



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN
DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL: LA VOLUNTAD ANTICIPADA Y
LOS CUIDADOS PALIATIVOS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ADRIANA DINORA ORTIZ VERA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LEO. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ SANTANA

MÉXICO, D.F. 2014



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.



SECRETARÍA DE SALUD
 Dirección de Educación e Investigación
 Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
 Escuela de Enfermería

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
 ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Participación del Profesional de Enfermería en la Atención del Enfermo en Etapa Terminal: La Voluntad Anticipada y los Cuidados Paliativos

Elaborado por:

- | | | | | | |
|----|------------------|-------------|----------------|----------------|--------------------------------------|
| 1. | Ortiz | Vera | Adriana | Dinora | Núm. de expediente: 305526306 |
| 2. | _____ | | | | |
| 3. | _____ | | | | |
| | Apellido paterno | Materno | Nombre | Núm. de cuenta | |

Alumna de la carrera de: LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., a 04 de noviembre de 2014

Ma Esther
LEO. Enf. María Esther Jiménez Santana
 Nombre y firma del Asesora

Silvia Vega
Lic. Enf. Silvia Vega Hernández
 Nombre y firma de la
 Directora Técnica de la Carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal
 Escuela de Enfermería
DIRECCION
 Sello CLAVE 3095
 Institución



DEDICATORIA:

Este trabajo se lo dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Gracias mamá ya que me has dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis metas, en el lugar donde te encuentres quiero que seas parte del momento tan importante en mi vida, porque todo lo que soy y todos mis éxitos te los debo a ti, ya que de ti solo recibí el esfuerzo y el amor para salir adelante.

Deseo expresar mi gratitud a ésta Institución, ya que es aquí en donde he logrado ampliar mi visión y conocimientos, que me ha impulsado a permanecer y terminar uno más de mis logros en la vida.

Así mismo quiero agradecer a todas las personas que han sido trascendentales durante éste camino, quienes me contagiaron de ánimo y me alentaron a continuar éste escrito que es de suma importancia en mi carrera.

INTRODUCCIÓN

“hay escondido un niño que tiene miedo a la muerte”.

Platón

La vida es un proceso inmerso en los límites que conforman al todo universal. Dentro de estos límites esta; el nacer, crecer, desarrollarse, madurar, reproducirse y finalmente morir.

Durante el desarrollo de la vida la característica principal es el tiempo que pone orden a las cosas, y que crea la noción de un pasado, un presente y un futuro, el problema al que se enfrenta el ser humano en estas etapas es cuando llega a la etapa de su muerte, todos los conocimientos se confunden, y toda explicación queda fuera. La muerte se impone ante la realidad como el mayor de los misterios, el cual no se quiere explicar y se mantiene oculto. La idea de la vida, confusamente niega a la muerte como si no fuera parte de ella y se le contrapone como algo extraño a la vida misma.

El ser humano se incorpora con el medio y con los otros individuos, para crear una cultura en la que la proximidad de la muerte y las condiciones terminales ha sido un conflicto en las relaciones humanas y en forma sobresaliente en la relación médico-paciente. Este conflicto es producto de la estructura del pensamiento **“satánico”** de la muerte y las ideas de inmortalidad por lo que la gente sigue muriendo sin saber y sin haberse preparado para enfrentar los fenómenos de la muerte. Tampoco la estructura social parece saber, ni estar preparada para enfrentarlo, incluyendo el equipo de salud, que ha sido orientado hacia el manejo de las enfermedades y a conservar la vida, sin considerar la propia existencia finita del individuo.

En la profesión de enfermería, la vida y la muerte es una constante que día a día enfrenta la enfermera en su práctica cotidiana, el brindar cuidados a un ser humano que nace es un privilegio, es un motivo de alegría, sin embargo, el cuidado a un paciente en fase terminal, no siempre es bien recibido por la persona que va a estar a cargo de su cuidado ya sea la familia o la enfermera(o) debido a que el

equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, deberán estar bien capacitada humana y técnicamente por instituciones autorizadas para ello motivo por el cual el profesional de enfermería debe conocer el marco teórico/ legal, en torno a sus cuidados paliativos y su participación en la atención holística para guiarse en su práctica profesional, en torno a la muerte el cual está integrado en uno de los ocho capítulos del presente trabajo.

