muerte sin dolor. Teoría según la cual se podría acortar la vida de un enfermo incurable para que no sufriese. De acuerdo con el enfoque tanatológico profunda desesperanza que nunca será buena muerte.
TANATOLOGÍA	Rama del área médica que estudia todo lo relacionado con el proceso de la muerte, incluyendo las diferentes reacciones que provoca ésta sobre las personas.
DISTANASIA	Acción que aleja a la muerte, prolongando inútilmente una vida desesperanzado, con medios desproporcionados y costosos, contrarios al derecho a morir con dignidad y a la capacidad del enfermo y de los familiares.
AUTO EUTANASIA	Es aquella en la cual el enfermo pide se le ayude a dejar de sufrir.
AUTANASIA	Es la eutanasia decidida y practicada hacia otra persona sin su solicitud.
EUTANASIA PASIVA	Es aquella en la que se prescinde paulatinamente de los medios artificiales para mantener la vida de un paciente en fase terminal.
EUTANASIA ACTIVA	Es aquella que corta tajantemente la vida de un paciente en fase terminal.
ENFERMO EN FASE TERMINAL	Es una persona que padece una enfermedad por la que posiblemente muera en un tiempo relativamente corto y que conozca su Dx.
MÉTODOS ARTIFICIALES DE PROLONGACIÓN DE LA VIDA	Es cualquier procedimiento que se realice por medio de aparatos tecnológicos que mantiene con vida artificial al paciente en fase terminal.
HOMICIDIO	Privar de la vida a otro, para esto es necesaria la existencia de dos personas, el occiso y la persona que por cualquier motivo le haya ocasionado la muerte.
ÉTICA	Ética es parte la filosofía proviene del griego Ethos que significa reflexión sobre la costumbre o usos sociales, pasa al latín como moral. Es una ciencia práctica y normativa que estudia racionalmente la bondad y maldad de los actos humanos siendo racional, científica, práctica.

MORAL	La palabra moral viene del latín mos, moris, que significa costumbre. De acuerdo con Gutiérrez Sáenz Raúl.- La moralidad describe el compromiso personal de cada individuo con los valores y en estos valores con frecuencia influyen las normas y expectativas.
REANIMACION CARDIOPULMONAR	(RCP) Procedimiento de urgencia, que consiste en proporcionar respiración y realizar compresiones torácicas manuales en un afán de restablecer a un paciente que ha entrado en paro cardiorrespiratorio.
ORDEN DE NO REANIMAR	Es la prescripción que está firmada por el médico del paciente que ordena no iniciar una RCP en el paciente (por lo general enfermo terminal y a punto de morir), en caso de que éste entre en paro cardíaco o respiratorio.
TRATAMIENTO QUE MANTIENE LA VIDA DECISIONES ANTICIPADAS	Cualquier procedimiento médico o actividad que sólo sirve para posponer el momento de la muerte de un paciente en estado terminal. Término utilizado para referirse a documentos que indiquen los deseos de un paciente relativos a decisiones sobre atención médica.
ORDEN DE REANIMACION LENTA	Cuando usted u otros miembros del equipo responden con lentitud a una situación de reanimación, o no emplean todos los medios disponibles para el mantenimiento de la vida, el resultado es una reanimación lenta e ilegal. En realidad, cualquier orden de no reanimar, acción que no está escrita, firmada y establecida, pero que se dé por sobre entendida se considera una orden legal de reanimación lenta. Si usted ejecuta una de estas órdenes y el paciente muere porque no intentó reanimarlo, es responsable de muerte ilegal (homicidio).

2. MARCO TEÓRICO

2.1 FACTORES ETICOS.

2.1.1 ASPECTOS ÉTICOS.

La decisión más antigua que puede tomar una familia es dar el consentimiento para que no se reanime a su ser querido que esta enfermo en fase terminal. Por un lado, desean que deje de sufrir, pero por otro, la idea de retirarle las medidas que le mantienen con vida puede hacer pensar en imágenes desagradables de un cónyuge o padre acostado en cama, sin recibir atención y con dolor constante.

Intentar explicar una orden de no reanimar y responder a las preguntas de los familiares de la mejor manera posible quizá no sea suficiente. Debido a su estado emocional, es posible que los familiares no logren entender por completo lo que supone una orden de no reanimar. Existe siempre, además, el obstáculo del lenguaje hospitalario. ¿Cómo puede usted estar segura de que los términos que utiliza no confunden aún más a los familiares?

Somos conscientes de que el hecho de decidir si aprobar o rechazar un tratamiento para mantener la vida de un ser querido no resulta fácil. Tal vez podamos responder a algunas de las preguntas que pueden plantearse en esta situación tan difícil.

Primero definamos algunos términos de uso corriente para que puedan comprender mejor la situación. Reanimación cardiopulmonar (RCP): Procedimiento de urgencias que consiste en proporcionar respiración artificial y realizar compresiones torácicas manuales en un intento de reanimar a un

paciente que ha entrado en paro cardíaco (su corazón ha dejado de latir) o paro respiratorio (ha dejado de respirar).

Equipo de reanimación: Equipo especial de médicos, enfermeras y técnicos que inician una RCP cuando un paciente entra en paro cardíaco o respiratorio.

Orden de no reanimar: Prescripción escrita y firmada por el médico del paciente, que ordena al personal no iniciar una RCP en dicho paciente (por lo general un enfermo terminal y a punto de morir), en caso de que entre en paro cardíaco o respiratorio.

Tratamiento que mantiene la vida: Es cualquier procedimiento médico o actividad que sólo sirva para posponer el momento de la muerte de un paciente terminal.

Enfermedad irreversible y terminal: Descripción de una patología que no tiene curación y la que deja poco tiempo de vida al paciente que la padece.

Decisiones anticipadas: Término utilizado para referirse a documentos que indiquen los deseos de un paciente relativos a decisiones sobre atención médica. Dos ejemplos de decisiones anticipadas son el testamento en vida y los poderes duraderos otorgados a un abogado. Instamos a todos los miembros de la familia a que participen en la decisión de sí aprobar o rechazar el tratamiento que mantiene la vida del paciente. A la hora de tomar esta decisión, no olviden que una orden de no reanimar no es irrevocable. Puede suprimirse. En caso de que hubiera una brusca e inesperada mejoría del estado del paciente, por ejemplo, la orden se suprimiría y se establecería la reanimación en caso de paro cardíaco o respiratorio.

También, deben ser conscientes de que en caso de que decidan que se interrumpa el tratamiento que mantiene la vida de su ser querido y de que el médico autorice una orden de no reanimar, esto no significa que se le retiraran todos los cuidados médicos y de enfermería. Seguir proporcionando

cuidados de apoyo, manteniendo al paciente lo más cómodo posible. Administrando medicación analgésica y se controlará estrechamente su estado de modo que ningún cambio pase inadvertido.

En algunos hospitales puede ser que los pacientes que estén en estado de coma irreversible se encuentren bajo órdenes de no reanimar (sin código, código azul y otros términos) con o sin consentimiento o reconocimiento de la familia. ¿Si la enfermera obedece, puede ser acusada legalmente? ¿Tendrá problemas si decide no obedecer? Estas preguntas todavía no tienen respuesta, en gran parte por que puede ser que la familia quiera dejar que muera el paciente, pero no lo dice y ha habido muchas ordenes que se han llevado a cabo sin que medie ninguna discusión después de que se haya decidido hacerlo. Las enfermeras que no están de acuerdo, por razones religiosas o morales, no pueden participar por obligación (para algunas personas, reanimar es igualmente erróneo). Sin embargo, si no existe en el hospital un protocolo específico, el no reanimar podría tomarse como negligencia profesional. Es posible que leyes no escritas se constituyan en un problema especial para las enfermeras y éstas deben cuestionarlas. Pero si las ordenes se dan por escrito, deben coincidir con el contexto del médico que juzgue que la reanimación es inútil.¹ Aún así, en algunos otros, este tipo de políticas todavía se razonan acaloradamente con el único propósito de salvaguardar a todos los pacientes y personal paramédico que las aplica. Por esto se hace necesario apoyar los criterios en la ciencia y la tanatología definiendo a esta última cómo: ciencia que estudia la muerte y agonía y los fenómenos asociados a ellas. A pesar de que todas las sociedades han especulado sobre la muerte, su estudio sistemático es reciente. Hasta hace poco en la cultura occidental existía un tabú contra el estudio de algo tan temido y personal como la muerte. Mucha gente todavía piensa que el estudio de la muerte es un tema delicado, pero los tanatólogos consideran que su trabajo puede beneficiar a todos, ya que la comprensión del proceso de la muerte puede hacer que esta experiencia sea menos temida.

En los últimos años ha crecido de forma espectacular la demanda de asesoramiento individual y de

¹ THOMSON Beebe Joyce. Ética en Enfermería. 3ª reimpression, El Manual Moderno, México 1995 pág. 299

grupos por parte de profesionales(tanatólogos). Lo más importante para aliviar el sufrimiento de los enfermos terminales y de sus familiares es hacer que se sientan queridos y comprendidos. Se ha demostrado que las personas que están pasando por la misma experiencia de su muerte o de la pérdida de un ser amado —al compartir el mismo problema— son a menudo las que mejor pueden ayudarse entre sí. Como resultado de esta experiencia se han creado centros de enfermos terminales, donde se ayuda al paciente a conseguir un mayor autocontrol a través de una mejor comprensión de los aspectos médicos y emocionales de la muerte, siendo sus principales objetivos los siguientes.

2.1.2 OBJETIVOS DE LA TANATOLOGÍA.

1. Ayudar al enfermo en fase terminal a que siga siendo productivo todo el tiempo que pueda y a que tenga verdadera calidad de vida.
2. Ayudar a los familiares del enfermo terminal, a sus amigos cercanos a que conserven tanto su calidad de vida personal, como la calidad de las relaciones interfamiliares. Y que se preparen para la muerte del ser querido: que le permitan morir en paz.
3. Ayudar a los que ya sufren el dolor de la muerte del ser querido, a que lleven a cabo su trabajo de duelo en el menor tiempo y con el menor dolor posible.
4. Ayudar a los que forman parte del equipo de salud a aliviar las frustraciones, angustias, rabias, culpas, depresiones y otras depresiones dolorosas que surgen ante la muerte del paciente . . . o la idea de la muerte.
5. Ayudar a los que tienen ideación o conducta suicidas a que encuentren una esperanza real de vida.²

² REYES Zubirán Alfonso. Curso Básico sobre Tanatología. Libro I, México 1999 p.p. 35-36

Observando lo anterior se hace necesario definir lo que es la ética.- Ética es parte la filosofía proviene del griego Ethos que significa reflexión sobre la costumbre o usos sociales, pasa al latín como moral. Es una ciencia práctica y normativa que estudia racionalmente la bondad y maldad de los actos humanos siendo racional, científica, práctica y normativa.

2.1.3 OBJETIVOS DE LA ÉTICA CON RESPECTO AL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

El atender a diario a los moribundos es abrumador y agotador, y todo esto requiere por parte de las enfermeras un esfuerzo diario, lo cual lleva a generar un nivel máximo de tensión³, la cual en la mayoría de los casos no es bien canalizada de acuerdo a los principios éticos. Por esto la enseñanza de la ética de la enfermería ha sufrido en los últimos años transformaciones para adaptarse a los cambios culturales y sociales, y así darle respuesta a los nuevos problemas éticos fruto de los avances tecnológicos.⁴

En nuestros días la muerte parece que no existiera es un tema tabú. El aumento de la esperanza de vida y el crecimiento económico hace que se eleve la duración media de la vida, y ante esto se deshumaniza a la muerte convirtiéndola en un proceso terapéutico y no en un proceso más de la vida humana.⁵ Así a la ética como ciencia no sólo le compete la moralidad y la felicidad de la vida humana sino también el armonizar y dignificar la vida y la muerte.

LA DIGNIDAD PERSONAL COMO FUNDAMENTO DE LA ÉTICA

En el término anglosajón "dignity" es definido como la cualidad de ser valeroso u honorable, valor y excelencia (de Oxford English Dictionary), con ese mismo diccionario se afirma que es la esencia de

³ GOMEZ Sánchez R. Actitudes y Conocimientos de los Estudiantes de Enfermería frente al Enfermo Terminal e Influencia en su Futuro Profesional. Ed. Colegio Madrid, España 1993 p.p 46-96

⁴ GASULL María. Modelos de Enseñanza de la Ética en la Formación de Enfermería. Ed. Universidad Autónoma de Barcelona, España 1994 p.p 69-70

⁵ GUTIERREZ Gambin D. Ética del Cuidado de Enfermería ante el Enfermo Terminal. Ed. Roca, México 1990 pág. 96

la dignidad real al autosostenerse asimismo. Esto nos muestra que en casi todos los países, el derecho de la dignidad humana (personal) es algo que está patente y que se traduce cómo el derecho que todo hombre tiene a que se le reconozca como un ser, que es un fin en sí mismo y no como un simple medio al servicio de otro. El derecho a la dignidad personal es un derecho natural e innato en la igualdad específica de todos los humanos.

El diccionario de la Real Academia Española, define a la dignidad como la calidad de digno, gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse. La voz dignidad hace referencia al como conducirse del hombre, al modo en que éste se comporta, en otras palabras, una persona vive dignamente, si se comporta adecuadamente con las exigencias de su ser natural.

Así el vivir con dignidad, morir con dignidad, esto significa más que saber cuál es el sentido de nuestro vivir o morir, el sentido de la vida es algo que todo mundo nos ha planteado alguna vez y este sentido manifiesta la dignidad de la vida humana, y a la vez esta dignidad se acrecenta y optimiza a medida que el hombre alcanza a saber que hace en este mundo, que sentido tiene su vida.

El sentido de la vida guarda inexorablemente una íntima relación con el fin último del hombre y por ello con el principio de cada vida humana. El fin último de cada vida personal es donde converge en última instancia todo el sentido de la vida humana.

La vida humana es uno de los mayores bienes posibles, que nos ha sido dado para alcanzar a su vez, el bien absoluto de la vida natural. La dignidad de la persona humana ha sido puesta como fundamento de cualquier relación y entendimiento en bioética. Junto con la dignidad de la persona humana, la bioética se funda también con la dignidad del cuerpo humano, esto armoniza a la persona mientras que lo espiritual es lo que le da forma, por lo que el cuerpo humano no sólo se reduce a un conjunto de órganos biológicos, sino que es una parte constitutivo esencial de la persona, algo que no sucede con el cuerpo de los animales.

La ética continúa siendo una disciplina irrenunciable, aunque solo sea para corregir el comportamiento antiético de algunas personas. Las relaciones que existen entre la ética y la ciencia de la salud, a pesar de su complejidad, son mucho más cercanas; no hay ningún acto de enfermería que de una u otra forma no acabe por inscribirse en el parámetro de la ética; desde esta visión los actos de enfermería son calificados de éticos, hay que considerar que la ética es la ciencia subordinante respecto de la enfermería, así como la enfermería es la ciencia subordinada respecto de la ética, la ética no se debe confundir con la ciencia de la salud.⁶

Por todo lo antes mencionado, la moral siempre aparece, es artificial refugiarse en la neutralidad ética de la propia ciencia, de tenerse en unos límites que el hombre puede rebasar; por tanto, la subordinación permite la autonomía que la requiere porque la ciencia subordinante coloca alternativas. La ética por consecuencia no nace del conocimiento mayor o menor que se tiene de un hecho de enfermera, sino precisamente de esa gama que tiene que ver con la libertad humana. Si el comportamiento de enfermería incide en la ética es porque afecta, atañe al ser humano y precisamente por ello, la ética tiene siempre la última palabra.

El mundo se ha hecho muy insensible a los valores tradicionales de la moral. La moral bioética trata de presentar la reacción a favor de la recuperación no sólo del hecho de morir, sino de la salud y de la vida humana en general, de la investigación en torno a la vida del hombre, desde su concepción hasta su muerte, y de su aplicación. No se trata de una ciencia fría, calculadora, abstracta, definida y precisa en sus métodos y contenidos, se trata más bien, de un movimiento, un trabajo interdisciplinario, un proceso creciente de búsqueda de valores morales, y como tal hay que darle sentido para que tome su forma, método y reglamentación. No se trata de una normatividad, ya hecha, venida de fuera con carácter coactivo y legal sobre el mundo médico o sobre el personal hospitalario, como si pretendiera sancionar a un culpable y llamarlo al orden o privarlo de su vida o libertad.

⁶ POLAINE Lorente A. Los Fundamentos de la Bioética. Barcelona, España 1992 pág. 35

En este sentido, es muy importante la comunicación con el paciente y con los familiares, y aquí el profesional de salud y los familiares se sienten afectados por la muerte de una forma distinta, ya que depende de las relaciones con la persona moribunda, experiencias previas a la muerte, base cultural y religiosa por lo que se debe estimular a los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo en fase terminal. Esto les ayudara a reducir sus sentimientos de culpabilidad, reproche e impotencia. El platicar con los familiares a fin de prepararlos para cualquier procedimiento o equipo que pueda ver con la habitación del paciente surte el mismo efecto.

Hay que hacer un esfuerzo para mantener el contacto con la familia después de la muerte de un ser querido. No se debe permitir que los propios sentimientos de duelo (en enfermeras) obstaculicen su papel de ayuda a la familia, se debe de dar conciencia del valor (para enfermeras y para la familia) de la continuidad de los cuidados de enfermería al paciente. La función más importante de las enfermeras en estos casos es proporcionar apoyo emocional al paciente y a su familia y reconocer las etapas de duelo que son: negación, cólera, pacto, depresión y aceptación.⁷

2.1.4 CÓDIGOS ÉTICOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

PROYECTO DE CÓDIGO DE ÉTICA PROFESIONAL DE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Responsabilidades hacia las personas

1. La enfermera (o) proporciona sus servicios con absoluto respeto a la dignidad humana y a la individualidad, independientemente de su condición social, económica, étnica, ideas políticas, religiosas, sexo, edad o naturaleza de su padecimiento.
2. La enfermera (o) respeta la vida y los derechos humanos, por tanto, las decisiones de las personas en cuanto a aceptar o rechazar los tratamientos propuestos

⁷ POLO L. ¿Quién es el Hombre? Algunas Cuestiones en torno a la Fundamentación de la Bioética. Ed. Rialp Madrid, España p.p. 100-120

3. La enfermera (o) tiene la responsabilidad además de proporcionar cuidados, propiciar un ambiente en el que los valores, las costumbres y las creencias espirituales de las personas se respeten.
4. La enfermera (o) tiene la obligación de mantener en reserva los datos que por motivo de su profesión conoce, salvo los informes que obligatoriamente establezcan las leyes respectivas.
5. La enfermera (o) reconoce que para prestar sus servicios, es necesario tener una formación técnica-científica humanística, así como la capacidad suficiente que le permita desempeñarse con profesionalismo siempre en beneficio de los individuos y grupos.