En el primer Capítulo se hace una reseña Histórica que abarca, las diferentes concepciones en torno a la muerte en las culturas más representativas, como son: la Egipcia, la Africana, la Greco-Romana, la América, y la Mexicana, éste último considerándolo como país pluricultural, engloba a los Olmecas, Mexicas y Teotihuacanos, todas aportan en el pensamiento actual del individuo varios rituales y diferentes fenómenos como son la religión, lo espiritual y la fe, que van ligadas a la muerte. Por otra parte se menciona a las diferentes tipos de muerte que puede sufrir el individuo, separando de todas estas a la Muerte Cerebral que es reconocida por la ley al tener evidencia por medios clínicos, electrónicos y tecnológicos que compruebe la absoluta pérdida de respuestas de las estructuras encefálicas. Se integró también a la Autora Elizabeth Kubler Ross que fue una de las mayores expertas mundiales que vivió experiencias cercanas a la muerte y que gracias a su investigación se puede declarar una serie de pasos que ayuda al individuo a enfrentar la pérdida y aceptar la muerte.

En el Segundo capítulo se presenta el Marco Jurídico, el cual tiene el conjunto de disposiciones reglamentarias de todo tipo a las que deben ceñirse el personal de salud responsable de los derechos del individuo, familia y comunidad y de igual manera, en los principios éticos, y valores, se menciona a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como norma suprema con que cuenta el estado en su artículo 4º el derecho a la protección a la Salud de todo individuo, el Código Penal que contiene en su conjunto de normas jurídicas que regulan el castigo de las acciones u omisiones delictivas, y los autores del delito. Código Civil; que regula las relaciones civiles. Por otra parte La Ley General de Salud protege la dignidad de los enfermos en situación Terminal, y da a conocer los límites del

tratamiento curativo y el paliativo. La ley de voluntad anticipada, establece y regula las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad, terminado con las Normas Oficiales; la 019, establece las características y especificaciones para la prestación del servicio de enfermería por otro lado la 011, da los criterios para la atención en fase Terminal a través de Cuidados Paliativos

El tercer capítulo hace referencia al enfermo con una enfermedad incurable de curso progresivo, gradual, con diversos grados de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, por lo que se menciona sus necesidades así como sus miedos.

En el siguiente Capítulo, se presenta el tema de la eutanasia, y se considera varios factores que inciden en él. Se hacen algunas presunciones conceptuales, sus divisiones y la diferencia con la Distanasia y Ortotanasia, se considera la tendencia contemporánea como fue la experiencia Nazi. El surgimiento y los principales países que la han legalizado.

El Capítulo cinco, se menciona a la Tanatología como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud, proporciona ayuda al enfermo terminal y a su familia y su principal objetivo es CURAR el dolor de la muerte y el de la desesperanza, para **"Ayudar a bien morir"**.

El Capítulo seis habla del dolor, por ser el que se encuentra constantemente en numerosas enfermedades, siendo una manifestación que puede estar presente desde el inicio hasta el final de algunos procesos patológicos. En los enfermos terminales resulta ser un problema hacia el final de la vida ya que es una experiencia sensorial y emocional desagradable, se señala también el tratamiento farmacológico y en especial la Morfina por su gran impacto en la sintomatología del dolor en casos avanzados.

En este Capítulo se menciona a las actividades del profesional de enfermería que desempeña al paciente declarado terminal, a sus diversas necesidades (de tipo físico, psicológico, y espiritual) y otras que les son propias del estado que le ocasiona su padecimiento. El contacto continuo que el personal desempeña así

el paciente lo lleva a establecer con él una relación de cercanía y cordialidad, humanamente en sus últimos momentos.

En el Capítulo ocho Trata de la herramienta básica para el ser humano, que es la comunicación, y esta permite la relación con el entorno, con lo cual va inherente a la condición humana, el ser humano precisa establecer y mantener relaciones interpersonales que le proporcionen gratificación así como recoger información del enfermo que le permita identificar necesidades para conseguir el bienestar y su calidad de vida. Los enfermos desean sobre todo que se tenga tiempo para escucharles con interés, que el tiempo que se emplee con ellos sea enteramente dedicado a sus personas y que no se les haga sentir que tienen menos importancia o prioridad que otros que pueden curarse.