Responsabilidades hacia la práctica

1. La enfermera (o) tiene la obligación de rechazar cualquier tarea que no cumpla con los postulados de este código.
2. La enfermera (o) realiza juicios profesionales y acepta la obligación de sostener un criterio veraz, libre e imparcial.
3. La enfermera (o) actuará para proteger a las personas cuando la atención sanitaria y su seguridad se vean afectadas por: la incompetencia, la inmoralidad y la práctica antiética o ilegal de otros profesionales de la salud.
4. La enfermera (o) tiene la responsabilidad profesional de mejorar la calidad de su práctica y de mantener su competencia mediante un continuo aprendizaje.
5. La enfermera (o) adquiere la obligación de desarrollar su capacidad profesional y mantener en todo momento una conducta ética que de crédito y eleve a su profesión.

Responsabilidades hacia la profesión

1. La enfermera (o) contrae la responsabilidad con otros profesionales de la salud y con los ciudadanos de la comunidad de iniciar y apoyar las acciones que satisfagan las necesidades sociales y sanitarias de las personas.
2. La enfermera (o) adquiere el compromiso de dignificar su imagen a través de su trabajo profesional con calidad humana.

3. La enfermera (o) participa en actividades que contribuyan al continuo desarrollo científico-tecnológico para mantenerse actualizada.
4. La enfermera (o) a través de organizaciones profesionales, participa en el establecimiento y mantenimiento de condiciones económicas, sociales y laborales igualitarias para los integrantes de su gremio.
5. La enfermera (o) tiene el compromiso de velar por la dignificación de la imagen de la enfermería ante la sociedad.
6. La enfermera (o) afiliada a organizaciones profesionales, reconoce su responsabilidad en la clarificación, seguridad y mantenimiento de la conducta ética de la enfermera (o), es decir, que las organizaciones se ocupen de los derechos, de las necesidades y de los intereses legítimos tanto de los clientes como de las mismas enfermeras.
7. La enfermera (o) profesional tienen como objetivo, mantener las más altas normas de conducta y contribuir al desarrollo y difusión de los conocimientos propios de su profesión.

Responsabilidades hacia los profesionales

1. La enfermera (o) mantiene sus relaciones de cooperación y respeto, tanto con los profesionales de su gremio como con los otros campos y con las instituciones que las agrupan, cuidando que no se menosprecie la dignidad de la profesión, sino que se enaltezca actuando con espíritu de grupo.
2. La atención que presta la enfermera (o) a las personas, debe representar un esfuerzo de cooperación, delimitando sus funciones con el resto de los profesionales de la salud.⁸

2.1.5 DIFERENTES CONCEPCIONES SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE.

* La llegada de la muerte es parte de nuestra concepción de la vida. Darse cuenta del propio concepto individual de la muerte, se hace o se forma en una etapa temprana, el tener un concepto de la muerte rige nuestras ideas, pensamientos y creencias, asegura la mortandad sin oponerse a tal.

⁸ Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería A.C. México 1999

La filosofía acerca de la vida es diferente en cada región, pero la concepción de la muerte en la mayoría de éstas se rige por la continuidad de la vida después de la muerte, cómo una creencia, además de la actitud que toma frente a la propia muerte, varía desde una gran sumisión a un continuo esfuerzo por tratar de controlar los sentimientos al respecto*.

El hombre tiene gran capacidad para el sufrimiento, pero hay sufrimientos que son más difíciles de superar o más fáciles de sufrir. Se es menos doloroso enfrentarse a la muerte cuando no nos revelamos a nuestro destino, en seguir caminando hacia delante aunque la enfermedad sea una pesada carga. Es difícil comprender a un enfermo si personalmente no se ha sufrido, y sin no se busca un sentido real a la vida, sólo preparado ante esto podemos dar apoyo y entender a un enfermo terminal.

¿ Qué es la muerte? "La muerte es dolor, sufrimiento puro, no es solamente una reacción natural por la muerte de otro. Es el sentir repentinamente, la pérdida del sentido de la vida, la experiencia de un daño irreversible, la soledad sin esperanza que deja el rompimiento de una relación personal". La muerte es un daño irreparable e irreversible."

La muerte es como el nacimiento: "solamente hay una oportunidad para manejarla bien, y no hay nada que pueda hacerse para rectificar los errores después de que ocurre".⁹

Walters y Col comentan que existe un fenómeno llamado ausencia de la muerte, ya que toda la vida de una persona evade hablar o mencionar la muerte, en ningún momento dentro del vínculo familiar se enseña a los hijos a enfrentarse a la muerte, por tal motivo es más difícil enfrentar a un paciente en fase terminal a ella.

⁹ REYES Zubiran Alfonso. Acontecimientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia. México 1996 p.p. 24

Gol dice que la muerte forma parte de la vida de cada ser humano y constituye un momento personal y único morir y vivir forma parte de lo mismo, morir es uno de los parámetros de vivir.

La cultura ayuda a morir, no sólo a vivir, O'Gorman, dice: hacen falta conceptos culturales, sobre todo en la juventud, tales como juventud y formación ética. Carlos Pellicer "pienso mucho en la muerte, pero gracias a mis creencias religiosas no siento angustia". Él dice, creer que los elementos influyen en los sentimientos humanos, el desenfreno del mundo nos ha llevado a un estado de destrucción de elementos vitales para el humano, también ese desenfreno de inteligencia y de ingenio ha llevado a inventar tantas cosas que en lugar de resultar constructivas, resultan negativas, al mundo le hace falta alegrías, la iglesia tiene una gran misión que es la de recordarnos la esencia del verdadero cristianismo.

Pienso mucho en la muerte, pero gracias a mis creencias religiosas no tengo angustias, me gustaría haber heredado en alguna medida de parte de los de mis antecesores precolombinos, el culto a la muerte. Los antiguos mexicanos no tuvieron el culto a los muertos, sino a la muerte que son cosas muy diferentes, en el calendario Azteca hubo un día consagrado a la muerte.

Maslow expresó tras un infarto "si no estás reconciliado con la muerte o incluso si esta bastante seguro de que tendrá una muerte digna, entonces cada momento de cada día, se transforma porque la corriente subterránea penetrante (el miedo a la muerte) queda inminente.

Ciceron hace más de 2 mil años comentó que la vejez misma, es una enfermedad que hay que aceptar como tal y no tratar de llevarle la contra a la naturaleza.

Sólo quien viva intensamente la vida estará dispuesto a dejarla; quien disfrute la conciencia de haber realizado una serie de valores. Es la paradoja; porque alguien podría pensar a priori que el adiós a este mundo se facilita a quien camina con las manos vacías.

El arte de morir incluye la aceptación previa de que "somos más que nuestro organismo biológico", "es más importante la comunidad que el individuo", "de alguna forma sobreviviremos".¹⁰

2.1.6 MUERTE EN LAS DIFERENTES CULTURAS Y RELIGIONES.

Una causa natural del miedo a la muerte, pienso que puede ser atribuida a una elemental razón de fecundidad. Es una regla de la naturaleza humana que nada positivo se consigue sin dolor, desde la venida de un nuevo ser en el desgamo del parto (el parto sin dolor es una adquisición farmacológica que solamente sustituye el agudo de expulsión, pero respetando los meses anteriores de incomodidad, molestia y dolor de la madre), hasta la terminación feliz de no importa qué obra se consigue a través de un largo, tenso, doloroso, muchas veces cansado y esclavizante proceso de elaboración. Juan Ramón Jiménez cuando llega a exclamar "no la toques ya más que así es la rosa", da por supuesto un largo proceso de elaboración doloroso para llegar a esa perfección intocable.

Nada es fecundo sin dolor, ningún arbusto, ninguna flor, ningún coloso se produce si la semilla no muere, ninguna tierra es fértil si no se la rotura, ninguna agua es aprovechable si no se la contiene. Jesús compró esa obra maestra de la redención para todos, a costa del largo sufrir en el Huerto de los Olivos, de la profunda humillación en la vía de la amargura, y de esas tres horas suspendido al madero para hacer más patética, más honda, más dolorosa con la que paga en precio de vida eterna la plenitud del Amor.

Por cualquiera de las veredas que queramos transitar para encontrar un sentido de la muerte, nos tropezamos siempre en algunos de los recodos del camino, con la vigencia del dolor y del miedo a la parca. Se disimule o no, se presuma o se niegue, la muerte siempre está rodeada de temor, de pánico, de dolor.

¹⁰ MOIRON Sam. Ante la Muerte. Revista Proceso. México, octubre 1990 p.p. 46-51

La muerte como hecho afrentoso, como un trago difícil de pasar, porque el dolor de la muerte es inseparable del propio vivir. Y por otra parte el miedo.

Toda la literatura lírica de la muerte no impide que sintamos de una manera o de otra, espanto de la muerte. Y es que, como dijo el poeta: "No hay más que una sola suerte: a todos nos da la vida lo que nos quita la muerte".¹¹

Ni a la enfermedad, ni al dolor, ni a la vejez, ni a la muerte, puede escapar nadie, el humanismo es algo que se considera fuera de lugar. Anteriormente, en todas las profesiones tenían una base humanista que es necesario, como cultura general, precisamente uno de los objetivos del conocimiento humanista es aprender a vivir con el dolor. El verse viejo, saberse enfermo o estar cerca de la muerte todo esto es una condición de la vida, pero hay que saberlas enfrentar como hombres de culto. La muerte es la misma cosa, es inevitable, se hace uno el ánimo, por lo menos el hombre culto de que se va a morir y mientras llega la hora, procura hacer el menor daño posible a sus semejantes, vive modestamente, procura que sus hijos acuda a la escuela, y todo lo demás, así la cultura ayuda a morir, no solo a vivir.¹²

CATÓLICA ROMANA

Según la Biblia el hombre se volvió mortal a partir del conocimiento. "Puedes comer de cualquier árbol que hay en el jardín, menos del árbol de la ciencia, del bien o del mal pues el día que comas de él morirás sin remedio" (génesis 11:16-17), así fue como la perfecta vida biológica de Adán se convirtió, mediante el castigo de la desobediencia en imperfecta vida humana.

La vida es un valor fundamental, ya que refleja la bondad del creador, pero no es un valor absoluto. Un razonamiento muy influyente, comúnmente invocado por la tradición, ha sido que es obligatorio

¹¹ THOMAS, L. V. Antropología de la Muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1993 pág. 37

¹² MOIRON Sara. Op. Cit. pág. 49

administrar tratamientos corrientes mientras que los extraordinarios son moralmente optativos o discrecionales. Por ejemplo, la ventilación mecánica, tratamiento extraordinario se puede suprimir en circunstancias apropiadas, pero el grado de acuerdo es menor en torno a la supresión o el rechazo de los antibióticos o de la alimentación e hidratación por vía intravenosa. La tradición ha prohibido el suicidio y la ayuda al mismo, tal es el caso de la eutanasia activa por considerarlo como un homicidio injustificable y una usurpación de la soberbia divina. Sin embargo, conforme a la norma del doble efecto, ha afirmado también que es posible proporcionar medicamentos fuertes como morfina, para aliviar el dolor aunque ello resulte en una muerte más rápida, esto no se consideraría como un homicidio activo, la intención se basa en la compasión en aliviar el dolor aunque se vislumbre la posibilidad de la muerte como efecto secundario de la acción.

Por el contrario, la intención de matar expresada en la administración de una dosis letal de un medicamento infringiría la norma del doble efecto y sería injustificable.

LA IGLESIA CRISTIANA.

En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante todos los cristianos, ha sido tanto humano como divino. Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la iglesia. Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo, él salvó el mundo de la muerte y el pecado y que da nueva vida a quienes creen en él. Esta nueva vida va más allá de la sepultura y puede ser experimentada por el creyente cuando se convierte en cristiano a través del rito del bautismo con agua en "El nombre del padre y del hijo y del espíritu santo". El creyente recibe el don del Espíritu Santo en el bautismo, y su compromiso con Jesucristo se reafirma posteriormente en la vida a través de la Confirmación (o comunión) cuando se permite al creyente recibir el sacramento de la Santa Eucaristía (el cuerpo y la sangre de Cristo) en forma de pan y vino bendecidos por el ministro oficiante o sacerdote.

Dentro de la tradición cristiana, varios grupos religiosos tienden a hacer énfasis en varios aspectos. Algunos le conceden mucha importancia al oficio de la palabra Bíblica, otras a los sacramentos, y otras enfatizan ambas de igual forma. Algunos pacientes y familias estarán muy claros acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo, se le debe brindar al paciente toda clase de oportunidades para prepararse para morir en la forma en que desee y para ver al sacerdote o ministro.

El paciente católico normalmente deseará ver a un sacerdote y recibir la "extremaunción". En un principio esto se asociaba con los "últimos ritos", pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tiene como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte. (Se administra de manera similar en la Iglesia Anglicana). Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la Sagrada Comunión y la unción con aceite. Este servicio puede dar mucha tranquilidad a los pacientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se tome muy aprensivo.

A la hora de la muerte, los parientes pueden desear que un sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo así como para encomendarle a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. . Por lo general, hay dos aspectos de estas oraciones de encomendación en que se expresa confianza en Cristo y en su labor de salvación que es tanto encomendar al moribundo a la merced y al amor de Dios, así como autorizarle morir.

IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES RELIGIOSAS Y ESPIRITUALES

El termino "religioso" se refiere más a la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad. Esto puede manifestarse como la necesidad de ver a un sacerdote, de solicitar a un capellán, tener tiempo para meditar o para rezar, recibir los sacramentos, etc.

Es mucho más sencillo deducir las necesidades religiosas más que las espirituales a través de la aplicación de un cuestionario al momento de la admisión, aunque el procedimiento de atención (al momento de la admisión) es designado como una forma de interactuar para orientar a las personas, también puede ser utilizada como un cuestionario. Cuando esto sucede se le puede preguntar al paciente ¿Cuál es su religión? ¿Desearía ver a algún capellán? ¿Alguna necesidad en especial? Si las preguntas son directas, generalmente preguntarán por las necesidades relacionadas a prácticas religiosas más que a la angustia y a lo concerniente a las últimas consecuencias. De cualquier forma, el cuerpo médico puede tener la impresión de que lo que ha registrado y sobre lo que ha actuado son las necesidades espirituales del paciente. Una vez que han detectado estas necesidades, el capellán o ministro puede ser enviado a "hacer lo suyo" mientras que el cuerpo médico se hace cargo de lo propio. Esto puede restringir el papel del capellán de un donar de bienes religiosos que puede llevarse a cabo sin establecer una relación o sin estar en un auténtico diálogo. Esta aproximación y concepción del papel del capellán puede resultar más sencilla para el cuerpo médico del hospital, ya que el sacerdote no interfiere en su camino, y así pueden definir más claramente cuándo se le necesita. También resulta más fácil para el sacerdote, quien siente la amenaza del enfermo o del paciente en agonía de ocultar el ritual y llevarlo a cabo, de una manera defensiva. El buen cuidado pastoral tiene relación con la manera en que se pueda discernir y mantener unido lo religioso y lo espiritual.

Una vez que se haya establecido la relación, la persona enferma podrá manifestar varios síntomas de angustia espiritual.¹³

SENSACIÓN DE VACÍO / DESESPERANZA

Esto pudo ser expresado con comentarios que con frecuencia son clínicos acerca del tratamiento o de las personas que ofrecen cuidados. La persona enferma puede encontrarle poco sentido a continuar

¹³ SHEER L. Agonía Muerte y Duelo. Manual Moderno, México 1996 p.p. 150-200

con el tratamiento: "Preferiría estar muerto que estar viviendo como lo estoy haciendo ahora". La persona puede tomarse apática o darse por vencida como se ejemplifica en la solicitud de una enfermera a un capellán. "Por favor venga a ver a Alicia; ha volteado su cara hacia la pared".

SUFRIMIENTO INTENSO

El sufrimiento intenso aumenta el sentimiento de desesperanza. "Ya no tolero más esto; ¿qué sentido tiene seguir viviendo así?". El dolor derivado de una operación y que conduce a la curación es de diferente calidad al dolor que se experimenta en algunos crecimientos secundarios del cáncer. El dolor que tiene un propósito determinado es más tolerable que el dolor, ante el cual no puede contemplarse ninguna finalidad.

ALEJAMIENTO DE DIOS, INCAPACIDAD PARA TENER FE: ROMPER CON LOS LAZOS RELIGIOSOS/CULTURALES

Afirmaciones de que ya no se cree en Dios, que Dios está muerto o que ha abandonado a la persona, esta frecuentemente acompañadas por un sentimiento de importancia y de vacío interno. Romper con las prácticas culturales y religiosas interrumpe una de las múltiples formas de enfrentarse a las crisis. La razón para ello puede ser que la propia filosofía de la vida no da respuesta a los cuestionamientos que se han originado a raíz de la enfermedad o que la propia imagen de Dios corresponde a la de un niño y en la actualidad parece irreversible ante lo que no sucede en la edad adulta. Estas áreas pueden manifestarse como una incapacidad para tener confianza en las personas que cuidan de los enfermos.

2.1.7 EUTANASIA

Durante siglos y milenios la muerte del hombre había sido un proceso natural como lo es la muerte de los animales. Pero las reciente tecnologías médicas y el manejo de los hospitales como empresas

rentables, así como el paso del enfermo-paciente al enfermo-cliente, nos confrontan con procesos de enfermedad terminal que son luchas despiadadas entre la naturaleza y la tecnología, poderosas y aguerridas ambas.

El joven vive la ilusión del tiempo indefinido: a través de ciertos mecanismos de autoengaño, ve a la muerte lejana y fuera de la propia perspectiva; si piensa en ella, la piensa como la muerte de otro, no de sí mismo. Además, cualquiera que sea nuestra edad mueren personas allegadas a nosotros: los abuelos, los tíos, los padres, los maestros, los amigos, etc.

Lo sabemos muy bien: mucho del papel de la medicina moderna no es aliviar en el sentido genuino y etimológico de suavizar y hacer ligero (en latín *alleviare*, de *levis* = leve o ligero), pero sí el prolongar los sufrimientos con mutilaciones, con las horrorosas úlceras de cúbito, con la humillación de la incontinencia de esfínteres, entre muchas otras cosas más. Esto sin contar el hecho, confesado sólo en plan de confidencia por algunos médicos a sus amigos, de que en esta profesión se hacen muchas cosas que más significan experimento, logro y lucimiento del galeno, que curación del enfermo.

Y así hay gente que piensa también que tenemos derecho a morir en paz y con dignidad; tenemos derecho a no sufrir una larga y desesperada agonía; tenemos derecho a no convertirnos en una pesada carga para otras personas y tal vez para la sociedad. Aceptar la muerte es un proceso de rendición: "Yo creo que en cierto nivel de nuestro ser decidimos el momento de partir", nos dice la doctora Duda.

- ✓ Una es la que debe llamarse autoeutanasia, es decir, la que pide el paciente para sí mismo, y otra la eutanasia decidida; y practicada hacia otra persona sin su correspondiente solicitud y podemos acuñar el término eutanasia.
- ✓ Una es la eutanasia pasiva, que consiste en prescindir de tratamientos que prolonguen artificialmente la vida y los sufrimientos, y otra la eutanasia activa, que es más agresiva: corta misericordiosamente la vida del enfermo grave.