INDICE

Introducción

Objetivos

Justificación

CAPITULO

PAGINA

1.	MARCO TEORICO	
1.1	Antecedentes Históricos	1
1.2	El proceso de morir de Elizabeth Kubler Ross	3
1.3	La muerte desde el punto de vista de varios culturas	4
1.3.1	Egipto	5
1.3.2	África	6
1.3.3	Greco-Romana	7
1.3.4	América	7
1.3.5	México	8
1.3.5.1	Olmecas	8
1.3.5.2	Mexicas	9
1.3.5.3	Teotihuacanos	10
1.4	Muerte y Religión	11
1.5	Tipos de Muerte	14
1.5.1	Muerte Individual	14
1.5.2	Muerte total	14
1.5.3	Muerte espiritual	14
1.6	Muerte Cerebral o Clínica	15
1.6.1	Manifestaciones Clínicas	16
1.7	Etapas después del proceso muerte	16
1.7.1	Signos precoces	17
1.7.2	Signos semitardios	17
1.7.3	Signos precursores	17

1.7.4	La putrefacción	17
1.7.5	Destrucción	17
1.7.6	La mineralización	18

Capítulo 2

2.	Marco Jurídico	19
2.1	Constitución Política de los E.U.M.	20
2.2	Código Penal en el Distrito Federal	20
2.3	Código Civil	21
2.4	Ley General de Salud	21
2.5	Ley de Voluntad Anticipada para el D.F	23
2.5.1	Reglamento de la ley de Voluntad Anticipada del D.F	25
2.6	Normas	27
2.6.1	Norma Oficial Mexicana NOM 019SSA3	27
2.6.2	Proyecto Norma 011SSA3-2007	28
2.7	Derechos Humanos	30
2.8	Derechos del paciente	31
2.9	Código de Bioética	33

Capítulo 3

3.	El enfermo en fase terminal y el enfermo terminal	35
3.1.	Procesos de pérdida del enfermo terminal	36
3.1.1	Perdida de Salud	36
3.1.2	Perdida de libertad	37
3.1.3	Perdida del cuerpo	37
3.1.4	Perdida de la imagen propia	37
3.1.5	Perdida de la paz inferior	37
3.2	Los miedos del moribundo	37
3.2.1	El miedo a la muerte	38
3.2.2	El miedo a lo desconocido	38
3.2.3	El miedo a la destrucción	38

3.2.4	El miedo a la soledad	38
3.2.5	El miedo de perder el cuerpo	38
3.2.6	El miedo de perder el autocontrol	38
3.2.7	El miedo al dolor	38
3.2.8	El miedo de pérdida de identidad	38

Capítulo 4

4.	Eutanasia	39
4.1	La Experiencia Nazi	40
4.2	¿Qué no es la Eutanasia?	43
4.3	Definiciones de la eutanasia	44
4.4	Las divisiones clásicas de la eutanasia	45
4.4.1	La eutanasia activa o positiva	46
4.4.2	Eutanasia negativa o pasiva	46
4.4.3	Eutanasia voluntaria y no voluntaria	48
4.5	Países que han legalizado la Eutanasia	48
4.6	Distanasia	52
4.10	Ortotanasia	52

Capítulo 5

5.	Tanatología	53
----	-------------	----

Capítulo 6

6.	Cuidados Paliativos	55
6.1	Las bases de la terapéutica	57
6.2	Instrumentos Básicos	57
6.3	Dolor	58
6.3.1	Tipos de dolor	60
6.3.2	Escalas del dolor	61
6.4	Medicación	62
6.5	Morfina	64
6.5.1	Indicaciones Terapéuticas	64

6.5.2	Dosificación	64
6.5.3	Efectos Adversos	65
6.5.4	Precauciones y Advertencias Generales	65
6.5.5	Dependencia y Tolerancia	66
6.5.6	Síndrome de Abstinencia	66

Capítulo 7

7.	Enfermería: Intervenciones al Enfermo Terminal	68
7.1	Modelo de Virginia Henderson	68
7.2	Enfermería ante los síntomas respiratorios del paciente Terminal	71
7.2.1	Disnea	71
7.2.2	Tos	72
7.2.3	Hemoptisis	72
7.3	Enfermería ante los síntomas Digestivos del Enfermo Terminal	73
7.3.1	Alteraciones de la Cavidad Oral	73
7.3.2	Alteraciones del ritmo intestinal: Diarrea	74
7.3.3	Estreñimiento	74
7.3.4	Nausea y Vómitos	75
7.4	Enfermería ante los síntomas neuro-psicológicos en el enfermo Terminal	76
7.4.1	La Confusión	76
7.4.2	Insomnio	77
7.4.3	Ansiedad	78
7.4.4	Depresión	78
7.5	Cuidados de Enfermería en la Agonía	79