En ambos casos, la eutanasia se propone como remedio contra la distancia. Pero en cuanto a la palabra, en épocas pasadas se le limitaba al significado etimológico: eu=bueno, bonito + thánatos=muerte. Se trataba simplemente de describir una muerte apacible, o de proporcionar una muerte serena procurando al enfermo buena ventilación, ropa cómoda, leche suave, música serena y presencias agradables.

La eutanasia deberá ser objeto de disposiciones legales claras y precisas hasta donde sea posible. Hay que pasar del jus cónditum al jus condempdum, es decir, del derecho ya establecido, al derecho por establecer. En esto no hay gran novedad. A lo largo de los siglos, las nuevas situaciones han exigido siempre nuevos ordenamientos legales. Un ejemplo del momento actual y en el área de la vida y la muerte, son los trasplante y el incipiente tráfico de órganos. Nuestros tatarabuelos no pudieron ni imaginar tal situación.

Por ahora, la eutanasia queda fuera de muchos códigos legales. Está prohibida, se le considera delito. Pero llama la atención una incongruencia: en el mundo anglosajón, sobre todo, los transgresores por concepto de eutanasia son fácilmente absueltos, o castigados con penas muy leves. Es obvio que existe una discrepancia entre la teoría legal y la praxis. Algo anda fallando.

Podemos, desde ahora, señalar algunas líneas y puntos firmes para las futuras legislaciones:

- ✓ La eutanasia se refiere a la propia vida y a la propia muerte, no a la de otros. Ni siquiera considera el caso de los idiotas (oligofrénicos).
- ✓ La modalidad más común será la delegación notariada en un momento en que el sujeto goza de lucidez y de salud, pero se requerirá una segunda acta notariada que haga constar que se ejecuta la voluntad del mandante el día tal de tales, quizás en dialogo con el médico o paramédico y anotando la forma decidida de común acuerdo.
- ✓ La disposición notariada estará sujeta a cambio sin más motivo que la voluntad del sujeto. Se trata de una garantía de paz y serenidad, no de una sentencia.

¿Cuáles serían las causas posibles para realizar la eutanasia pasiva?

1. Rechazo del paciente al tratamiento. El paciente es dueño de su vida y por lo tanto si libre y consciente rehúsa una terapia, así sea a costa de su vida debe respetársele esa determinación. A veces se firma un Acta de Muerte Natural que debe tener un aspecto legal para tomarse en consideración.
2. Tratamiento inútil. Si la terapia propuesta no da esperanza de mejoría y sólo trata de prolongar la vida por un tiempo corto puede no iniciarse o suspenderse.
3. Calidad de vida. Es un termino que no debe confundirse con el concepto del valor de vida, pues si la calidad es variable, lo segundo no lo es. La calidad de vida debe ser analizada por la edad, estado social, salud, interés, expectativas de vida, etc. juzgarse como un valor de la persona. En sí juiciosamente evaluar si hay alegría de vivir, si las satisfacciones son más que las frustraciones y si a pesar del sufrimiento hay alegría de vivir. Esto parecerá muy metafísico, pero es que la vida humana es algo muy profundo que está más allá del simple sentir y moverse.
4. Costos altos. Esto parece una contradicción a lo dicho anteriormente, se dice que teniendo en cuenta los altos costos de un tratamiento y los escasos recursos de salud de la comunidad, debe tenerse un análisis para determinar si los recursos van a ser bien empleados.

Otro problema que surge al efectuarse la eutanasia pasiva, es determinar quién debe decidir en ultimo término, si el paciente esta consciente, él debe decidir y esto es totalmente legítimo. Algunas personas sostienen que cuando una persona tiene a otras a su cargo no tiene derecho a rehusar un tratamiento que le hará vivir, pues su responsabilidad con otros privan sobre el derecho que tiene él a su vida.

Dentro del terreno médico, y contra el argumento empleado por todos los partidarios de la eutanasia de la inculpabilidad absoluta de gran número de males insufribles ha de ponerse muy de manifiesto

que los constantes progresos de la medicina van reduciendo más cada día el número de enfermedades consideradas incurables, más en este punto dejemos la palabra a los médicos. Señalaba el Dr. Royo Villanovo el término de incurabilidad no es más que un concepto relativo, pues por una parte ignoramos a menudo por qué una enfermedad cura o mata, poseyendo la naturaleza impenetrable secreto, por otra parte la terapéutica se va enriqueciendo con innumerables recursos que disminuyen la gravedad de muchas enfermedades.

Además, los médicos por lo sabios y competentes que sean, pueden ser víctimas de error en sus diagnósticos de incurabilidad. El profesor Portes, en su luminosa comunicación a la Academia de Ciencias Morales y Políticas de Francia, después de manifestar que en la práctica ni el diagnóstico ni el propósito son siempre seguros, y que el pronóstico es generalmente misterioso no sólo en cuanto al fin del proceso morboso, sino, sobre todo, en lo relativo a su duración, declara que: " En gran número de casos no hay criterio infalible que permita al médico, en todos los aspectos particularmente en el que de la incurabilidad, salir de la conjetura". Esto añade, prácticamente supone con frecuencia una posibilidad suficiente para permitir la acción, pero muy raras veces llega a certidumbre por decirlo así matemáticamente que implica la eutanasia.

Estas decisiones han formado parte de la vida diaria del médico a lo largo de la historia. El público siempre ha concedido al médico esa cualidad que se llama honradez intelectual, o sea, integridad, sin la cual ningún paciente se sometería a sus prescripciones y mucho menos a la cirugía. El derecho de actuar como médico lo conceden aquellos que necesitan atención y que la solicitan, el médico hace que el paciente conozca lo que aqueja y él ofrece su capacidad para manejar tal enfermedad. El médico es un agente del paciente, el paciente nunca debe perder de vista el hecho.

El médico puede estar en condiciones de actuar pero el paciente es quien tiene el poder, el paciente tiene el derecho a tomar la decisión final y debe tener el derecho; no obstante estos razonamientos especulativos, lo cierto son que la relación médico-paciente no se lleva así, debe establecer una

norma que guíe la relación médico-paciente y esta norma consiste en una forma abierta y más activa por médico-paciente.

Todos estamos de acuerdo de que si tuviéramos la oportunidad de elegir, optaríamos por la muerte antes de regresar al lado de nuestras familias en condiciones infrahumanas. Sólo que el juicio que emite un paciente bajo la terrible presión y angustia que se experimenta ante una cirugía mayor, a menudo no son valido, puede ser que el paciente simplemente no acepte la trascendencia de lo que él esta diciendo.

La eutanasia como hecho social de inmediata trascendencia en el ámbito del derecho y particularmente del derecho penal y como hecho penal jurídico ha traído desde a lo largo del tiempo, la atención de los especialistas conmovidos por la ocurrencia de estos sucesos que sus múltiples fases cobran interés especial desde el punto de vista humano o social, médico, profesional o estrictamente jurídico. Esto ha sido causa de que el jurista frecuentemente se interna por senderos alejados de su objetivo específico; extraviando así la verdadera senda y valorando elementos extraídos de campos ajenos al derecho.

TIPOS DE EUTANASIA.

Eutanasia Activa.

Es dar muerte intencionalmente a otra persona por motivos de compasión; algunas personas emplean el término distanasia para indicar muerte dolorosa. Es realizar una acción para producir la muerte, considerada por la ley como un homicidio culposo, esto incluye producir la muerte del paciente o proporcionarle el medio para que él mismo se la produzca.

Éticamente, la eutanasia activa sería permitida aparte del aspecto legal, si es con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es dueño de su vida. Lo difícil en la práctica es saber con naturaleza si el paciente se encuentra con la capacidad de tomar una determinación libre.

Eutanasia Pasiva.

Es cuando se produce la muerte por emisión intencional al no iniciar o discontinuar una medida terapéutica que prolongaría la vida. No puede creerse que la eutanasia pasiva sea siempre ética. Una persona puede ser culpable tanto por acción como por omisión. Nunca deben negarse los cuidados de enfermería, pues dicha acción resultaría inhumana, cuando se trata de omitir actividades a favor del enfermo es conveniente discutirlo en colaboración con todo el personal de salud.

Hay que mencionar que hay 2 categorías:

La voluntaria, generalmente involucra a dos partes, el paciente adulto competente y el médico, o la enfermera o ambos. La eutanasia voluntaria es la que tratan de servir las leyes de muerte natural.

La involuntaria, se le llama muerte por misericordia, la lleva a cabo una persona o personas que no son el paciente, sin el consentimiento de éste. Según las leyes, en nuestro país, la eutanasia es un asesinato.

2.2 FACTORES LEGALES.

2.2.1 ASPECTOS LEGALES DERECHO A LA SALUD.

Formas antagónicas y extremas de la vida social; la anarquía y el despotismo la primera de ellas es el resultado de la ausencia de organización social reglamentada, la segunda implica un régimen de gobierno en que el gobernante actúa sin límites a su poder. Mediante la presencia del derecho se regula la conducta de las personas para impedir que éstos actúen ilimitadamente en el ejercicio de su libertad. Si partimos de la idea de que el derecho de la vida social reglamentada mediante un conjunto de normas de carácter jurídico se debe aceptar que la conducta del médico, la enfermera al igual la de todos los profesionistas, se encuentra regulada por las leyes, especialmente en su relación con los pacientes o usuarios de los servicios de salud. Toda regulación de conductas que contienen las

normas jurídicas, sus características principales son las de ser generales, heterónoma, abstracta y coercitiva, situación que le permite a los órganos de estado imponer su cumplimiento, inclusive en forma coactiva; todo esto significa que el acatamiento de la ley se hace obligatorio a todo aquel sujeto en el supuesto que establezca la norma, por lo que su inobservancia implica el acercamiento de una pena o sanción. Dentro de nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ocupa, jerárquicamente, el primer lugar de las leyes reglamentarias, como es el caso de la Ley General de Salud ocupa un segundo lugar y el contenido se guarda en mucho de contravenir los preceptos constitucionales.

La Ley General de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud que se menciona en el párrafo cuarto del artículo cuarto de la Constitución Política. No obstante, que dicha ley no define el derecho a la protección de la salud, lo cierto es que sí establece cuál es la finalidad del mismo, de acuerdo a los siguientes artículos:

- I. El bienestar físico del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana
- III. La protección y el acercamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que constituyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de servicios de salud.
- VII. Desarrollo de la enseñanza, de investigación científica y tecnológica para la salud.

En el derecho a la salud, se habla de bienestar físico y mental, calidad de la vida humana, acercamiento de valores, desarrollo social, actividades solidarias y responsables, es evidente que todo

esto depende de la conducta humana y del sujeto que tenga a bien realizarlos para que todo lo anterior se logre, dicha conducta debe ser apegada a derecho.

Ante todo esto, puede ser que los pacientes que estén bajo su cuidado en estado de coma irreversible se encuentren bajo órdenes de no reanimar con o sin el consentimiento o conocimiento de los familiares. ¿Si la enfermera obedece, puede ser acusada legalmente?. Esta pregunta todavía no tiene respuesta. Las enfermeras que no están de acuerdo, por razones religiosas o morales, no pueden participar por obligación. Sin embargo, si no existe en el hospital un protocolo específico, el no reanimar podría tomarse como negligencia profesional, de acuerdo a la Ley General de Profesiones de 1996 en su artículo 71 establece que " los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que se comentan en el desempeño de trabajos profesionales, los auxiliares empleados o estudiantes que estén bajo su inmediata dependencia y dirección siempre que el no responsable hubiese dado las instrucciones adecuadas o sus instrucciones hubiesen sido la causa del daño.¹⁴

2.2.2 CRITERIOS SOBRE MUERTE CLÍNICA Y MUERTE CEREBRAL.

Como el concepto de muerte resultaba altamente complejo de determinar tanto a las personas de las ciencias de la salud y familiares, se hizo necesario legalizar con criterio el diagnóstico, con la finalidad de que fuera claro y preciso la toma de decisión respecto a la interrupción o cambio de sentido de las técnicas de reanimación cardiopulmonar en personas muertas conforme a criterios neurológicos, definir el momento en que pudiera realizarse sin riesgo moral o legal, la extracción de órganos impares, para ser implantados.

Las causas más frecuentes de fallo cerebral que a pesar de los intentos de resucitación pueden conducir a la muerte son enfermedades cerebro vascular, traumatismos craneoencefálicos, procesos expansivos intracraneales y paros cardiacos y respiratorios responsables de anoxia cardiaca y

¹⁴ Ley general de profesiones. Ed. Porrúa México 1996 p. 70

respiratorias responsables de anoxia cerebral. También las intoxicaciones endógenas y exógenas y las infecciones del sistema nervioso central (S.N.C), pueden llevar a un enfermo a requerir la reanimación dentro de la cual sobrevenga la muerte.

Hoy día puede decirse que el diagnóstico de la muerte por cesación total e irreversible de las funciones y el tronco cerebral es simple, inequívoco y verificable por cualquier médico experimentado.

CRITERIOS NEUROLÓGICOS DE MUERTE

- a) Principios de actitud al diagnóstico. Solo se puede tomar una actitud de considerar el diagnóstico de muerte por fallo cerebral completa e irreversible, cuando se ponen en práctica todas las necesidades de reanimación, recuperación o resucitación de tal fallo. Sólo entonces se ha de plantear la valoración de las pruebas neurológicas clínicas o paraclínicas que se determinen si la muerte se ha producido o no.
- b) Requisitos previos para la aplicación de los criterios neurológicos de muerte. Condiciones que pueden excluir la consideración neurológica de la muerte:
 - Exclusión de intoxicación erógena y exógena potencialmente curable.
 - Ausencia de hipotermia.
 - Ausencia de shock cardiovascular.
 - Exclusión en razón de la edad. (El cerebro de los niños, peso corporal inferior a 30 Kg. resiste el fallo funcional más tiempo que el del adulto, por tanto, que los criterios neurológicos de muerte pierden consistencia o inmadurez en caso de niños menores de 5 años).

MUERTE CEREBRAL

La afirmación de que un individuo este vivo o muerto puede depender del entendimiento que se tenga del concepto de muerte, la muerte debe ser definida como la pérdida irreversible de la función del organismo humano como un todo, esto es un concepto biológico que se presupone e implica la

pérdida irreversible de conciencia y la capacidad de reaccionar (a consciencia y arreflexia), la pérdida de la capacidad de respirar (apnea) y, por tanto, mantener un latido cardíaco espontáneo (asistolia).

Los cuatro requisitos que deberán cumplirse para calificar el coma irreversible había de ser: 1) Ausencia de respuesta cerebral a cualquier estímulo; 2) Ausencia del movimiento espontáneo o inducidos; 3) Ausencia de respiración espontánea y, 4) Ausencia de reflejos tendinosos profundos y del tronco cerebral.

En 1981 se afirmó, "Esta muerto un ser humano al que ha sucedido, bien una interrupción irreversible de las funciones respiratorias y circulatorias, bien una interrupción irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tono cerebral. La determinación de la muerte ha de ser hecha de acuerdo con los estándares médicos establecidos."

2.2.3 DERECHOS DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

El enfermo terminal, así como el enfermo en fase terminal, tienen los mismos derechos que cualquier persona. El enfermo no es solo un caso interesante, ni un simple expediente, ni un número de cama o cuarto. Sigue siendo persona, por más moribundo que esté. Sin embargo, a veces, sea por su edad, su estado, su pronóstico o su incapacidad para participar activamente en sus cuidados personales, estos derechos pueden ser pasados por alto, o, lo que es peor, pueden ser olvidados. A pesar de esto, afirmamos que los derechos del enfermo terminal son derechos inalienables, estos son: El enfermo en fase terminal tiene derecho:

1. A vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, psicológico, espiritual y social, de acuerdo a su situación concreta. O sea, tiene derecho a ser tratado como un ser humano, vivo, hasta el momento de su muerte.
2. A vivir independiente y alerta. Tiene derecho a expresar sus sentimientos y emociones, en todo momento, y desde luego su manera de enfocar su propia muerte.

3. A tener alivio de sus sufrimientos físicos, emocionales, psicológicos, intelectuales, sociales y espirituales. Es más, tiene derecho a no experimentar dolor, en lo posible, para que pueda mantener una sensación de optimismo. Este derecho nos habla de darle calidad de vida, la máxima posible, y de la atención holística del paciente y su familia.
4. A conocer, o rehusar, todo lo concerniente a su enfermedad, su estado, su pronóstico médico. Lo que significa que tiene derecho a que sus preguntas sean contestadas con sinceridad, que no sea engañado, y, al contrario, a que se respeten sus decisiones, sobre todo las concernientes al no-conocimiento de progreso de su enfermedad si así lo desea, ya que tal conocimiento puede ser muy angustiante para muchas personas.
5. A ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores, pero competentes en su campo, y seguros de lo que hacen.
6. A participar en las decisiones que incumben a sus cuidados y a su vida. Es decir, debe ser el eje principal de las decisiones que se tomen en tan dolorosa etapa de su vida. Por lo mismo tiene derecho a mantener su individualidad y a no ser juzgado por sus decisiones, por contrarias que sean para algunas otras personas. Si el enfermo está realmente incapacitado, entonces la persona responsable de él, normalmente un familiar, será el del derecho.
7. A que no se le prolongue indefinidamente el sufrimiento, ni se le apliquen medidas extremas o heroicas, para sostener sus funciones vitales. Sobre todo, cuando él lo haya expresado, sea de manera implícita o explícita. El equipo de salud tiene el deber de ayudar a que el enfermo muera del modo más humano posible.
8. A usar su creatividad para pasar mejor su tiempo.
9. A disminuir y acrecentar sus experiencias religiosas, místicas y espirituales.
10. A disponer de ayuda para él y su familia, tanto a la hora de aceptar su muerte, como a la hora de morir. En otras palabras, a que sean tomadas en cuenta, antes y después de su muerte, las necesidades y temores de sus seres queridos.
11. A no morir solo
12. A morir con verdadera dignidad, con plena aceptación y en total paz.

13. A esperar que la inviolabilidad de su cuerpo sea respetada tras su muerte.¹⁵

CARTA DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

1. El paciente tiene derecho a que se le otorgue atención considerada y respetuosa.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico, información actual y completa en relación con el diagnóstico de su caso, tratamiento y pronóstico en términos que el paciente pueda entender, dentro de lo razonable. Cuando el juicio médico indique que no es aconsejable proporcionar la información al paciente, ésta se deberá entregar a una persona capacitada que la reciba a su nombre. Tiene derecho a conocer el nombre del médico que esté a cargo de su caso.
3. Antes de que se inicie cualquier procedimiento y tratamiento, el paciente tiene derecho a recibir de su médico la información necesaria para poder otorgar su consentimiento enterado. Excepto en casos de urgencia la información que se requiere para dar el consentimiento enterado deberá incluir, pero de ninguna manera limitar, los procedimientos y tratamientos, riesgos médicos en que se incurra y la posible duración de la incapacitación. Cuando existan alternativas importantes para el cuidado o tratamiento médico o cuando el paciente solicite información sobre alternativas de ese tipo, el paciente tiene derecho a esa información. El paciente también tiene derecho de conocer el nombre de la persona responsable del procedimiento y/o tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento, dentro de los límites de la ley, y a que se le informe de las consecuencias médicas de sus actos.
5. El paciente tiene derecho a que se respete totalmente su vida privada en relación con el programa médico de atención que se le aplique. Las discusiones del caso, las consultas, exámenes y tratamiento son confidenciales y deben tratarse con toda discreción. Las personas que no estén directamente involucradas con el caso, deben pedir permiso al paciente para estar presentes.
6. El paciente tiene derecho de esperar que todas las comunicaciones y registros que pertenezcan a su caso se mantengan en secreto.