Capítulo 8

8.	Comunicación	81
8.1	Componentes de la comunicación	81
8.2	El lenguaje No Verbal	81

8.3	Contacto Físico	82
8.4	Escuchar	82
8.5	Habilidades de la Comunicación	82
8.6	Conocimiento de la Verdad	83
	Conclusiones	84
	Bibliografía	85
	Anexos	
1	Documentos de La Ley de Voluntad Anticipada	86
2	Escala analógico visual Eva	87
3	Escala valorativa de las nueve caras	88
4	Escala valorativa de las seis caras	88
5	Tabla de Medicamentos	89
6	Plan de cuidados en síntoma respiratorio	90
7	Plan de cuidados en el dolor	92
8	Plan de cuidados en síntoma digestivo	93
9	Plan de cuidados en la ansiedad	94

JUSTIFICACION

“Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas”.
Aristóteles

La muerte es el termino genérico con que definimos el fin de la existencia humana y el tránsito hacia un más allá. (Helena Galiana). A lo largo de la historia la humanidad siempre ha rehuído el instante de la muerte; la ignorancia y el temor sobre el mas allá y su existencia han hecho que, ante lo desconocido, prefieran no encontrarse en ese instante o atrasarlo, también ha ido concibiendo un sentido de la existencia en el que han influido los tiempos y las diferentes culturas desde las milenarias como la egipcia, la africana; la griega, romana, hasta las americanas.

México, país considerado como pluricultural cuenta con 32 Estados y un Distrito Federal en donde convergen distintas culturas con diferentes formas de pensar, actuar y sentir a cerca de la muerte y sus rituales en torno a ésta; para el hombre del siglo XXI, la ausencia de la salud y la muerte le provocan dolor, inseguridad, desesperanza, intranquilidad y repercusión en su economía, así como perjuicio de su autonomía y capacidad de decisión sentimientos que se sintetizan como miedo a la muerte; Freud afirma que el miedo a la muerte es algo específicamente humano por que procede de preguntas que el animal no se hace, el hombre percibe que su vida es puesta en tela de juicio, amenazada en su autoafirmación e irreversiblemente estimada a la disminución y al abandono. Menciona Platón que hay escondido un fin en nosotros, un niño que tiene miedo a la muerte.

Para los sistemas de salud la muerte del enfermo es asumida como un fracaso los hospitales con su masificación y deshumanización hacen que la muerte pase desapercibida y se convierta en algo ajeno, aséptico, silencioso y solitario.

Los profesionales de la salud, incluidos la enfermera no han sido capacitados para asistir, entender, acompañar y ayudar realmente a cualquier ser humano en

los difíciles momentos que anteceden a su muerte. En la formación de los profesionales de la salud existe una desproporción entre los conocimientos técnicos recibidos y la preparación en los aspectos humanos de la profesión.

Cuando se habla de una buena muerte, lleva implícito el hecho de que es la apropiada, no solo para el que muere, sino también para los seres queridos, es decir, una posibilidad de muerte con la que ellos pueden vivir. La Tanatología habla más de la vida que de la muerte: **“quitar el miedo a la muerte es dar vida a plenitud”**.

En el Distrito Federal existe el procedimiento jurídico para que una persona elabore su voluntad anticipada en un documento con validez legal denominado **“Ley de Voluntad Anticipada”** que fue publicada el 07 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal La cual establece en el Capítulo Primero, Título; Disposiciones Preliminares, Artículo 1 que **“La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural”**.

Con relación a esta Ley se entiende por voluntad anticipada al conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.

Esta Ley establece que se puede acoger cualquier persona con capacidad de ejercicio y enfermos en etapa terminal, médicamente diagnosticados como tal

para lo cual existirá a su favor la presunción del médico tratante, de que requiere cuidados especiales para cualquier sintomatología cambiante aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

Con base en lo anterior este trabajo tiene como fundamento un aprendizaje personal y profesional enfocado a la práctica de la enfermería, el interés en este tema surge por el hecho de desarrollar una visión más amplia de la vida y de la muerte y su elaboración ha permitido cambiar la palabra “**muerte**” la cual en México tiene muchos significados, sin embargo, es parte de nuestras raíces culturales que marcan una cosmovisión del orden natural del ciclo de la vida.

La decisión que toma todo ser humano y el papel que juega el profesional de enfermería en torno al paciente es fundamental ya que el hombre ha construido infinidad de explicaciones relacionadas con “**los destinos**” que acompañan el final de cada vida y el tener el conocimiento de cómo nuestros antepasados abordaban el tema de la muerte podría ser un primer paso para que cada individuo se cuestione acerca de la propia vida y la propia muerte buscando los significados y las respuestas sobre los propios temores, razón por la cual es de vital importancia dar a conocer los profesionales de enfermería el marco teórico/ legal en torno a los cuidados paliativos y su participación en la atención de los enfermos en etapa terminal con el fin de que pueda brindar cuidados con un enfoque holístico y concientizarse de los límites éticos y legales con los que se debe regir en su práctica profesional.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer al profesional de enfermería el marco teórico/ legal en torno a los cuidados paliativos y su participación en la atención de los enfermos en etapa terminal con el fin de que pueda brindar cuidados con un enfoque holístico y concientizarse de los límites éticos y legales con los que se debe regir en su práctica profesional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Conocer cuáles son los elementos que integran el concepto de cuidados paliativos
- ❖ Diferenciar los elementos que separa entre la eutanasia pasiva y la eutanasia activa.
- ❖ Conocer el marco legislativo que regula la conducta para la atención al enfermo terminal como en el hospital y en su domicilio.