¹⁵ REYES Zubirán Alfonso. Acontecimientos Tanatológicos al Enfermo Terminal y a su Familia. pág. 23

7. El paciente tiene derecho a esperar que dentro de sus posibilidades, el hospital responda a las solicitudes de servicios hechas por el paciente. Según lo indique la urgencia del caso, el hospital debe proporcionar evaluación, servicios y/o transferencia a otro hospital. Si está permitido por los médicos, el paciente puede ser remitido a otra instalación, solamente cuando se le haya informado ampliamente y se le hayan dado todas las explicaciones necesarias de por qué se le está transfiriendo. La institución a la que se vaya a enviar al paciente deberá otorgar su anuencia de antemano para que se mande a ella al enfermo.
8. En lo que concierne a la atención que se otorgue al paciente, éste tiene derecho a que se le dé cualquier información relacionada con conexiones que existan entre el hospital en que se encuentra y otras instituciones. El paciente tiene derecho a que se le informe acerca de la existencia de cualquier relación profesional entre individuos, por nombre, que lo estén tratando.
9. El paciente, en caso de que el hospital se proponga someterlo a experimentación que afecte su atención o tratamiento, tiene derecho a que se le asesore al respecto. El paciente tiene derecho a negarse a participar en ese tipo de experimentos.
10. El paciente tiene derecho a esperar que su tratamiento sea continuo, dentro de lo razonable. Tiene derecho a saber con anticipación las horas de sus consultas, cuáles son los médicos que están disponibles, y dónde encontrarlos. El paciente tiene derecho a esperar que el hospital cuente con un mecanismo que asegure que se le dará la información pertinente, por medio del médico o de un representante autorizado de éste, en cuanto a la continuación de los cuidados una vez que el paciente sea dado de alta del hospital.
11. El paciente tiene derecho de examinar, y recibir una explicación, de la cuenta de gastos en que ha incurrido, sin importar cuál sea la fuente de pago.
12. El paciente tiene derecho a saber cuáles son los reglamentos y normas hospitalarias que debe seguir como paciente.

No existe ningún catálogo de derechos que le garantice al paciente que se le va a tratar dentro de los límites que tiene derecho a esperar. Un hospital debe cumplir con muchas funciones, incluyendo prevención y tratamiento de las enfermedades, educación del personal médico y de los pacientes y la

conducción de investigación clínica. Todas esas actividades deberán emprenderse tomando en cuenta, primero que nada, el bienestar del paciente y, sobre todo, el reconocimiento de su dignidad como ser humano. El éxito en la consecución de este reconocimiento asegura el éxito en la defensa de los derechos del paciente.¹⁶

2.2.4 ARTÍCULOS DEL CÓDIGO CIVIL Y PENAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS INHERENTES AL TEMA.

En el Código Civil Mexicano no se hace referencia alguna sobre el tema de la muerte a excepción de lo referente a la administración de los comentarios por lo que no se harán citas de este. Pero en lo que respecta al código penal de los Estados Unidos Mexicanos encontramos los siguientes artículos de injerencia directa.

TITULO DECIMO SEGUNDO

Responsabilidad profesional

Capitulo I

Disposiciones generales

Artículo 228 Los profesionales, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que comentan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas, sobre ejercicio profesional, en su caso:

I. Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso reincidencia; y

¹⁶ TOMPHON Beebe Joyce. Op. Cit. p.p. 289-290

II. Están obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos.

TITULO DECIMONOVENO

Delitos contra la vida y la integridad corporal

Capítulo 1

Lesiones

Artículo 288 Bajo el nombre de lesión se comprenden no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano; si esos efectos son producidos por una causa externa.

Artículo 289 Al que infiera una lesión que no ponga en peligro la vida del ofendido y tarde en sanar menos de quince días, se le impondrán de tres a ocho meses de prisión, o de treinta a cincuenta días multa, o ambas sanciones a juicio del juez. Si tardare en sanar más de quince días, se le impondrán de cuatro meses a dos años de prisión y de sesenta a doscientos setenta días multa. En estos casos, el delito se perseguirá por querrela, salvo en el que contempla el artículo 295, en cuyo caso se perseguirá de oficio.

Artículo 291 Se impondrán de tres a cinco años de prisión y multa de trescientos a quinientos pesos, a los que infiera una lesión que perturbe para siempre la vista, o disminuya la facultad de oír, entorpezca o debilite permanentemente una mano, un pie, un brazo, una pierna o cualquier otro órgano, el uso de la palabra o alguna de las facultades mentales.

Artículo 292 Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable la inutilización completa o la pérdida de un ojo, de un brazo, de una mano, de una pierna o de un pie, o de cualquier otro órgano; cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica o cuando el ofendido quede sordo, impotente o con una deformidad incorregible.

Artículo 293 Al que infiera lesiones que pongan en peligro la vida se le impondrán de tres a seis años de prisión, sin perjuicio de las sanciones, que correspondan conforme a los artículos anteriores.

Artículo 295 Al que ejerciendo la patria potestad o la tutela infiera lesiones a los menores o pupilos bajo su guarda, el juez podrá imponerle, además de la pena correspondiente a las lesiones, suspensión o privación en el ejercicio de aquellos derechos.

Artículo 298 Cuando concorra una sola de las circunstancias a que se refiere el artículo 316, se aumentará en un tercio la sanción que correspondería, si la lesión fuere simple; cuando concurren dos, se aumentará la sanción en una mitad, y si concurren más de dos de las circunstancias dichas, se aumentará la pena en dos terceras partes.

Artículo 300 Si la víctima fuere alguno de los parientes o personas a que se refieren los artículos 343 bis y 343 tercero, en este último caso siempre y cuando habiten en el mismo domicilio, se aumentará la pena que corresponda hasta en una tercera parte en su mínimo y en su máximo, con arreglo a los artículos que preceden, salvo que también se tipifique el delito de violencia familiar.

Capítulo II

Homicidio

Artículo 302 Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.

Artículo 303 Para la aplicación de las sanciones que correspondan al que infrinja el artículo anterior, no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

- I. Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;
- II. (Derogada);
- III. Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el Código de Procedimientos Penales.

Cuando el cadáver no se encuentre, o por otro motivo no se haga la autopsia, bastará que los peritos, en vista de los datos que obren en la causa, declaren que la muerte fue resultado de las lesiones inferidas.

Artículo 304 Siempre que se verifiquen las tres circunstancias del artículo anterior, se tendrá como mortal una lesión, aunque se pruebe:

- I. Que se habría evitado la muerte con auxilios oportunos;
- II. Que la lesión no habría sido mortal en otra persona; y
- III. Que fue a causa de la constitución física de la víctima, o de las circunstancias en que recibió la lesión.

Artículo 305 No se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, exceso o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon.

Artículo 307 Al responsable de cualquier homicidio simple intencional que no tenga señalada una sanción especial en este Código, se le impondrán de ocho a veinte años de prisión.

Capítulo III

Reglas comunes para lesiones y homicidio

Artículo 310 Se impondrá de dos a siete años de prisión, a la que en estado de emoción violenta cauce homicidio en circunstancias que atenúen su culpabilidad. Si lo causados fueren lesiones, la pena será de hasta una tercera parte de la que correspondería por su comisión.

Artículo 312 El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 315 Se entiende que las lesiones y el homicidio son calificados, cuando se cometen con premeditación, con ventaja, con alevosía o a traición. Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer. Se presumirá que existe premeditación cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquier otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad.

Artículo 316 Se entiende que hay ventaja:

- I. Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se halla armado;
- II. Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas ó por el número de los que lo acompañan;
- III. Cuando éste se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido; y
- IV. Cuando éste se halla inerte o caído y aquél armado o de pie.

La ventaja no se tomará en consideración en los tres primeros casos, si el que la tiene obrase defensa legítima, ni en el cuarto, si el que se hallaba armado o de pie fuere el agredido, y, además, hubiere ocurrido peligro por su vida por no aprovechar esa circunstancia.

Artículo 318 La alevosía consiste.- en sorprender intencionalmente a alguien de improviso, o empleando asechanza u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer.

Artículo 319 Se dice que obra a traición: el que no solamente emplea la alevosía, sino también la perfidia, violando la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima, o la tácita que ésta debía prometerse de aquél por sus relaciones de parentesco, gratitud, amistad o cualesquiera otra que inspire confianza.

Artículo 320 Al autor de un homicidio calificado se le impondrá de veinte a cincuenta años de prisión.¹⁷

2.2.5 RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE COMO PRÁCTICA PROFESIONAL.

COMO CUIDAR NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL.

La enfermera debe saber defenderse de acusaciones de cuidados negligentes al paciente, esto simplemente para garantizar una práctica segura e inteligente para nosotros (as).

1. Documente siempre que proporcione: por básico que parezca esta regla, es muy importante recordarla ya que, podemos recordar por más que quisiéramos que cuantos pacientes atendimos el mes pasado, cual fueron sus cuidados específicos, ministración específica de medicamentos, de ahí la gran importancia la documentación de los registros de enfermería.
2. Escuchar a los padres: Aunque el niño le parezca normal preste siempre atención a los padres que le mencionen que no sé esta comportando como de costumbre, ya que ellos son, quienes lo conocen mejor.
3. No de consejos por teléfono a menos que este siguiendo un protocolo específico. En la actualidad aconsejar por teléfono puede ser peligroso a menos que se siga un protocolo específico y aprobado por el médico.
4. Vuelva a valorar siempre al paciente después de administrarle un tratamiento. Se deben documentar las respuestas del paciente al tratamiento, si la respuesta no es favorable o nula, deberá anotar las intervenciones que se le han realizado para protegerle de cualquier percance.
5. No catalogue como ebrio a cualquier paciente con un comportamiento errático. Nunca de por su puesto que el estado de alteración de la conciencia del paciente es reflejo de una intoxicación, antes que nada, deben descartar procesos como lesión craneal, hipo o hiperglucemia, desequilibrios electrolíticos y otras causas fisiológicas.

¹⁷ H. Congreso de la Unión. Código Penal de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Porrúa México 1999 p.p.27-45

6. Haga caso a su institución. Las enfermeras con experiencia que un sexto sentido bien desarrollado son uno de los recursos más importantes. Cuando todo parece indicar que el paciente está estable pero dentro de usted sabe que algo no va bien, escuche su voz interior, vuelva a valorar al paciente.
7. No se aleje nunca de las prácticas seguras de enfermería. Cada vez que se deja de seguir los protocolos establecidos o toma una "atajo" se coloca en una posición de riesgo.
8. No acepte calladamente las ordenes de un médico si sospecha que puede haber algún error. Como cualquier otra persona, los médicos pueden distraerse, por tanto, dado que usted es responsable de ministrar los medicamentos, de aplicar cuidados, debe acostumbrarse a verificar dos veces las ordenes médicas y consulte con el médico cualquier duda, no siga ciegamente una orden que pueda resultar contraproducente para el paciente.
9. Clarifique siempre un escrito ilegible. Si no entiende la letra de un médico o de cualquier otra persona que integre el equipo de salud, pida una clarificación ya que hacer una suposición sobre una coma decimal, una vía de administración o el fármaco es inaceptable, antiético ya que esto puede poner en peligro la vida del paciente.
10. Comunique cualquier sospecha de malos tratos al paciente. Desde un punto de vista legal, está obligada a informar de la sospecha de los malos tratos a niños o adultos.
11. No viole las normas escritas. Las normas escritas deberán estar especificadas por escrito, si las normas de calidad de la institución donde labora no son realistas o razonables, hable con el supervisor de enfermería.
12. Compruebe por sí mismo los cuidados administrativos por empleados que se encuentren bajo su responsabilidad. Dependiendo de la normatividad del hospital, usted puede ser el último responsable legal de los cuidados que el médico (u otros responsables) haya dispuesto.
13. No administre medicaciones desconocidas. Si no conoce la dosificación o vía de administración de un medicamento no lo utilice.

Por que muchos elementos del cuerpo médico presentan gran dificultad para hacerle frente a clientes en semejantes situaciones, y se sienten mal preparados para ello. Dado que son ellos quienes

expresan la necesidad, la preparación de alguna forma es deseable. La capacitación les permitirá estar tan preparados y prevenidos como sea posible, así mismo, les ayudara a hacer uso de sus experiencias posteriores en una forma de aprendizaje constructivo más que a sentirse mal en relación con ello y por esto, paulatinamente retirase, bloquearse y evadirse.

COMO INTERVENIR PARA UN BUEN EFECTO

A pesar de tener una capacidad muy diferente, los miembros del cuerpo médico deberían alentar activamente el no abandonar su sentido común. Deberán estar al tanto de la amplia variedad de tareas simples y prácticas que pueden remediar la situación.

Estas pueden incluir:

- Brindar un ambiente de privacidad.
- Prestar atención a pequeños detalles de importancia como las sillas, bebidas, teléfono, flores y detalles decorativos.
- Tener en mente que nadie puede recordarlo todo, por tanto, sería adecuado elaborar una lista que incluya los nombres, procedimientos o trabajadores estratégicos para minimizar errores y omisiones.
- Simplificar y explicar los procedimientos. Para un trabajador puede ser rutinario, pero para quien nunca se ha visto implicado anteriormente en una situación de esta índole, los procedimientos pueden resultarle totalmente extraños. Estos sobre cualquier aspecto de la medición, efectos colaterales del tratamiento, documentos oficiales, disposiciones del cuerpo médico, etc.
- Preparar algún material por escrito que las personas pueden llevarse consigo. Algunos detalles de utilidad que ayuden como números telefónicos, explicaciones y sugerencias.
- Coordinar a la gran variedad de personas que puedan estar involucradas. Algunas veces el solo trabajo de repetir una tras otra vez la misma historia puede resultar agobiante.
- Conocer sus limitaciones.

COMO ENFRENTAR AL AGONIZANTE

Con frecuencia, los elementos del cuerpo médico se preocupan por hablar con el paciente en agonía. A él le ayuda la forma en que se le acercan, en que se dirigen a él y la posibilidad de permanecer solo. Aun cuando ningún secreto o fórmula mágica, los mejores lineamientos deberían ser como los siguientes:

- 1) **Hágalo.** El temor de hacerlo o no hacerlo bien con frecuencia surge en personas indecisas en cuanto a la posibilidad de acercarse al agonizante o doliente. Esto tiene como resultado el aislamiento del individuo en el preciso momento en el que pueda estar buscando compañía desesperadamente. Es probable que los pacientes tengan una idea clara de lo que el asistente debe hacer, y si se les concede tiempo, puede facilitarles el camino mientras se le ayuda.
- 2) **No evite el tema.** Si se siente incomodo, de nada sirve que intente y aparente no estar tratando de distraer el tema y desviando la conversación. Demuestre que esta accesible y déjese guiar por la persona involucrada. Ellos pueden querer o no hablar de la situación. Si así lo desean, déjelos hacerlo. Si no es así, trate de no imponerles la necesidad de "discutir su muerte". Es difícil alcanzar el equilibrio.
- 3) **Si no sabe que decir.** Algunas veces las personas sólo quieren sentirse acompañadas – solamente quieren saber que usted esta ahí. En muchas ocasiones esto puede ser de gran utilidad. Resulta bastante más útil para usted permanecer ahí y decirles que no sabe qué decir, que retirarse y evitar la situación.
- 4) **No se les hace ningún daño al comentar lo que usted siente.** Puede sentirse triste o torpe y puede decirlo.
- 5) **Siempre puede haber algo que usted pueda hacer.** A menudo, estas cosas son pequeños detalles prácticos que pueden pasarse por alto ante la amenaza de muerte. Asegúrese de no pasarlos por alto. Pueden tener relación con últimos deseos, peticiones, testamentos. Puede referirse a pequeños bienestar físicos. Pueden ser matices individuales. Cuidar esto puede ser de gran beneficio para las personas.

- 6) No hay reglas. En momentos como éstos, los estudiantes con frecuencia se preguntan ¿Qué debo hacer? ¿Cómo deben sentirse ellos? ¿Qué debo decir? Es importante recordar que las reglas son barreras que se han puesto para facilitar nuestro malestar. El mejor consejo es que le respondan a la persona. Escuchen lo que solicita. No necesita tener autorización para tocarlas, desprender una lagrima, ayudarias o simplemente acompañarlas.

La capacitación debería incluir planes para que se puedan adaptar a las variaciones individuales así como dirigirlas a los principales temas. Recordar que alguna capacitación puede fallar y elevar la eficacia y el impacto de la misma, son aspectos que deben incluirse en cualquier programa.

En pacientes con estado de confusión avanzada o en estado de coma los tratamientos sintomáticos más importantes a veces por atención a la familia se centra en los síntomas neurológicos. En estos momentos el objetivo es tranquilizar a la familia con relación al estado de conciencia del enfermo y ayudar a hacer los preparativos oportunos. Es importante la atención después de la muerte, como la preparación del cadáver, coordinación de estudios necropsicos, gestiones de velatorio, traslados, conexión con la empresa funeraria y atención religiosa.¹⁸

2.3 FACTORES EDUCATIVOS.

2.3.1 COMPARACIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS UNIVERSIDADES ENCUESTADAS CON RESPECTO A LAS MATERIAS QUE INTERVIENEN EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

MAPA CURRICULAR Y PERFIL DEL EGRESADO DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

¹⁸ SHEER L. Op. Cit. p.p. 200-250

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Uno de los propósitos fundamentales de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad. Conforme con los principios de docencia derivados de la Ley orgánica, los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a las grandes mayorías, proponiendo e impulsando las transformaciones que deriven en una sociedad más sana, justa y democrática.

Área I Enfermería y Salud en México	1er SEMESTRE	2º SEMESTRE	3er semestre
	*Metodología de la investigación *Atención a al salud en México *Sociocronología *Historia de la enfermería	*Fundamentos de enfermería 1 *Anatomía y fisiología 1 *Ecología y salud *Psicología general	*Fundamentos de enfermería 2 *Anatomía y fisiología 2 *Nutrición básica y aplicada *Farmacología
Área II Proceso salud enfermedad en las diferentes etapas evolutivas	4º SEMESTRE	5º SEMESTRE	6º SEMESTRE
	*Enfermería del niño *Proceso salud enfermedad del niño *Desarrollo de la personalidad infantil *Didáctica de la educación para la salud	*Enfermería del adolescente, adulto y anciano 1 *Proceso salud enfermedad del adolescente, adulto y anciano 1. *Desarrollo de la personalidad del adolescente, adulto y anciano. *Administración general	*Enfermería del adolescente, adulto y anciano 2 *Proceso salud enfermedad del adolescente, adulto y anciano 2 *Administración de los servicio de enfermería *Ética profesional y legislación
Área III Proceso salud enfermedad en la reproducción humana	7º SEMESTRE	8º SEMESTRE	OPTATIVAS
	*Obstetricia 1 *Docencia en enfermería *Seminario optativo *Seminario optativo	*Obstetricia 2 *Seminario optativo *Seminario optativo	*Genética humana *Investigación en enfermería *Problemas socioeconómicos de México *Introducción a epistemología *Elaboración de tesis *Filosofía *Introducción a la informática

UNIVERSIDAD PANAMERICANA

La Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana, se ha propuesto formar Licenciadas en Enfermería que estén en condiciones de comprender y contribuir satisfactoriamente al mejoramiento de la sociedad mediante su ejercicio profesional. Ayudándolas a crecer íntegramente a través de un Currículo organizado que esta basado en conceptos científicos, técnicos, sociales y principalmente humanísticos, característica que distinguirá a sus egresados. Dentro de la formación integral que

poseerán las egresadas, se destacará la conciencia de la problemática socioeconómica y política que afecta a la salud en nuestro país, así como su influencia en el ejercicio de la profesión, y la importancia de su participación como miembro de un equipo interdisciplinario para promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

La egresada ha de ser líder por la actitud de resolver y afrontar problemas, hecho que es especialmente importante en enfermería, donde la materia de trabajo es el hombre o la comunidad misma. La egresada no solo adquirirá los conocimientos y actitudes ya mencionadas, sino también el interés por la importancia que tiene la investigación para el mejoramiento y desarrollo del ejercicio profesional.

1er SEMESTRE	2º SEMESTRE	3er semestre
<ul style="list-style-type: none"> *Metodología de la Investigación *Sociocronología *Atención de la Salud en México *Historia de la Enfermería *Propedéutica en Enfermería *Enfermería Comunitaria *Terminologías Técnicas *Química *Informática y Bioestadística *Historia del Pensamiento y Antropología *Filosófica 	<ul style="list-style-type: none"> *Anatomía y Fisiología Humana I *Ecología y Salud *Psicología General *Fundamentos de Enfermería I *Bioquímica *Historia del Pensamiento 	<ul style="list-style-type: none"> *Anatomía y Fisiología Humana II *Farmacología *Nutrición básica y aplicada *Fundamentos de Enfermería II *Enfermería Médico Quirúrgica *Ética General
4º SEMESTRE	5º SEMESTRE	6º SEMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> *Proceso salud-enfermedad en el niño *Enfermería del niño *Desarrollo de la personalidad infantil *Didáctica de la educación para la salud *Historia del Pensamiento II *Principios Éticos de la Conducta 	<ul style="list-style-type: none"> *Proceso salud enfermedad en el adolescente, *Adulto y anciano I *Enfermería del adolescente, del adulto y del anciano I *Hematología, Nefrología, Neumología, Cardiología, Otorrinolaringología *Desarrollo de la personalidad del adolescente, del adulto y del anciano *Administración General *Bioética I 	<ul style="list-style-type: none"> *Proceso salud enfermedad en el adolescente, en el adulto y el anciano II *Enfermería del adolescente, del adulto y del anciano II *Gastroenterología, Traumatología y Ortopedia, Oncología, Geriátría, Neurología, Endocrinología *Administración de los servicios de Enfermería *Bioética II
7º SEMESTRE	8º SEMESTRE	
<ul style="list-style-type: none"> *Obstetricia I *Genética Humana *Enfermería Pediátrica *Ética Profesional y Legislación *Docencia en Enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> *Obstetricia II *Enfermería Avanzada *Enfermería Psiquiátrica *Elaboración de Tesis 	

ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

El plan de estudios está organizado por asignaturas en ocho semestres secuenciales, mismas que se relacionan en forma horizontal y vertical.

En el primero y segundo semestre se abordan los contenidos teóricos conceptuales y metodológicos fundamentales de la carrera, que sustentan el desarrollo de las asignaturas de enfermería durante los seis semestres restantes. Del tercero al sexto semestre se desarrollan contenidos que determinan las competencias laborales del profesional, a través de asignaturas básicas que dan sustento al conocimiento de las características del desarrollo de la persona. Del séptimo al octavo semestre se adquieren elementos para el desarrollo de la práctica de enfermería que tiene un carácter integrador y significativo, estrechamente vinculado con la investigación de las necesidades de salud de la población y su participación en el auto cuidado a la salud.

El egresado mostrará competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales basadas en valores directamente relacionados con la estructura conceptual de la profesión, que incluye cuatro elementos esenciales como fenómenos específicos de interés para la ciencia de la enfermería: persona, entorno, salud y atención.

Aplicar con alto sentido humano el método enfermero en la persona, familia o comunidad. Desarrollar el método enfermero atendiendo a las características de la persona adulta y senecta, de la mujer embarazada de alto, mediano y bajo riesgo y del neonato.

Desarrollar técnicas específicas para la atención de la salud de la persona en sus diferentes etapas de vida, con enfoque de riesgo. Competente en el ejercicio libre de la profesión con un alto sentido ético con la sociedad.

Desarrollar la práctica de la enfermería, caracterizada por una actitud de respeto hacia la naturaleza biopsicosocial, política, cultural y religiosa del ser humano. Generar la auto gestión y participación de la comunidad para la realización y promoción del autocuidado a la salud. Desarrollar una conducta profesional basada en principios éticos relacionados con la sociedad, personas, colegas y para el desarrollo de su profesión.

1er SEMESTRE	2º SEMESTRE	3er semestre
<ul style="list-style-type: none"> * FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE ENFERMERIA * HISTORIA DEL CUIDADO ENFERMERO * ANATOMÍA * ECOLOGÍA Y SALUD * PSICOLOGÍA APLICADA AL CUIDADO ENFERMERO * SALUD Y ENTORNO SOCIOECONÓMICO I * COMPUTACIÓN I 	<ul style="list-style-type: none"> * FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DE ENFERMERIA * FILOSOFÍA Y ENFERMERIA * EDUCACIÓN PARA LA SALUD * FISIOLÓGIA HUMANA * BIOQUÍMICA * PSICOLOGÍA EVOLUTIVA * SALUD Y ENTORNO SOCIOECONÓMICO II * COMPUTACIÓN II 	<ul style="list-style-type: none"> * ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO Y DEL SENECTO I * BIOÉTICA Y TANATOLOGÍA EN ENFERMERIA * MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA * PATOLOGÍA GENERAL DEL ADULTO Y EL SENECTO I * NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA I * FARMACOLOGÍA
4º SEMESTRE	5º SEMESTRE	6º SEMESTRE
<ul style="list-style-type: none"> * ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO DEL ADULTO Y SENECTO II * ENFERMERIA EN EL AUTOCUIDADO A LA SALUD MENTAL * SALUD PÚBLICA * PATOLOGÍA GENERAL DEL ADULTO Y EL SENECTO II * NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA II 	<ul style="list-style-type: none"> * ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO MATERNO-INFANTIL * PUERICULTURA * GINECOBSTRICIA Y PERINATOLOGÍA * DESARROLLO HUMANO E IDENTIDAD PROFESIONAL I 	<ul style="list-style-type: none"> * ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO DEL NIÑO * CLÍNICA PEDIÁTRICA * LEGISLACIÓN PROFESIONAL EN ENFERMERIA * DESARROLLO HUMANO E IDENTIDAD PROFESIONAL II * INGLÉS I (coocurrutar)
7º SEMESTRE	8º SEMESTRE	
<ul style="list-style-type: none"> * GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERIA * LIDERAZGO Y ASERTIVIDAD EN ENFERMERIA * INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA I * INGLÉS II (coocurrutar) 	<ul style="list-style-type: none"> - ENFERMERIA Y AUTOCUIDADO DE LA COMUNIDAD - EPIDEMIOLOGÍA Y BIOESTADÍSTICA - INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA II - INGLÉS III (coocurrutar) 	

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

Este modelo universitario se propone formar alumnos conscientes de las determinantes y problemas sociales por enfrentar, y capaces de asumir la actitud crítica que los habilite para la creación de una cultura democrática. Deberán comprender que lo relevante del proceso de enseñanza-aprendizaje es la construcción colectiva del conocimiento en la integración de contenidos y métodos para la apropiación y transformación de la realidad en que se desenvuelven, y asimismo, que los problemas de la mayoría son sus propios problemas, que en ellos participan y que se ven afectados por ellos directa e indirectamente.

Es condición que los alumnos participen activamente en el proceso de su propia formación y en el desarrollo de su modelo educativo.

Sistema de enseñanza aprendizaje

La Docencia se ejerce mediante un sistema de enseñanza-aprendizaje organizado en módulos, calendarizados en ciclos trimestrales donde se integran la docencia, la investigación y el servicio.

Tronco General:	Un año	Tres Módulos.
Tronco interdivisional	Primer trimestre	Conocimiento y Sociedad. (Lo cursan alumnos de todas las carreras).
Tronco Divisional:	Segundo trimestre	Procesos celulares fundamentales.
	Tercer trimestre	Energía y consumo de sustancias fundamentales. (Lo cursan alumnos de todas las carreras de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud).
Tronco básico profesional:	Cuarto trimestre	El hombre y su medio exterior.
	Quinto trimestre	El hombre y su medio interno.
	Sexto trimestre	Proceso de reproducción.
	Séptimo trimestre	Proceso de crecimiento y desarrollo en el infante y preescolar.
	Octavo trimestre	Procesos de crecimiento y desarrollo en el escolar y adolescente.
	Noveno trimestre	Salud y productividad en el medio urbano y suburbano.
	Décimo trimestre	Salud y productividad en el medio rural.
	Undécimo trimestre	Recursos humanos en Enfermería. Formación.
Duodécimo trimestre	Recursos humanos en Enfermería. Administración.	

2.3.2 ATENCIÓN ESPECIFICA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

El paciente grave presenta una patología que lo puede conducir a la curación, a la agonía o a la muerte; por esta razón la atención de enfermería será en esencia la misma, tanto para el paciente que responde favorablemente al tratamiento, como para el que no lo hace. Este paciente también tendrá necesidades que deberán atenderse con la prontitud y habilidad que el caso requiera, a fin de lograr su tranquilidad y la de sus familiares, a menos que la muerte se presente en forma repentina estas necesidades del paciente agónico serán similares a las del paciente gravemente enfermo.

- ✓ La somnolencia, el estupor y el coma, son manifestaciones que generalmente presenta el paciente agónico, aunque este puede conservar todas sus facultades mentales aun hasta el momento de la muerte, perder el conocimiento, estar confuso varios días e incluso antes de morir.
- ✓ La gravedad se refiere al estado en que las funciones orgánicas del paciente están disminuidas y que pueden preceder a la muerte.
- ✓ La agonía es el estado que precede a la muerte y la vida se extingue gradualmente.

- ✓ La muerte puede conceptualizarse como el cese de todas las funciones orgánicas, o como la desorganización de la materia viva, que hace definitivamente imposible todas y cada una de las funciones vitales.

SIGNOS DE MUERTE INMINENTE.

Estos se clasifican entres tipos:

- ⇒ Signos precursores.
- ⇒ Signos de valor absoluto.
- ⇒ Descomposición de los tejidos.

SIGNOS PRECURSORES.

- Reflejos que desaparecen en forma gradual y no hay movimiento.
- Respiración rápida con periodos de apnea.
- Expresión de angustia y en muchas ocasiones aparición de cianosis.
- Piel fría y húmeda.
- Pulso acelerado y rápido, pupilas midriáticas y mirada fija al aumentar la anorexia.
- Hipotensión e hipotermia.
- Pérdida del conocimiento y sensibilidad.

SIGNOS DE VALOR ABSOLUTO.

- Suspensión de la respiración.
- Falta de circulación.
- Enfriamiento progresivo del cuerpo hasta la temperatura del medio ambiente.
- Resequedad de la piel.
- Aparición de una "telilla" en la córnea.
- Pupilas dilatadas e inmóviles con retracción de los globos oculares.
- Rigidez de las extremidades superiores e inferiores.

DESCOMPOSICIÓN TISULAR.

- Se refiere a la putrefacción, maceración y saponificación.

El aspecto del paciente indica que sus funciones vitales van disminuyendo a medida que suceden estos cambios orgánicos. Estos cambios o manifestaciones preliminares pueden ser:

1. Pérdida del tono muscular.

- Incontinencia urinaria y fecal.
- Disfagia y por siguiente acumulación de secreciones en la garganta.
- Dificultad para conservar su posición en la cama.
- Boca parcialmente abierta.
- Facies hipocráticas (aspecto lívido, piel retraída, nariz afilada, ojos hundidos, mirada fija, pómulos prominentes y palidez cadavérica).

2. Detección progresiva de la peristalsis.

- Anorexia en forma progresiva.
- Distensión abdominal.
- Náuseas o vómito.

3. Disminución de la temperatura corporal.

4. Disminución de la circulación.

- Pulso filiforme.
- Palidez facial y expresión de ansiedad e inquietud.
- Presencia de cianosis peribucal, ungueal y de extremidades.
- Facies hipocráticas.

5. Dificultad respiratoria.

- Acumulación de secreciones en bronquios y garganta originando los "estertores de muerte".
- Respiración de Cheyne-Stokes.
- Presencia de ansiedad e inquietud.

6. Alteración de los sentidos.

- Visión borrosa y presencia de secreciones o costras.
- Percepción auditiva presente.

Enfermo en fase terminal es aquel que padece una enfermedad por la que posiblemente vaya a morir, en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico. Por lo que hay que ayudarlo a que cuando muera, tenga una real muerte adecuada.

Sus necesidades físicas son:

1. La sensibilidad, los movimientos y los reflejos, le empieza a perder el enfermo por las piernas y los pies, por lo que se debe vigilar que las sábanas estén suficientemente flojas.
2. Al parecer una abundante sudoración, señal del deterioro de la circulación periférica, la piel se enfría. Sin embargo, la temperatura del organismo aumentará. La agitación que generalmente presenta el moribundo se debe muchas veces a la sensación de calor: muchos enfermos intentan quitarse las sábanas. Necesitan pues ropas ligeras y circulación de aire fresco.
3. Conforme pasa el tiempo, el moribundo va perdiendo tanto la visión como la audición. Sólo ve lo que le está muy cerca y oye nada más lo que se le dice directamente. Se tiene que procurar que la habitación tenga luz suficiente, si es indirecta mejor, y pedir a los familiares que no hablen en voz baja, sino cerca de él, al oído pudiera ser, con voz clara y con respuestas sinceras.
4. Aunque vaya disminuyendo su sensibilidad, el enfermo en fase terminal siente la presión. Por lo que se debe tocar.

5. La presencia del dolor físico puede ser continua a lo largo de todo el proceso agónico. Hay que curarlo.
6. Con frecuencia el enfermo en fase terminal, permanece con plena conciencia casi hasta el final. Lo que significa que hasta el final, hay que brindarte un cuidado holístico, total: biofisiológico, psicológico, emocional, social, afectivo, místico, religioso, espiritual.
7. Proporcionar un medio ambiente propicio.
8. Atender al paciente en sus necesidades espirituales.
9. Administrar los medicamentos conforme a las manifestaciones clínicas propias de los padecimientos que éste presenta.¹⁹

Necesidades psicológicas del paciente en fase terminal:

1. Pérdida de salud: la primera y las más obvia. Lo que ya no es tan manifiesto, son las consecuencias necesarias por esta pérdida, el enfermo también pierde su seguridad, incluyendo quizá la que da la esperanza, ya que su futuro le es incierto; pierde su tranquilidad, hasta económica en muchos casos, pierde su estabilidad, también emocionalmente hablando, pierde su autonomía, es decir, se vuelve una persona dependiente de todos y para todo, y llega a perder hasta su capacidad de decisión, por más que se trate de su propia vida.
2. Pérdida de libertad: libertad de movimiento, ya que por el gran debilitamiento que padece no podrá moverse aunque esté obligado por no cambiar de postura; también perderá su libertad de pensar: la mezcla de emociones que sufre, lo obligará a pensar siempre en una misma dirección, perderá su libertad e privacidad aunque sea el protagonista del drama.
3. Pérdida del cuerpo: lo pierde como aliado, como su amigo. Desde el momento en que comentó el proceso degenerativo, consecuencia de la enfermedad terminal, su cuerpo se convierte en el enemigo actual y en un obstáculo para su autorrealización. Para muchos pacientes esto reviste la mayor importancia: hasta se apenan de que alguien vea su deterioro físico.

¹⁹ ROSALES Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. El Manual Moderno. México 1996 p.p. 429-434

4. **Pérdida de la imagen propia:** ante el deterioro físico aparece la pérdida de autoestima, principio de una depresión que puede ser muy profunda.
5. **La pérdida de la paz interior:** ante la cercanía de la muerte, el moribundo comenzará a hacer un auto análisis de su vida y si no se le a ayudado en todas sus pérdidas, el saldo será negativo para él. Igual le sucederá cuando, sin llegar aún a la depresión anticipadora, empiece a enfrentar la realidad de su próxima cercana muerte.²⁰

2.3.3 RESPIRACION CARDIOPULMONAR (RCP BASICO)

El objetivo primordial de la RCP es suministrar oxígeno suficiente para mantener la vida de una persona que sufrió de un paro respiratorio o cardiaco, mientras llega la asistencia médica. Con esta técnica se puede restablecer la actividad cardiaca, pero la clave del éxito es la rapidez con que se ejecute la RCP así como de su correcta aplicación.

Es importante señalar que la tardanza es un elemento que puede llevar al fracaso todo el esfuerzo de resucitación, ya que en un intervalo de 4 a 6 minutos después del paro puede ocurrir daño cerebral ya que no hay circulación y el cerebro se daña y es muy susceptible a la falta de oxígeno, glucosa al no recibir sangre continuamente. Este periodo es muy estricto, salvo en condiciones inusuales como el ahogamiento en aguas muy frías.

Lo más importante es reconocer la necesidad de acción inmediata y apropiada así como de ejecutar los pasos de la RCP de una manera rápida y correcta.

Paro Respiratorio

Cuando la respiración es lo que se detiene primero, el corazón puede seguir latiendo un lapso de tiempo (algunos minutos) y el oxígeno existente en la sangre puede seguir circulando por el cerebro y

²⁰ ROSALES Op. Cit. pág. 461

a otros órganos vitales. La pronta intervención en las víctimas que cayeron en paro respiratorio o tienen las vías aéreas obstruidas pueden prevenir el paro respiratorio. Algunas de las condiciones que pueden producir el paro respiratorio son el ahogamiento, el coma, obstrucción de las vías aéreas (atragantamiento o taponamiento por secreciones), inhalación de humo, sobre dosis de drogas, sofocación y un ataque cardíaco.

Si la falta de respiración es lo único que se presenta se puede hacer necesario despejar o abrir la vía aérea o la respiración de emergencia por parte de una persona que lo este auxiliando inclusive se puede hacer necesarias ambas situaciones.

Paro Cardíaco

Cuando el corazón se para la sangre deja de circular en todo el cuerpo y el oxígeno almacenado en los órganos del cuerpo se acaba en algunos segundos.

Si la falta de circulación es también ausente, la compresión externa del pecho se hará necesaria comenzándose en combinación de la respiración de emergencia.