CAPITULO I

“Algunas flores solo viven unos cuantos días; todo el mundo las admira y las quiere, como a señales de primavera y esperanza. Después mueren, pero ya han hecho lo que necesitaban hacer”.

Elizabeth Kubler Ross

1. Marco Teórico

1.1. Antecedentes históricos

La muerte es el termino genérico con que definimos el fin de esta existencia humana y el tránsito hacia un más allá. (Helena Galiana)se puede concebir desde tres puntos de vista: Como proceso biológico; que es el término de la vida a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático, se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento; para la dimensión espiritual como el principio de una existencia, despojada del cuerpo que la aprisiona y desde el punto de vista de la ciencia como el final de una etapa detrás de la cual no hay nada, o al menos nada conocido. (Blanco P. Alfonso)

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre ha ido concibiendo un sentido de la existencia en el que han ido influyendo los tiempos y las culturas; la humanidad siempre ha rehuido el instante de la muerte; la ignorancia y el temor sobre el mas allá y su existencia, han hecho que, ante lo desconocido, los hombres prefieran no encontrarse en ese instante o atrasarlo. El hombre admite los ciclos de la vida que observa en su entorno, como la de los animales, plantas, seres humanos, el día la noche, etc., absolutamente todo lo existente se caracteriza por surgir o nacer en esta dimensión tiempo-espacio y desde este momento inicia su recorrido hasta finalizar su existencia dimensional, dando por terminado un ciclo completo.

Hombres y mujeres de diversas culturas y tiempos, gracias a sus experiencias y sabiduría, han aportado indicios sobre una existencia en el más allá que a mayoría de la humanidad intuye, pero que, por no tener pruebas palpables, temen creer a ciencia cierta. Grandes místicos y seres de una elevada sabiduría y espiritualidad

han aportado sus pensamientos sobre la muerte, sin embargo, el hombre de nuestro tiempo, a pesar de los avances de la ciencia, no ha podido confirmar estas creencias y mitologías que afirman la continuidad de la vida tras la muerte fuera de este espacio y tiempo. La verdad absoluta sobre la continuidad del ser humano en el más allá sólo se tendrá cuando se concluya el ciclo de vida de las personas y entonces no se necesitará ningún tipo de prueba, únicamente estar preparados para partir aceptando el fin de la existencia en este plano físico.

En la Edad Media, a los cuerpos no se les concedía importancia alguna, ni al sitio concreto y exacto de las tumbas. El cementerio era un sitio público, una plaza para encontrarse con los amigos, y, donde los mercaderes exhibían sus mercancías, a pesar de que había trozos de cadáveres mal enterrados que podían ser vistos, es probable que este fenómeno se haya producido por las constantes epidemias que asolaron a mediados del siglo XIV, así como el aumento de la crueldad de las guerras y de las aglomeraciones urbanas en diferentes lugares de todo el mundo que favoreció a una mayor percepción de los fenómenos de la enfermedad y la muerte.

Es a partir del siglo XV, y sobre todo del XVII cuando se le concede la importancia a la localización. En este siglo la vida terrenal será como un mero tránsito hacia la eternidad. El cielo era el destino deseado por todos y aunque la muerte era percibida como algo natural cercano y familiar para los humanos el infierno era como un serio peligro, por lo que temen fallecer sin aviso, repentinamente, y verse privados de un tiempo precioso para repartir sus bienes, avalar la buena convivencia familiar y arreglar los trámites del Más Allá, es decir, asegurarse del arrepentimiento final y el cumplimiento de ritos y ayudas para que su alma se garantice el purgatorio.

Otro cambio del siglo XVIII, fue la relación que mantenía el moribundo con su última voluntad sería que se escribiría en el testamento, que además de servir para la transmisión de herencias, era útil para que reflejara en él, tanto sus sentimientos, como las medidas que hubiera adoptado para la salvación de su alma y el reposo del cuerpo. Esto se hacía, casi siempre firmado por testigos, así mismo el miedo a la descomposición, así como en la vejez y en la enfermedad, que eran plasmadas en la poesía de esta época.

1.2. El proceso de Morir de Elizabeth Kubler Ross

Esta autora nació en Zurich, estudio medicina y casada, fue a vivir a Nueva York. Trabajando con esquizofrénicos, en uno de los Hospitales Generales de dicha urbe, se le acercó un grupo de seminaristas protestantes, quienes le pidieron que los ayudara a hacer un trabajo muy especial: sus maestros les habían pedido que representaran un estudio sobre la crisis de la vida humana y consideraron que la máxima crisis era la Muerte. La doctora acepto la propuesta. Pronto se dio cuenta de que lo único que conocía del tema era lo descrito en los textos de medicina. Por lo que empezó a entrevistar a enfermos terminales y a enfermos en fase terminal. El resultado de estas observaciones los publico en su primer libro. En el describe lo que, para ella es el proceso de morir de todo ser humano en cualquier parte del mundo. Son cinco las fases que ella propone:

Primera Fase: Negación y Aislamiento

Cuando el paciente y la familia recibe el diagnostico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar. Funciona como un amortiguador que permite recobrase luego de la noticia, para movilizar otros mecanismos de defensa menos radicales. A veces en esta etapa el enfermo querrá hablar sobre la muerte, le es mejor tratarlo que reprimirlo, en ocasiones hablará de su Muerte en otras platicará sus fantasías sobre la vida o soñara despierto. Después aparecerá el aislamiento: comentara de su salud y de su enfermedad, de su Muerte y de su vida: afrontará la muerte pero persiste la esperanza.

Segunda Fase: Rabia

Cuando ya no se puede mantener la Negación esta es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento. La ira se proyecta contra todo y contra todos. Incluso las visitas serán objeto de enojo y mal trato.

La tragedia insiste Kubler Ross, radica en que no se piensa en las razones del enojo del paciente y se toma como algo personal, cuando el origen no tiene nada que ver, o muy poco con la persona que recibe toda la ira del enfermo o familia.

Tercera Fase: Regateo

Esta fase es la menos conocida, y solo en breves periodos de tiempo. El enfermo cuando ya se sabe desahuciado utiliza un pacto que es un intento de diferir los hechos e incluye el vencimiento impuesto por el mismo: **“vivir hasta la boda de mi hijo”**. La mayoría de estas promesas se hacen con Dios, asegura ella y generalmente se guardan un secreto, se dice entre líneas. Estas promesas pueden relacionarse con una sensación de culpabilidad oculta.

Cuarta Fase: Depresión

Al no poder seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezara a tener la sensación de una gran pérdida. Los enfermos sufren porque sienten la presión por parte de quien los quiere, de luchar por vivir, cuando lo que desean es prepararse a morir. La depresión es necesaria y beneficia al enfermo que pronto va a morir.

Quinta Fase: Aceptación

El paciente que allá tenido ayuda en las diferentes etapas, llegará a la aceptación; en esta fase hay como una vaciedad de sentimientos; su Muerte ya no lo deprimirá ni tampoco lo enojara. Podrá contemplar su próximo fin con relativa felicidad.

1.3. La muerte desde el punto de vista de varias culturas

La Real Academia Española da como definición de cultura: **“conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico”**; **“modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc.”**. Antiguamente también se designaba de esta manera al culto religioso.

La cultura en las ciencias sociales se define como un conjunto de ideas, comportamientos, símbolos y prácticas sociales, aprendidos de generación en generación a través de la vida en sociedad (el patrimonio social de la humanidad o, específicamente, una variante particular del patrimonio social) y cada país tiene su propia cultura, que está influenciada por varios factores, entre ellos, la música, la danza, la forma de vestir, la tradición, el arte, la religión, etc.

1.3.1. Egipcios

En la antigua cultura egipcia, la existencia de vida tras la muerte era una creencia esencial. Dentro del legado dejado por el Egipto de los faraones, se puede encontrar la temática de la muerte y sus simbolismos de forma mayoritaria. El ave la cual simbolizaba la volatilidad o el “**espíritu**”. La cigüeña como ave migratoria que siempre retorna a su nido es la que escogieron para representar el alma. La muerte y los ritos funerarios y el más allá eran elementos básicos en la cultura egipcia. Reflejo de ello se puede apreciar al observar el arte y la arquitectura de Egipto y el constante protagonismo de la reencarnación, la resurrección y el viaje del alma por el averno.