El entendimiento racional de la secuencia de los pasos de la RCP es esencial para llevar a cabo un BLS (soporte básico vital) de manera exitosa. La RCP se enfoca en tres áreas básicas:

A: Vías aéreas

B: Respiración

C: Circulación

VÍAS AÉREAS.

Si la víctima no responde en los intentos de despertarlo se debe solicitar llamar por ayuda sin dejar solo al paciente, en el caso de que nadie responda de inmediato proceda el RCP, debe volver a hacer la llamada de auxilio esperando que alguien escuche y llame a la asistencia médica. Para que la RCP

sea efectiva el individuo estará en posición supina, horizontal, de espaldas y colocado en una superficie firme y plana (tabla o suelo). De otra manera, las compresiones externas del pecho no surtirán el efecto deseado, ya que si la cabeza está elevada al menos unos centímetros la sangre no fluirá hacia el cerebro. El manejo de las vías aéreas y la respiración de emergencia se hace más fácil si el paciente está en posición supina.

LA RESPIRACION

Evaluación: Determinar la falta de la respiración en la víctima, para evaluar la presencia de la respiración en la víctima, el resucitador debe escuchar mientras mantiene la vía aérea abierta y observar el pecho de la víctima, el resucitador debe hacer lo siguiente:

Observar si el pecho de la víctima se eleva y se abate.

Escuchar el aire mientras hay exhalación.

Sentir el flujo del aire.

Si la víctima carece de movimiento pectoral y exhalación quiere decir que no está respirando.

Complicaciones: la inadecuada y excesiva ventilación pueden causar diversos problemas como la distensión gástrica.

LA CIRCULACIÓN

La Evaluación: Determinar la falta de pulso. Una vez que el resucitador ha dado dos respiraciones exitosas debe de efectuar el examen de pulso, en el caso de que no exista pulso se debe ejecutar la compresión externa del pecho.

La compresión externa del pecho suministra la circulación sanguínea al corazón, pulmones y al resto del cuerpo, como consecuencia de una elevación en la presión de la caja torácica. Claro que la circulación así suministrada nunca será como la que el corazón realiza, en general solo da un 20% a un 30% de la salida normal que el corazón realiza.

3. DESARROLLO

3.1 Descripción y Análisis de cuadros (cuadros y gráficas).

DESCRIPCIÓN DE CUADROS.

CUADRO 1

De los 581 alumnos encuestados en las distintas escuelas el 56.11% (326) corresponde a alumnos de la ENEO, el 17.56% (102) corresponde a la ESEO, el 23.75% (138) corresponde a la UAM y el 2.58% (15) corresponde a la Universidad Panamericana.

CUADRO 2

En el cuadro anterior se denota que de los alumnos encuestados, el 81.60%(266) de la ENEO, el 96.08%(98) de la ESEO, el 67.39%(93) de la UAM y el 73.33%(11) de la Panamericana contestó que atiende a pacientes terminales pocas veces, mientras que el 18.40%(60) de la ENEO, el 3.92%(4) de la ESEO, el 32.61%(45) de la UAM y el 26.67%(4) de la Panamericana contestó que muy a menudo.

CUADRO 3

Con respecto a la pregunta, ¿para usted que es la eutanasia?, el 82.82%(270) de la ENEO, el 93.14%(95) de la ESEO, el 53.62%(74) de la UAM y el 33.33%(5) de la Panamericana contestó que es el acto de ayudar a bien morir, mientras que el 17.18%(56) de la ENEO, el 6.86%(7) de la ESEO, el 46.38%(64) de la UAM y el 66.67%(10) de la Panamericana respondió equivocadamente.

CUADRO 4

Con relación a si aplicase la eutanasia con ayuda de otros miembros del equipo de salud el 77.61%(253) de la ENEO, el 88.24%(90) de la ESEO, el 65.94%(91) de la UAM y el 60.00%(9) de la Panamericana contestó que no la aplicaría, mientras que el 22.39%(73) de la ENEO, el 11.76%(12) de la ESEO, el 34.06%(47) de la UAM y el 40.00%(6) de la Panamericana afirmó que sí la aplicaría.

CUADRO 5

Al cuestionar si sabe lo que significa la orden de no reanimar el 12.71%(120) de la ENEO, el 8.82(9) de la ESEO, el 16.67%(23) de la UAM y el 46.67%(7) de la Panamericana contestó que si sabe,

mientras que el 87.29%(206) de la ENEO, el 91.18%(93) de la ESEO, el 83.33%(115) de la UAM y el 53.33%(8) de la Panamericana contestó que lo ignora.

CUADRO 6

Al cuestionar sobre los motivos por el cual aplicaría la orden de no reanimar el 74.54%(243) de la ENEO, el 97.06%(99) de la ESEO, el 54.35%(75) de la UAM y el 26.67%(4) de la Panamericana respondió que por acuerdo médico familiar cuando las condiciones del paciente sean deplorables, mientras que el 25.46%(83) de la ENEO, el 2.94%(3) de la ESEO, el 45.65%(63) de la UAM y el 73.37%(11) de la Panamericana se decide por cumplir las indicaciones medicas.

CUADRO 7

Con relación a la pregunta de si algunos médicos o enfermeras con las que ha trabajado han acelerado la muerte de algún paciente terminal; el 85.89%(280) de la ENEO, el 26.47%(27) de la ESEO, el 61.59%(85) de la UAM y el 26.67%(4) de la Panamericana menciona que si han tenido contacto con personas que han acelerado la muerte a sus pacientes, mientras que el 14.11%(46) de la ENEO, el 73.53%(75) de la ESEO, el 38.41%(53) de la UAM y el 26.67%(11) de la Panamericana dijo que no.

CUADRO 8

En la pregunta sabe ¿qué es una reanimación lenta?, el 37.73%(123) de la ENEO, el 0.98%(1) de la ESEO, el 23.19%(32) de la UAM y el 40.00%(6) de la Panamericana menciona que si sabe, mientras que el 62.27%(203) de la ENEO, el 99.02%(101) de la ESEO, el 76.81%(106) de la UAM y el 40.00%(9) de la Panamericana no sabe lo que significa.

CUADRO 9

Con relación ha si ha presenciado alguna vez en algún hospital la ejecución de una reanimación lenta el 13.19%(43) de la ENEO, el 74.51%(76) de la ESEO, el 57.25%(79) de la UAM y el 46.67%(7) de la Panamericana contestó que nunca, mientras que el 86.81%(283) de la ENEO, el 25.49%(26) de la ESEO, el 42.75%(59) de la UAM y el 53.33%(8) de la Panamericana contesta que si lo ha presenciado.

CUADRO 10

Al preguntar si considera ética una reanimación lenta el 24.23%(79) de la ENEO, el 8.82%(9) de la ESEO, el 38.14%(53) de la UAM y el 53.33%(8) de la Panamericana lo considera como ético, mientras que el 75.77%(247) de la ENEO, el 91.18%(93) de la ESEO, el 61.59%(85) de la UAM y el 46.67%(7) de la Panamericana contestó que no.

CUADRO 11

Al cuestionar ¿qué es la tanatología?, el 9.20%(30) de la ENEO, el 2.94%(3) de la ESEO, el 24.64%(34) de la UAM y el 80.00%(12) de la Panamericana no sabe la respuesta y divagó entre el estudio de la vida, una rama de la parapsicología, mientras que el 90.80%(296) de la ENEO, el 97.06%(99) de la ESEO, el 75.38%(104) de la UAM y el 20.00%(3) de la Panamericana contesta que es el estudio de la muerte.

CUADRO 12

Al preguntar ¿qué entiende por paciente en fase terminal? el 28.22%(92) de la ENEO, el 4.90%(5) de la ESEO, el 41.30%(57) de la UAM y el 60.00%(9) de la Panamericana afirman que es un individuo desahuciado que cursa un padecimiento agudo, mientras que el 71.78%(234) de la ENEO, el 95.10%(97) de la ESEO, el 58.70%(81) de la UAM y el 40.00%(6) de la Panamericana responde que es un paciente que está en la última etapa de evolución de una enfermedad mortal o bien que es una persona que padece una enfermedad que posiblemente muera en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico.

CUADRO 13

Con relación a la pregunta de que si la eutanasia es legal en nuestro país el 5.83%(19) de la ENEO, el 0.98%(1) de la ESEO, el 7.97%(11) de la UAM y el 53.33%(8) de la Panamericana afirma que si es legal, mientras que el 94.17%(307) de la ENEO, el 99.02%(101) de la ESEO, el 92.03%(127) de la UAM y el 46.67%(7) de la Panamericana contesta que no es legal.

CUADRO 14

Sobre quien decide, entre vivir o morir cuando se tiene una enfermedad terminal el 68.26%(216) de la ENEO, el 98.04%(100) de la ESEO, el 57.79%(80) de la UAM y el 60.00%(9) de la Panamericana opina que debe ser tomada por los familiares, el equipo de salud y todos en conjunto, mientras que el

33.74%(110) de la ENEO, el 1.96%(2) de la ESEO, el 42.03%(58) de la UAM y el 40.00%(6) de la Panamericana opina que la decisión la debe de tomar el paciente.

CUADRO 15

Al cuestionar si en su preparación profesional le han hablado sobre la ayuda que debe proporcionar al paciente en fase terminal, el 88.04%(287) de la ENEO, el 95.10%(97) de la ESEO, el 82.81%(114) de la UAM y el 66.67%(66.67) de la Panamericana afirma que sí, mientras que el 11.96%(39) de la ENEO, el 4.90%(5) de la ESEO, el 71.39%(24) de la UAM y el 33.33%(5) de la Panamericana afirman que no les hablaron al respecto.

CUADRO 16

En cuanto ha si estuviese de acuerdo en que se impartieran cursos o pláticas con respecto al tema el 3.07%(10) de la ENEO, el 6.86%(7) de la ESEO, el 5.07%(7) de la UAM y el 46.67%(7) de la Panamericana lo rechazo, mientras que el 96.93%(316) de la ENEO, el 93.14%(95) de la ESEO, el 94.93%(131) de la UAM y el 53.33%(8) de la Panamericana si está de acuerdo en que se impartan cursos o pláticas.

CUADRO 17

En la pregunta, que le produce el atender una paciente en fase terminal el 95.71%(312) de la ENEO, el 94.12%(96) de la ESEO, el 89.13%(123) de la UAM y el 80.00%(12) de la Panamericana especifican que le provoca pena, tristeza, miedo, dolor y otras, mientras que el 4.29%(14) de la ENEO, el 5.88%(6) de la ESEO, el 10.87%(15) de la UAM y el 20.00%(3) de la Panamericana indica que le provoca indiferencia.

CUADRO 18

Con relación a la pregunta si usted fuera un paciente en fase terminal pediría que se le aplicara la eutanasia el 58.75%(185) de la ENEO, el 78.43%(80) de la ESEO, el 72.46%(100) de la UAM y el 88.67%(13) de la Panamericana si lo pidiese, mientras que el 43.25%(141) de la ENEO, el 21.57%(22) de la ESEO, el 27.54%(38) de la UAM y el 13.33%(2) de la Panamericana no estaría de acuerdo en pediría para sí.

CUADRO 19

De acuerdo con la pregunta de jerarquizar los cuidados de enfermería que se le brindan al paciente en fase terminal, tenemos que del total de 581 encuestados, el 85.03%(494) se basan en los cuidados propuestos por Virginia Henderson, mientras que el 14.97%(87) consideran que los cuidados se darán de acuerdo a las características del paciente.

CUADRO 20

Con respecto a la pregunta ¿Para usted que es la muerte? del total de los 581 encuestados de las distintas universidades el 98.10%(570) considera que es cese de los signos vitales, mientras que el 1.90%(11) considera que es termino del periodo de la vida.

ANÁLISIS DE CUADROS.

CUADRO 1

Respecto al número de alumnos por institución más del 55% pertenece a la ENEO esto se debe a que en número de matrícula para la licenciatura es mayor que cualquier otra institución que participó en esta investigación, le sigue con un 23% la UAM sólo que esta maneja sus estudios por cuatrimestre y por último tenemos a la ESEO y Panamericana, el cual en conjunto hacen un total del 35% del total de los encuestados.

CUADRO 2

Respecto a la frecuencia con la que atienden a paciente en fase terminal, la mayoría señala que pocas veces. Esto significa que durante la formación académica, con relación a las prácticas hospitalarias, estos tipos de pacientes son atendidos generalmente por el personal de línea de la institución por el cuidado específico que requieren y los estudiantes solo apoyan a la enfermera. Por otra parte, los pacientes terminales solo son ingresados cuando requieren procedimientos de urgencias, por lo tanto el contacto con los estudiantes es mínimo.

CUADRO 3

Más del 80% de los encuestados de la ENEO y ESEO conocen el significado de la eutanasia, mientras que el 50% de la UAM y Panamericana divagan en una respuesta incorrecta; Esto es debido a que dentro del plan de estudios de las instituciones pertenecientes a la presente investigación se

toca el tema del paciente en fase terminal y de los aspectos que lo circundan. Sin embargo los alumnos que contestaron equivocadamente a la pregunta indica que no han tenido contacto con el tema o que tal vez en su plan de estudios la materia correspondiente tenga distinta distribución o el contenido de la misma sea diferente.

CUADRO 4

Los que contestaron la que no aplicarían de la eutanasia con el equipo de salud se basan presumiblemente en sus conocimientos del tema recibidos durante su preparación profesional, y en su código ético y legal con la finalidad de preservar la vida del paciente hasta donde sea posible; sin embargo, los que si la aplicasen probablemente por el desconocimiento que tiene sobre el tema o aun no prestan su servicio en algún hospital en el manejo de estos pacientes, ignoran las complicaciones ético-legales que podían presentarse al llevar a cabo esto.

CUADRO 5

Con relación a si sabe que significa la orden de no reanimar la mayoría de los encuestados contesto que ignora el término o el significado, esto se debe a que en las instituciones educativas durante la preparación profesional, no es algo que comúnmente se utiliza y de esta forma crea en los estudiantes deficiencias de conocimientos al respecto para decidir en el momento preciso, y no solo cumplir las ordenes.

CUADRO 6

La mayoría de los encuestados opina que lo ideal sería aplicar la orden de no reanimar, siempre y cuando fuese por un acuerdo médico familiar, ya que las condiciones del paciente así lo amerita. Sin embargo otros opinan que se basarían en las indicaciones médicas; esto se debe a que se nos enseña a seguir estas indicaciones, pero no todos tienen la capacidad para tomar una decisión ya que esto traería como consecuencia un problema ético legal.

CUADRO 7

Con relación a que si han trabajado con médicos y enfermeras que han acelerado la muerte de pacientes en fase terminal el 68.16% de los encuestados afirman si han tenido contacto con este tipo de personal, mientras que el 31.84% nunca ha tenido la experiencia de trabajar con este tipo de personal. Esto se debe a que en muchas ocasiones estos tipos de pacientes sólo son atendidos por el

personal de línea de los hospitales, y en algunas ocasiones los maestros de las distintas escuelas reconocen el compromiso que trae consigo el atender a este tipo de pacientes o las mismas instituciones hospitalarias no permiten que los estudiantes estén a cargo de este tipo de pacientes.

CUADRO 8

Respecto a si sabe que es una reanimación lenta la mayor parte de los alumnos encuestados no conoce lo que significa, por lo que inferimos que no se hace mención del concepto dentro de su plan de estudios o dentro de los hospitales donde se realizan sus practicas. Por tanto, hay que tomar en cuenta que hay diferentes criterios para determinar una reanimación lenta y es tal vez este aspecto lo que influyó en los alumnos que contestaran afirmativamente a la pregunta.

CUADRO 9

Los estudiantes que contestaron que han presenciado alguna vez una reanimación lenta: el 64.72% del total de los encuestados posiblemente confunden este significado con la reanimación cardiopulmonar (RCP), ya que en el cuadro anterior se denota que más del 72.12% no conoce el significado de lo que es una reanimación lenta.

CUADRO 10

Acerca del aspecto ético de la reanimación lenta la mayoría contestó que no es ético, lo que indica un conocimiento de códigos éticos legales, en donde el fin principal de los profesionales de la salud es el de preservar la vida del paciente hasta el momento de su deceso. Los que contestaron que si es ético una reanimación lenta basaron su opinión a una decisión del pronóstico médico malo para la vida del paciente y el alargamiento de su sufrimiento, avocándose solo a un código sentimental personal y no profesional.

CUADRO 11

De acuerdo a, para usted que es la tanatología la mayoría de los alumnos contestó satisfactoriamente ya que el significado está dentro de los aspectos circundantes al paciente en fase terminal y se incluyen algunos de estos aspectos importantes en el plan de estudios de los licenciados en enfermería. Por otra parte, el mínimo porcentaje desconoce el significado tal vez por la falta de interés al respecto.

CUADRO 12

Con relación a que se entiende por paciente en fase terminal, tres cuartas partes de los encuestados contestó satisfactoriamente mientras que una cuarta parte no lo hizo. Esto señala deficiencias de conocimiento en los conceptos que maneja la tanatología por lo que se puede afirmar que dentro de los planes de estudio de las distintas instituciones pertenecientes a la investigación se debe profundizar en los términos o incluir en el curso escolar, algunas clases con personal capacitado para complementar el conocimiento sobre el paciente en fase terminal.

CUADRO 13

La mayoría de estudiantes de licenciatura en enfermería sabe que la eutanasia no es legal en México, el mínimo desconoce que la eutanasia sea legal en nuestro país. Esto se debe probablemente a que durante su preparación académica no ha manejado el tema y desconocen aspectos legales que son importantes para nuestra formación profesional.

CUADRO 14

Quien debe decidir entre vivir o morir, la mayoría de los alumnos señalan que esta decisión debe ser tomada por el personal de salud y por los propios familiares del paciente. Mientras que los que opinan que sea el paciente quien decida, están en un error ya que se habla de pacientes que están en fase terminal y les sería difícil tomar este tipo de decisión, pero estas se basan en aspectos éticos y legales de acuerdo a los derechos del paciente.

CUADRO 15

Con respecto, a sí le han hablado sobre la ayuda que debe proporcionarse al paciente en fase terminal, la mayoría contestó que sí, por lo que dentro de la preparación de los licenciados en enfermería y obstetricia están incluidos los conocimientos necesarios para brindar atención a las necesidades biopsicosocial de este tipo de pacientes. Sin embargo por lo mencionado en cuadros anteriores es necesario profundizar en temas específicos en torno a ellos para poderles brindar atención de calidad y calidez.

CUADRO 16

Con relación, a sí estuviese de acuerdo en se impartieran cursos o platicas especiales del tema en cuestión, solo una mínima parte de los encuestados contestó que no, por lo que muestra una

concordancia de acuerdo con el cuadro anterior sobre la necesidad de los alumnos de mayor conocimiento y más profundidad con respecto al tema.

CUADRO 17

A la mayoría de los encuestados cuando están atendiendo a pacientes en fase terminal les produce tristeza, pena, miedo, dolor, entre otras que se pudieran describir. Esto se debe a que el paciente es dependiente de nosotros y por esa razón lo hacemos parte de nosotros mismos lo cual para nosotros sería positivo, el resto de los encuestados, les causa el mínimo interés ya que estos ven al paciente como una persona que necesita una atención profesional.