De forma similar a otras enseñanzas iniciáticas (las que enseñan a dar el sentido de la vida terrestre), las creencias egipcias sostenían que el objetivo del hombre en la tierra era el retorno a la fuente. Una gran cantidad de construcciones y estatuas eran concebidas para llevar a las almas desencarnadas de los muertos.

Los difuntos debían realizar un largo viaje lleno de peligros, pero para superarlos eran ayudados por la información que recibían del Libro de los Muertos; textos de 3200a.C., que fueron hallados grabados en las paredes de las pirámides de la V y VI dinastía (fueron los primeros en narrar en textos el ritual funerario propio de las personas reales), y que contiene indicaciones y fórmulas mágicas que permiten al difunto moverse en el más allá, escapar de los peligros y comparecer ante los dioses. Una vez frente a ellos eran juzgados y podían entrar en la eternidad disfrutando de una vida después de la muerte.

Los procesos para embalsamar a los muertos eran solicitados por todos los ciudadanos pudientes que anhelaban llegar al reino de Osiris (el dios de la resurrección que simbolizaba la fertilidad y la regeneración del Río Nilo, protector de la vegetación y la agricultura).

El mito narra que el hermano de Osiris, Seth, le tenía mucha envidia y lo mató después de haber vuelto de un viaje, lo cortó en 14 pedazos, que luego esparció por todo Egipto. Su esposa Isis recuperó todos los miembros y con ayuda de su hijo adoptivo lo embalsamó y lo devolvió a la vida, quedando embarazada de él, nació

Horus quien vengo a su padre desterrando a Seth al desierto y recuperando el trono de Egipto, mientras que Osiris permaneció como rey de los muertos. (Daniela Montechianri)

1.3.2. África

En todo el continente africano se encuentra difundida la creencia de la supervivencia de la persona en forma de espíritu que son temidos, debidos a que creen que pueden atraer desgracias en caso de encontrarse molestos o enfadados, según las creencias los espíritus desencarnados son temidos porque, piensan, pueden perjudicar de muchas y diversas formas la vida de los seres humanos. Según afirman, muchos espíritus se vengan de los seres que les perjudican en vida. Sostienen que, si un padre no fue bien atendido por los hijos en la vejez y ha muerto con cólera en su corazón, su espíritu volverá a atormentarlos. Existen por ello intermediarios entre los espíritus y los afectados que intentan proteger a estos y poner paz entre ambos. Esta es la causa por la que, en todas las aldeas y tribus, existen seres humanos que reciben distintos nombres según la región, cuyo papel es curar las enfermedades que para ellos son también producto de los espíritus y proteger los miembros de su clan de toda interferencia negativa que provenga del más allá y una parte de los conocimientos médicos y chamanes son transmitidos directamente por los espíritus.

En el extenso territorio africano conviven gran cantidad de culturas y religiones. Aparte de las religiones mayoristas, aún se conservan los ritos ancestrales de una gran riqueza cultural. La muerte y la subsistencia del espíritu de la persona fallecida es un punto en común en todas ellas, y se convierte a su vez en el fundamento y la base de su existencia. La vida del más allá y los espíritus que lo habitan se encuentran en todo momento presentes en la vida de los africanos. Todas sus costumbres y rituales tienen una relación directa con los espíritus del otro mundo, ya sea para protegerse de sus iras o para solicitarles su protección.

La muerte física de los seres humanos en África no pone fin a las relaciones entre los seres vivos y los seres que partieron. Los fallecidos o muertos continúan presentes en el ámbito familiar. Son recordados y, afirman, son vistos en sueños o en forma de

fantasmas cuando están despiertos. También se comunican con los vivos por medio de la posesión y sus deseos son revelados e interpretados por adivinos.

Mientras el fallecido sigue en el pensamiento de los familiares, su vida como espíritu continua en el más allá. Pero una vez que ya no son recordados por los familiares en la tierra, sus espíritus dejan de interesarse por las cosas humanas y habitan en los árboles, en las colinas e incluso en las más lejanas estrellas.

1.3.3. Las culturas Greco- Romanas

Su doctrina escrita por Zenón, tendía a establecer una moral practica y a enseñar a los hombres no solo por la palabra sino principalmente con el ejemplo, basaban a la felicidad en la posesión de un alma libre, a la que no alcanza el dolor ni es esclava de la búsqueda de una felicidad exterior, porque el hombre la acababa encontrando en sí mismo. Según ellos un espíritu anima al mundo y está presente en todas partes. Al morir el hombre se reuniría con este espíritu universal.