CUADRO 18

Parte de los encuestados responde que si solicitarían se les aplicara la eutanasia, esto se debe al miedo al dolor, ya que en su practica hospitalaria lo ven con frecuencia este tipo de pacientes. La otra parte opina que debe dejar que el paciente termine el ciclo de su vida por las cuestiones religiosas.

CUADRO 19

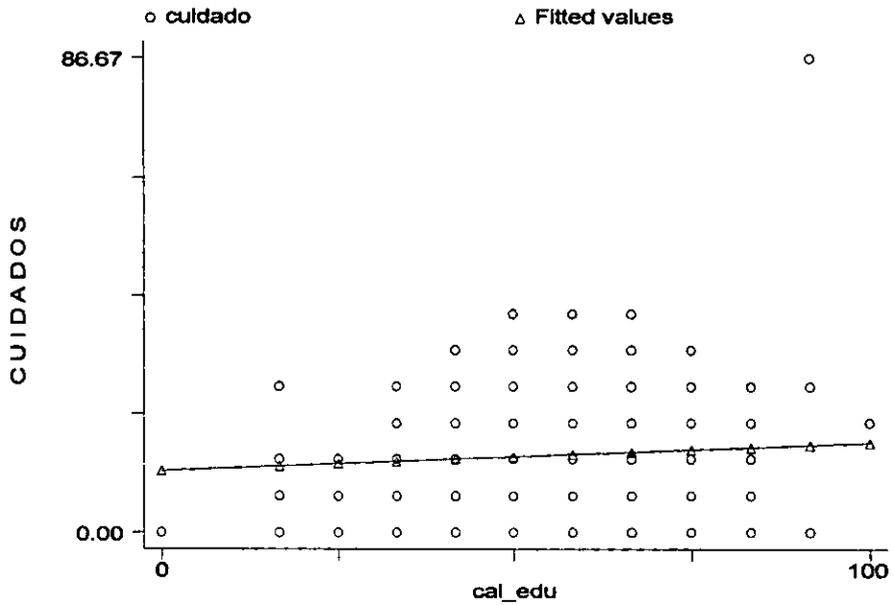
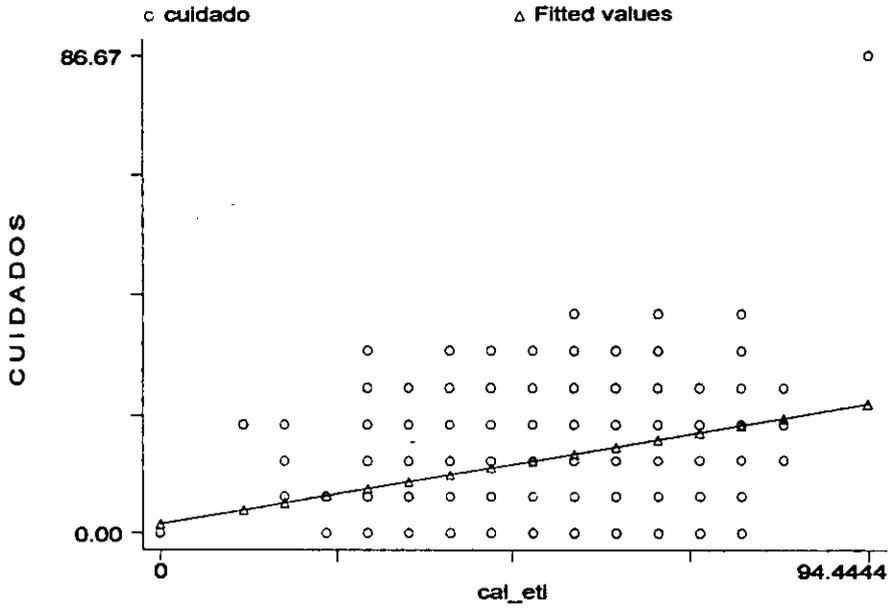
Se entiende que la mayoría de los encuestados se basa en los cuidados propuestos por Virginia Henderson atendiendo las necesidades básicas para preservar la vida o ayudar a bien morir, también se infiere que esta población encuestada atiende al paciente en fase terminal de acuerdo a las necesidades biopsicosociales y solo una minoría se basa en otro tipos de modelos de atención.

CUADRO 20

Durante la formación teórica-practica se nos enseña que la muerte es el cese de los signos vitales. Por tanto más del 95% de los encuestados manejan el concepto con una similitud de acuerdo con el significado de muerte. El porcentaje restante de los encuestados considera que muerte es el termino del periodo de la vida pudiéndose basar en cuestiones religiosas, personales y de otra índole, lo cual es impreciso por que esta enfocado el concepto al aspecto ético y legal.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

GRAFICAS DE LA COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.



4. CONCLUSIONES

En la realización de esta investigación y hacer partícipes a otras universidades que imparte la carrera de licenciatura enfermería y obstetricia nos hemos percatado que la mayor parte de estas trabajan en sus planes de estudios bajo un mismo régimen haciendo hincapié sobre los cuidados que se debe proporcionar a cualquier paciente en fase terminal.

A la ENEO-UNAM ingresa la mayor matrícula de profesionales en esta disciplina, debido al prestigio que representa ser egresado de ésta, derivado de la consolidación de la carrera, a partir de 1907 y que es rectora de un número considerable de escuelas de enfermería tanto en el D.F. como en los estados, razón por lo que los estudiantes están avalados por la eficiencia terminal y por la demanda del mercado de trabajo, lo anterior no demerita la formación que sé de en otros centros educativos.

La experiencia del estudiante con la atención al paciente en fase terminal es limitada por las políticas institucionales en el Sector Salud. Estas normas crean una situación de temor hacia brindar los cuidados a este tipo de pacientes. Tanto como estudiante como en el ejercicio profesional deriva en una insuficiente creatividad para la solución de problemas que crean este tipo de pacientes. Cabe hacer mención de la importancia de la sensibilización de las enfermeras de las instituciones para que permitan el acercamiento del estudiante hacia el paciente en etapa terminal, para que esto le permita desarrollar actividades y aptitudes hacia el paciente.

De acuerdo con los planes de estudio de las diferentes instituciones educativas existe similitud en algunas materias, pero sin embargo cada escuela aborda los dilemas éticos desde diferente perspectiva, lo que crea distintos criterios entre los alumnos con respecto al valor de la persona. La eutanasia es un concepto aprendido, tanto en la institución educativa como en el medio social, sin embargo es conveniente hacer explícitos los términos con el fin de que la población los utilice correctamente.

La orden de no reanimar implica el conocimiento cierto de las acciones específicas que deben realizarse en torno al paciente en fase terminal, ya que el desconocimiento nos lleva a problemas legales. Dentro de la organización de las instituciones de salud no se han unificado criterios para la atención del paciente en fase terminal, sobre todo en las directrices que sigue la orden de no reanimar y el conocimiento de un protocolo estandarizado, apoyaría la participación activa de los estudiantes al tener una mayor información al respecto. A un cundo exista el consenso que la reanimación es un procedimiento de urgencia, debe ser aplicado a cualquier paciente que así lo requiera.

Durante las practicas clínicas los estudiantes tuvieron poca oportunidad de identificar la orden de no reanimar que es consignada en los expedientes como RCP III que al no ser escrita hizo más difícil relacionarla con las acciones proporcionadas al paciente en fase terminal. Tal término ha tenido poca difusión tanto en las escuelas de enfermería como en los hospitales, por que las políticas limitan el ingreso de pacientes terminales. Sin embargo, los que se catalogan dentro de dicho termino durante su estancia en el hospital señalan la urgencia de unificar criterios basándose en los códigos éticos y la explicitación de los términos utilizados para el manejo de un lenguaje único.

Lo anterior se hizo evidente en el reconocimiento de los que es una reanimación lenta por que al no tener conocimiento de su existencia difícilmente se puede identificar dicho termino a las acciones concretas. De acuerdo a la postura ideológica de los estudiantes, en general, la carrera les da una postura conservadora por un insuficiente marco filosófico, sobre todo en el muro bioético que para fines prácticos dentro del área de la salud es necesario para tener bien definida la toma decisión y no crear problemas legales y dañen la identidad profesional en formación de los estudiantes.

El conocimiento del termino de tanatología investigado por algunos interesados en el tema es una minoría, por que en la carrera se enfatiza el valor de la vida y la muerte se omite por lo que se debe hacer énfasis en la divulgación, proyección e introyección de este concepto. La definición de un paciente en fase terminal tiene diferentes connotaciones, ya que esto se refleja en la respuesta, sobre

todo de la UAM y la ENEO porque en los campos de prácticas son pocos los pacientes que se atienden por un estudiante de enfermería.

Existe confusión acerca de la legalidad de la eutanasia penalizada en nuestro país y tema abordado en la asignatura de legislación, lo que se habría que remarcar la transparencia para no incurrir en acciones penalizadas. Los dilemas bioéticos abordados desde la perspectiva de la responsabilidad enmarca las acciones de acuerdo a los principios de la no maleficencia y las respuestas divididas en cuanto a largar la vida por medios artificiales, está influenciada por los valores personales que repercuten en las cuestiones de la calidad de vida y las expectativas que se pueden ofrecer al paciente.

De acuerdo a los principios bioéticos, el de autonomía considera a todos los hombres capaces de tomar decisiones que afecten su proyecto vital. Sin embargo el cegar la vida a solicitud de la propia persona es considerado un delito, por lo que los estudiantes que apoyaran al paciente en esta cuestión, al tener mayores conocimientos y enfrentar el problema tendrían bases para la toma de decisiones en sentido contrario. Por otra parte en el Código Penal, la eutanasia es un delito por tanto la solicitud de familiares, paciente y el equipo de salud; basado en el principio de beneficencia debe explicar la decisión de aceptar los tratamientos paliativos agresivos o no, y no solo sobre vivir o morir.

El modelo económico Neo-liberal se evidencia como una cultura de invertir recursos en quien tiene mayor probabilidad de años de vida saludable, en este sentido los estudiantes ya perciben los efectos de la utilización de recursos por lo que es necesario un enfoque más humanista en la educación que se imparte en las diferentes instituciones educativas. La formación recibida al respecto, en las diferentes instituciones educativas es poco concientizada como tal y menos aun cuando, manifiesten intereses en los cuidados junto con el persona de enfermería u operativo.

Los estudiantes asumen el dolor y miedo del paciente como algo propio y no limitan la objetividad, para proporcionales la atención necesaria y la posición del sumo paciente, es un buen ejercicio para reflejar valores y hacer participar a la familia en el apoyo requerido.

Las instituciones educativas han mostrado en los planes de estudio una mayor apertura en los aspectos bioéticos porque el encuentro con el paciente es en primer plano en este sentido al tener que considerarlo como persona, en el avance académico se observan los cambios respecto al valor de la vida y el dilema ético de precisar el término de esta al llegar la muerte.

Por otro lado, nos percatamos que la utilización del significado de tanatología no es muy común en el medio estudiantil durante la formación profesional y la realización de las prácticas hospitalarias. Esto se debe a que nos enseñan que es un paciente en fase terminal, pero dan una vaga explicación de como ayudar a bien morir, pero también es importante tomar en cuenta que la mayor parte de pacientes desahuciados sólo son atendidos por el personal de enfermería de línea de las instituciones, ya que para el estudiante sería una gran responsabilidad, tomado en cuenta que apenas está en la formación académica y de aprendizaje. También se puede hablar, de que la mayor parte de la terminología médica utilizada para la realización de esta investigación es muy poco conocida, podremos inferir que para hablar de todo lo que pudiera englobar la palabra de tanatología se requiere de un tiempo como si se cursara una materia normal dentro del plan de estudios y de esta forma, la participación de los licenciados en enfermería y obstetricia destacaría más en el campo de la atención al paciente en fase terminal

Pocos conocen los derechos de los pacientes así como, los problemas legales que se pudieran provocar una negligencia por parte del equipo de salud. De esta forma, si los conocieran haría al personal de salud más conscientes y humanos para el trato de pacientes en fase terminal; refiriéndonos al tema de investigación, pero se puede retomar para cualquier otro tipo de paciente. Por otro lado hablar de eutanasia es un tema polémico muy rebuscado y problemático ya que implica un enfoque multidisciplinario, tanto para el equipo de salud y los familiares de los pacientes en fase

terminal o desahuciados, ya que en ésta interviene la religión, la política, la economía y el ambiente social en general.

De los cuidados que se deben proporcionar a los pacientes en fase terminal, determinamos que estos cuidados se proporcionan basándonos en el código de enfermería propuesto por Virginia Henderson donde nos habla de las 14 necesidades básicas para atender un paciente, tomando en cuenta que éstas se proporcionarán de acuerdo a las características que pudiera presentar un paciente sin cambiar este modelo.

Y por último hacemos mención de la importancia que tiene el aprender a dar una técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP) ya que en la vida cotidiana se puede presentar una urgencia y solo el personal capacitado podrá aplicar esta técnica y no solo para practicarla en los pacientes en fase terminal.

5. PROPUESTA

Los avances de la ciencia y la tecnología a través de la investigación no tienen frontera alguna en el progreso, sobre todo en los asuntos relacionados con el principio de la vida y el final de la misma. Por esta razón la bioética ha cobrado auge a través de los principios de no maleficencia, de justicia, autonomía y beneficencia.

Dado que la bioética es parte de la filosofía se requiere de una mayor formación en este sentido para que las acciones, actitudes y la toma de decisiones tengan como referencia este sustento filosófico tan importante en el cuidado del enfermo, en el derecho a la asistencia, las virtudes de los profesionales al servicio de la salud entre otras.

La bioética contemporánea basada en el método de la responsabilidad es vigente por el apoyo que da a la complejidad de la realidad, en los diferentes contextos culturales convirtiéndola en una bioética racional y universal.

La preparación del licenciado en enfermería y obstetricia actualmente debe enfocarse hacia la atención integral al paciente en fase terminal, para preparar a éste y a sus familiares a enfrentar la muerte.

Esto debe basarse también en la autodeterminación del paciente de hacer valer su derecho a decidir que va hacer con su cuerpo y utilizar el consentimiento informado no forzarlo a aceptar un tratamiento que él no desee.

El personal de enfermería está obligado a mantener informado al paciente cuando éste consciente y aun no estándolo, lo que se le va a realizar, en que consiste el tratamiento que se le va a aplicar y cuáles son los riesgos o peligros inherentes o colaterales.

La practica de la enfermera enfrenta continuamente dilemas de tipo bioéticos.

Manejar la información adecuada sobre lo que es la bioética y sus principios así como también tener un conocimiento de lo que es la tanatología, la eutanasia, la distanasia, etc.

Ofrecer información dentro del marco legal, a la familia e incluso al paciente durante su atención integral intrahospitalaria.

Conocer las normas, reglas y políticas del hospital y del Sector Salud respecto a los aspectos bioéticos y legales que conlleven el cuidado de los pacientes.

6. GLOSARIO DE TERMINOS

Autanasia: Es la eutanasia decidida y practicada hacia otra persona sin su solicitud.

Auto eutanasia: Es aquella en la cual el enfermo pide se le ayude a dejar de sufrir.

Decisiones anticipadas: Término utilizado para referirse a documentos que indiquen los deseos de un paciente relativos a decisiones sobre atención médica.

Acción que aleja a la muerte, prolongando inútilmente una vida desesperanzado, con medios desproporcionados y costosos, contrarios al derecho a morir con dignidad y a la capacidad del enfermo y de los familiares.

Enfermo en fase terminal: Es una persona que padece una enfermedad por la que posiblemente muera en un tiempo relativamente corto y que conozca su Dx.

Ética: Es parte la filosofía proviene del griego Ethos que significa reflexión sobre la costumbre o usos sociales, pasa al latín como moral. Es una ciencia práctica y normativa que estudia racionalmente la bondad y maldad de los actos humanos siendo racional, científica, práctica y normativa.

Eutanasia: Muerte sin dolor. Teoría según la cual se podría acortar la vida de un enfermo incurable para que no sufriese. De acuerdo con el enfoque tanatológico profunda desesperanza que nunca será buena muerte.

Eutanasia activa: Es aquella que corta tajantemente la vida de un paciente en fase terminal.

Eutanasia pasiva: Es aquella en la que se prescinde paulatinamente de los medios artificiales para mantener la vida de un paciente en fase terminal.

Homicidio: Privar de la vida a otro, para esto es necesaria la existencia de dos personas, el occiso y la persona que por cualquier motivo le haya ocasionado la muerte.

Métodos artificiales de prolongación de la vida: Es cualquier Procedimiento que se realice por medio de aparatos tecnológicos que mantiene con vida artificial al paciente en fase terminal.

Moral: La palabra moral viene del latín mos, moris, que significa costumbre. De acuerdo con Gutiérrez Sáenz Raúl.- La moralidad describe el compromiso personal de cada individuo con los valores y en estos valores con frecuencia influyen las normas y expectativas.

Orden de no reanimar: Es la prescripción que está firmada por el médico del paciente que ordena no iniciar una RCP en el paciente (por lo general enfermo terminal y a punto de morir), en caso de que éste entre en paro cardíaco o respiratorio.

Orden de reanimación lenta: Cuando usted u otros miembros del equipo responden con lentitud a una situación de reanimación, o no emplean todos los medios disponibles para el mantenimiento de la vida, el resultado es una reanimación lenta e ilegal. En realidad, cualquier orden de no reanimar, acción que no está escrita, firmada y establecida, pero que se dé por sobre entendida se considera una orden ilegal de reanimación lenta. Si usted ejecuta una de estas órdenes y el paciente muere porque no intentó reanimarlo, es responsable de muerte ilegal (homicidio).

Reanimación cardiopulmonar: (RCP) Procedimiento de urgencia, que consiste en proporcionar respiración y realizar compresiones torácicas manuales, en un afán de restablecer a un paciente que ha entrado en paro cardiorespiratorio.

Tanatología: Rama del área médica que estudia todo lo relacionado con el proceso de la muerte, incluyendo las diferentes reacciones que provoca ésta sobre las personas.

Tratamiento que mantiene la vida: Cualquier procedimiento médico o actividad que sólo sirve para posponer el momento de la muerte de un paciente en estado terminal.

7. RERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **BONNIN** Barceló, Eduardo. La ética médica ante la negación de transfusiones de sangre por parte de los testigos de Jehová. II Congreso Internacional de Tanatología y Suicidiología. Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez. México, D.F. 1996
2. **GASULL** María. Modelos de Enseñanza de la Ética en la formación de Enfermería. Ed. Universidad Autónoma de Barcelona, España 1994 Pp. 120
3. **GÓMEZ** Sánchez R. Actitudes y Conocimientos de los Estudiantes de Enfermería frente al Enfermo Terminal e Influencia de su Futuro Profesional. Ed. Colegio Madrid, España 1993 Pp. 145
4. **GUTIERREZ** Gambin, D. Ética del Cuidado de Enfermería ante el Enfermo Terminal. Ed. Roca, México 1990 Pp. 100
5. **MARTINEZ** Bouquet, Cristina. Escenas de Tanatología. II Congreso Internacional de Tanatología y Suicidiología. Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez. México. 1996
6. **MOIRON**, Sara. Ante la Muerte. Revista Proceso, México 1990 Pp. 80
7. **NISSILA**, Kalervo. Concepción de la muerte y perspectiva del mundo. II Congreso Internacional de Tanatología y Suicidiología. Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez. México D.F. 1996
8. **POLAINE** Lorente, A. Los Fundamentos de la Bioética. Ed. Barcelona, España 1992
9. **POLO** L. ¿Quién es el Hombre?. Algunas cuestiones en tomo a la fundamentación de la bioética. Ed. Rialp, Madrid España 1990 Pp.130
10. **QUARNSTROM**, Ulla. Desarrollo de los cuidados paliativos en países nórdicos. II Congreso internacional de tanatología y suicidología. Instituto Nacional de Cardiología. México, 1996.
11. **REBOLLEDO** Mota, Federico. El médico frente al paciente terminal. II Congreso internacional de Tanatología y Suicidiología. México, 1996.
12. **REYES** Zubiran, Alfonso. Acontecimientos Tanatológicos en el Enfermo Terminal y a su Familia. México 1996 Pp. 45

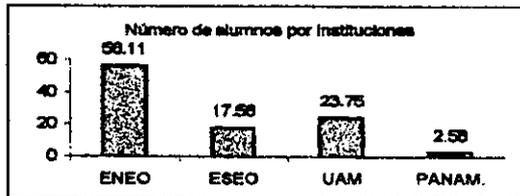
13. **REYES** Zubiran, Alfonso. Curso Básico sobre Tanatología. Libro I, México 1999 Pp. 50
14. **ROSALES** Barrera, Susana. Fundamentos de Enfermería. 6ª Reimpresión, Ed. El Manual Moderno, México 1996 Pp. 437
15. **SHEER**, L. Agonía, Muerte y Duelo. Ed. El manual moderno. México, 1992 pp.302
16. **TINAJERO** Girón, Luz María. Un enfoque diferente de los cuidados de enfermería: atención integral del paciente terminal y su familia. II Congreso Internacional de Tanatología y Suicidología. Instituto Nacional de Cardiología, Ignacio Chávez. México, 1996
17. **THOMAS** L, V. Antropología de la Muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1993 Pp. 117
18. **THOMPSON** Beebe, Joyce. Ética en Enfermería. 3ª Reimpresión, Ed. El Manual Moderno, México 1995 Pp. 244
19. Acercamientos Tanatología al enfermo terminal y a su familia. México, 1996 pp.205
20. Asociación Mexicana de Licenciados en Enfermería A. C. México 1995
21. Bases fundamentales de psicología, psicoterapia y de espiritualidad. México, 1996 pp. 205
22. H. Congreso de la Unión. Códigos Penales de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Porrúa, México 1999
23. Ley General de Profesiones. Ed. Porrúa, México 1996 Pp. 82
24. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. Ed. Porrúa. México 1993 pp. 463
25. Morir bien. News week en español. Marzo 1997.

8. ANEXOS

8.1 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO 1 NÚMERO DE ALUMNOS POR INSTITUCIONES

No. de Alumnos	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
	326	56.11	102	17.56	138	23.75	15	2.58



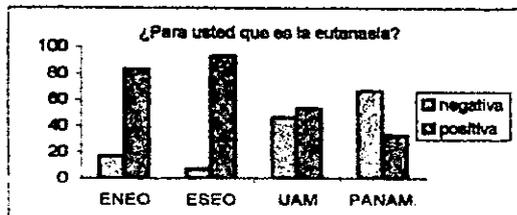
CUADRO 2 FRECUENCIA QUE TIENE QUE CUIDAR PACIENTES TERMINALES

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Muy a menudo	60	18.4	4	3.92	45	32.61	4	26.67
Pocas veces	266	81.6	98	96.08	93	67.39	11	73.33



CUADRO 3 ¿PARA USTED QUE ES LA EUTANASIA?

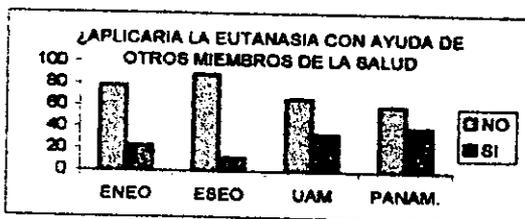
	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
Negativa	56	17.18	7	6.86	64	46.38	10	66.67
Afirmativa	270	82.82	95	93.14	74	53.62	5	33.33



CUADRO 4

¿APLICARIA LA EUTANASIA CON AYUDA DE OTROS MIEMBROS DE LA SALUD?

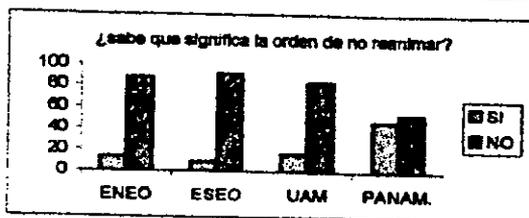
	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NO	253	77.61	90	88.24	91	65.94	9	60
SI	73	22.39	12	11.76	47	34.06	6	40



CUADRO 5

¿SABE QUE SIGNIFICA LA ORDEN DE NO REANIMAR?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	120	12.71	9	8.82	23	16.67	7	46.67
NO	206	87.29	93	91.18	115	83.33	8	53.33



CUADRO 6

SI USTED AYUDASE APLICAR LA ORDEN DE NO REANIMAR ¿POR QUÉ LO HARIA?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
INDICACIONES MEDICAS	83	25.48	3	2.94	63	45.65	11	73.37
ACUERDO MEDICO FAMILIAR	243	74.54	99	97.06	75	54.35	4	26.67

CUADRO 7

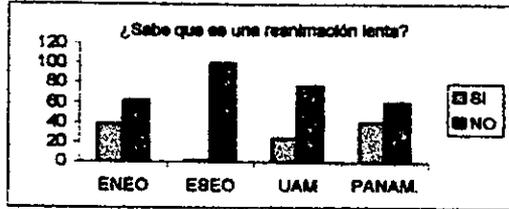
ALGUNO DE LOS MEDICOS O ENFERMERAS CON QUIENES HA TRABAJADO HAN ACELERADO ALGUNA VEZ LA MUERTE DE UN PACIENTE EN FASE TERMINAL

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NO	46	14.11	75	73.53	53	38.41	11	73.33
SI	280	85.89	27	26.47	85	61.59	4	26.67

CUADRO 8

¿SABE QUE ES UNA REANIMACION LENTA?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	123	37.73	1	0.98	32	23.19	6	40
NO	203	62.27	101	99.02	106	76.81	9	60



CUADRO 9

¿HA PRESENCIADO ALGUNA VEZ EN ALGUN HOSPITAL LA EJECUCIÓN DE UNA REANIMACIÓN LENTA?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NUNCA	43	13.19	76	74.51	79	57.25	7	46.67
ALGUNA VEZ	283	86.81	26	25.49	59	42.75	8	53.33

CUADRO 10

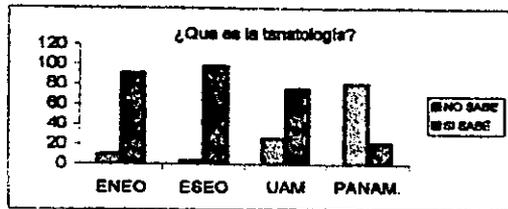
¿CONSIDERA ETICA UNA REANIMACIÓN LENTA?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	79	24.23	9	8.82	53	38.14	8	53.33
NO	247	75.77	93	91.18	85	61.59	7	46.67

CUADRO 11

PARA USTED ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NO SABE	30	9.2	3	2.94	34	24.64	12	80
SI SABE	296	90.8	99	97.06	104	75.36	3	20



CUADRO 12

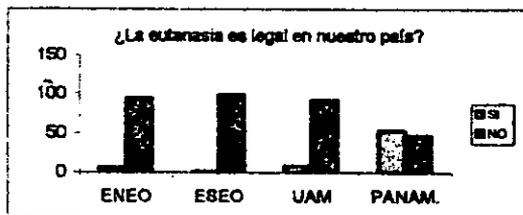
¿QUÉ ENTIENDE POR UN PACIENTE EN FASE TERMINAL?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NO SABE	92	28.22	5	4.9	57	41.3	9	60
SI SABE	234	71.78	97	95.1	81	58.7	6	40

CUADRO 13

¿LA EUTANASIA ES LEGAL EN NUESTRO PAÍS?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	19	5.83	1	0.98	11	7.97	8	53.33
NO	307	94.17	101	99.02	127	92.03	7	46.67



CUADRO 14

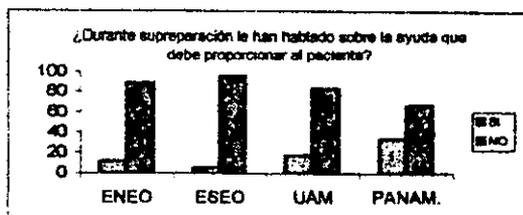
¿QUIÉN DEBE DECIDIR ENTRE VIVIR O MORIR CUANDO SE TIENE UNA ENFERMEDAD TERMINAL?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
EQUIPO DE SALUD	216	66.26	100	98.04	80	57.97	9	60
EL PACIENTE	110	33.74	2	1.96	58	42.03	6	40

CUADRO 15

¿DURANTE SU PREPARACIÓN PROFESIONAL LE HAN HABLADO SOBRE LA AYUDA QUE DEBE PROPORCIONAR AL PACIENTE EN FASE TERMINAL?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
NO	39	11.96	5	4.9	24	17.39	5	33.33
SI	287	88.04	97	95.1	114	82.61	10	66.67



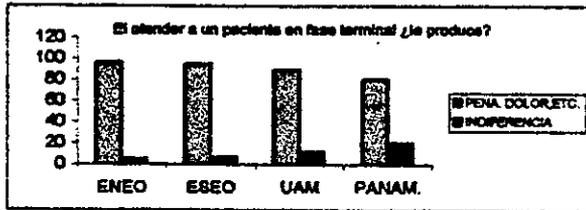
CUADRO 16

¿ESTARIA DE ACUERDO EN QUE SE IMPARTIERAN CURSOS O PLATICAS ESPECIALES CON RESPECTO AL TEMA?

	Eneo		Eseo		Uam		Panam.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	316	96.93	95	93.14	131	94.93	8	53.33
NO	10	3.07	7	6.86	7	5.07	7	46.67

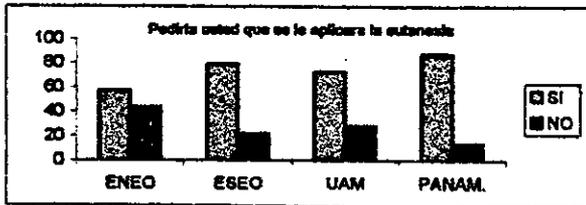
CUADRO 17 EL ATENDER A UN PACIENTE EN FASE TERMINAL ¿LE PRODUCE?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
PENA, DOLOR, ETC.	312	95.71	98	94.12	123	89.13	12	80
INDIFERENCIA	14	4.29	6	5.88	15	10.87	3	20



CUADRO 18 ¿SIENDO UN PACIENTE EN FASE TERMINAL PEDIRIA USTED QUE SE LE APLICARA LA EUTANASIA?

	ENEO		ESEO		UAM		PANAM.	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
SI	185	58.75	80	78.43	100	72.48	13	88.87
NO	141	43.25	22	21.57	38	27.54	2	13.33



CUADRO 19 DE ACUERDO A SU CRITERIO JERARQUICE LOS CUIDADOS QUE SE LE BRINDAN AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

	AFIRMATIVA		NEGATIVA		TOTAL	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
TODAS LAS INSTITUCIONES	494	85.03	87	14.97	581	100

CUADRO 20 PARA USTED ¿QUÉ ES LA MUERTE?

	TODAS LAS INSTITUCIONES	
	Fa	Fr
EL CESE DE LOS SIGNOS VITALES	570	98.1
EL TERMINO DEL PERIODO DE LA VIDA	11	1.9

8.2 CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

El presente cuestionario tiene fines educativos, por esta razón lo que se conteste no tendrá repercusiones en su desempeño académico. Se mantendrá la confidencialidad y el anonimato, por lo que le pedimos que sus respuestas sean lo más cercano a la realidad.

Por su colaboración en la realización de esta investigación mil gracias.

INSTRUCCIONES: CONTESTE DE MANERA INDIVIDUAL, MARCANDO EXCLUSIVAMENTE UNA RESPUESTA O ESPECIFICANDO SU OPINION SEGUN SEA EL CASO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre de la institución a la que Pertenece. _____

_____ Semestre que Cursa _____

Lugar de Nacimiento de nacimiento _____ Edad. _____

1. En su Práctica Hospitalaria ¿Con qué frecuencia tiene que cuidar a pacientes terminales?

- A) Muy a menudo.
- B) Ocasionalmente.
- C) Pocas veces.
- D) Nunca.

2. ¿Para usted qué es la eutanasia?

- A) Es un homicidio.
- B) Aliviar el dolor.
- C) Es el acto de ayudar a bien morir.

3. De ser un paciente en fase terminal el que usted atendiera, ¿Aplicaría la eutanasia con ayuda de otros miembros del equipo de salud?

- A) Sí.
- B) No.

4. ¿Sabe qué significa la orden de no reanimar?

- A) Sí.
- B) No.

5. Si usted ayudase a aplicar la orden de no reanimar ¿por qué lo haría?

- A) Porque el código ético así lo marca.
- B) Porque el código penal así lo marca.
- C) Por acuerdo médico familiar cuando las condiciones del paciente son deplorables.
- D) Por cumplir las indicaciones médicas.

6. Algunos de los médicos o enfermeras con quienes ha trabajado ha acelerado alguna vez la muerte de un paciente en fase terminal

- A) Sí.
- B) No.

7. ¿Sabe qué es una reanimación lenta?

- A) Sí.
- B) No.

8. ¿Ha presenciado alguna vez en algún hospital la ejecución de una reanimación lenta?

- A) Nunca.
- B) Sólo una vez.
- C) Más de una vez.

9. ¿Considera ética una reanimación lenta?

- A) Sí.
- B) No.

10. ¿Cómo calificaría sus ideas y creencias con relación al paciente terminal?

- A) Muy conservadoras.
- B) Un tanto conservadoras.
- C) Moderadas.
- D) Un tanto liberales.
- E) Muy liberales.

11. Para usted ¿Qué es la tanatología?

- A) El estudio de la muerte.
- B) El estudio de la vida.
- C) Es una rama de la parapsicología.
- D) Ninguna de las anteriores.

12. ¿Qué entiende por paciente en fase terminal?

- A) Individuo desahuciado.
- B) Individuo que cursa con padecimiento agudo.
- C) Es un paciente que está en la última etapa de evolución de una enfermedad mortal.
- D) Es una persona que padece una enfermedad por la que posiblemente muera en un tiempo relativamente corto y que conozca su diagnóstico.
- E) Ninguna de las anteriores.

13. ¿La eutanasia es legal en este país?

- A) Sí.
- B) No.

14. ¿Está usted de acuerdo con los métodos artificiales para mantener la vida de los pacientes en fase terminal?

- A) Sí.
- B) No.

15. ¿Aplicaría la eutanasia si el paciente que usted atiende se lo pide?

- A) Sí.
- B) No.

16. Si contestó afirmativamente a la pregunta anterior ¿por qué lo haría?

- A) Por motivos religiosos.
- B) Por motivos psicológicos.
- C) Por motivos ético-legales.
- D) Por motivos sociales.
- E) Otro especifique.

17. ¿Considera apropiado que se gasten recurso para atender a un paciente en fase terminal?

- A) Sí.
- B) No.

18. A su criterio ¿Quién debe decidir entre vivir o morir cuando se tiene una enfermedad terminal

- A) Familiares.
- B) Pacientes.
- C) Equipo de salud.
- D) Todos en conjunto.

19. ¿Durante su preparación profesional le han hablado sobre la ayuda que debe proporcionar al paciente en fase terminal?

- A) Sí.
- B) No.

20. De contestar afirmativamente considera que la Información que le proporcionaron fue de calidad, redujo sus dudas; miedos o planteamientos sobre el tema

- A) Sí.
- B) No.

21. Si contestó negativamente a la pregunta anterior indique ¿Por qué?

- A) Información escasa.
- B) Información en un idioma diferente al suyo.
- C) Información no comprensible por ser de un nivel educativo superior al suyo.
- D) No sabe si existe información sobre el tema.

22. ¿Estaría de acuerdo en que se impartieran cursos o pláticas especiales con respecto al tema en cuestión?

- A) Sí.
- B) No.

23. ¿Es legal alargar la vida de los pacientes a petición de los familiares?

- A) Sí.
- B) No.

24. Si un amigo o familiar estuviera en fase terminal. ¿A petición suya lo ayudaría a morir?

- A) Sí.
- B) No.

25. En caso de contestar afirmativamente, ¿Por qué lo haría?

- A) Para aliviar su dolor.
- B) Para cumplir su deseo.
- C) Por no soportar verlo sufrir.
- D) Por los lazos efectivos que los unen.
- E) Otros especifique.

26. El atender a un paciente en fase terminal ¿Le produce?

- A) Tristeza.
- B) Miedo.
- C) Indiferencia.
- D) Pena.
- E) Dolor.
- F) Todos los anteriores.

27. Si usted fuera un paciente en fase terminal, ¿Cómo le gustaría que lo trataran y quién?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| A) Con respeto. | A) Enfermería. |
| B) Con dignidad. | B) Médicos. |
| C) Como ser humano. | C) Familiares. |
| D) Todos los anteriores. | D) Todos los anteriores. |

28. ¿Y siendo un paciente en fase terminal pediría usted que se aplicara la eutanasia?

- A) Sí.
B) No.

29. ¿Cuántos cursos específicos para la atención al paciente en fase terminal ha recibido?

- A) 0
B) 1
C) 2
D) +3

30. De acuerdo con su criterio, jerarquice los siguientes cuidados que se le brindan al paciente en fase terminal, por orden de importancia.

	JERARQUIZACION	INCISO
a) Aspiración de secreciones.	1	
b) Cambio de posición.	2	
c) Fisioterapia pulmonar.	3	
d) Toma de signos vitales.	4	
e) Medidas higiénicas.	5	
f) Apoyo nutricional.	6	
g) Apoyo psicológico a pacientes y familiares.	7	
h) Mitigación del dolor.	8	
i) Lavado gástrico.	9	
j) Oxigenación.	10	
k) Cuidados de sondas y drenes.	11	
l) Recambio de catéteres y de equipos I.V	12	
m) Deambulación.	13	
n) Terapia ocupacional.	14	
ñ) Otros (indique en la siguiente hoja, cuáles agregaría en caso de creerlo necesario).	15	

31. Para usted ¿ qué es la muerte?

LE REITERAMOS NUESTRO AGRADECIMIENTO POR SU COLABORACION, SI DESEA POSTERIORMENTE ALGUN TIPO DE INFORMACION SOBRE EL TEMA, FAVOR DE RECURRIR A LAS AUTORIDADES DEL PROYECTO.