1.3.4. América

En general en todo el continente americano, sus civilizaciones más ancestrales mantenían el sentido del más allá y la supervivencia del alma o espíritu del hombre. La inmensa riqueza de todas y cada una de sus culturas tienen la creencia en una supervivencia tras la muerte física. Entre los esquimales, desde sus orígenes existe la creencia en la trascendencia del hombre. Conciben que el hombre no tiene solamente la vida presente, sino que se reencarna en sus descendientes. Se encontrará esta idea desde Alaska y a hasta el extremo de la Patagonia, incluso entre los aréncanos de la Pampa, etc. Dicha idea religiosa proviene del nivel cultural mesolítico.

Los indios de California dicen: **“del mismo modo que la Luna muere y retorna, nosotros resucitaremos después de la muerte”**.

Para la tribu sioux, el alma liberada viaja hacia el Sur, a lo largo del **“sendero del espíritu”**.

De los indios kaingang, del suroeste del Brasil. Cuando uno de los indios muere, algún cacique u otro hombre principal recita al lado del cadáver, lentamente y en voz baja, haciendo sonar la calabaza de música, cierto texto tradicional cuyas palabras son intraducibles, aunque no sea más que por no ser ya entendidas por los modernos coroados, ya que pertenecen a una lengua arcaica. Dicho texto acaso fuese antiguamente algún rezo, al menos por varias circunstancias recuerda el rezo del sacerdote en el entierro cristiano. Entre tres hombres llevan el cadáver al cementerio del Toldo de las Nutrias es una trocha estrecha.

Temaukel es el nombre del Ser supremo para los onas, así como el hacedor de todas las cosas. Los onas creen y proclaman que las almas de los hombres vuelven después de la muerte a la morada.

Comentan los patagones que las almas de los difuntos tienen que atravesar, primero, un mar misterioso llamado Jono. Hasta llegar a la otra orilla.

1.3.5. México

1.3.5.1. Olmecas

La cultura Olmeca es también conocida como la madre de las culturas de Mesoamérica y representa una de las más antiguas que poblaron y florecieron en el Continente Americano, especialmente en el Trópico. Existe evidencia Olmeca desde hace al menos 3,000 años, ya existía una noción sobre vida después de la muerte, y se comenzaba con un sacrificio como ofrenda hacia los dioses. Los primeros sacrificios en ofrenda que se han encontrado son de animales, especialmente perros.

A los muertos se les enterraba directamente en la tierra, usualmente con perros, con la idea de que acompañaría al difunto en el viaje hacia la otra vida, para los hombres más importantes, como sacerdotes u otros personajes, se les enterraba en tumbas en las cuales se les colocaban, aparte de los sacrificios animales y humanos, figurillas de jade, las cuales servían de ofrenda para que pudieran tener una buena vida después de la muerte, tal como la tuvieron en esta vida: **"Para los antiguos mexicanos el jade era algo más que una simple joya; se le consideraba como**

símbolo de lo divino y valioso, tal vez porque era del color del agua, del cielo y de la vegetación. El nombre `Chalchichuitl´ (que quiere decir: piedra verde] y el glifo para el jade eran sinónimos de “ joya ´ y de ` precioso ´”.

Luego se encontraron los primeros vestigios de sacrificios y mutilaciones humanas: En algunos entierros se hallaron sacrificios humanos consistentes en decapitar o cortar partes del cuerpo, tanto de adultos como de niños, para enterrarlas con el cadáver de ciertos personajes.

1.3.5.2. Los mexicas

Para esta civilización la muerte era parte del mantenimiento del orden cósmico vital, sus dioses en donde se aceptan a *Mictlantecuhtli* (Dios de la muerte) y a *Tezcatlipoca* (Dios de la vida). Ellos sabían que la muerte era parte de una continuidad de la vida y la finalidad última de ésta concepción, por lo que en las ceremonias se vivía la gratitud ante sus dioses, por ésta razón se practicaba el sacrificio como agradecimiento, a fin de ofrendar a los dioses creadores, los sustentadores del ciclo vital y del orden cósmico, las ceremonias también servían para establecer con sangre guerrera el poder de los mexicas sobre los demás.

Los sacrificios que se realizaban, era por una gratitud y la posibilidad de continuar a otra vida después de la muerte, se comprendía una dualidad entre el cuerpo y el alma, en donde el cuerpo se perdía al morir y el alma era la que en esencia debía trascender.

Para un guerrero, el mayor orgullo era ofrecerse para ser sacrificado, es por eso que ellos caminaban por su propio pie hacia la muerte en algunos rituales considerados de gran relevancia, aquí, la palabra “**voluntario**” era sinónimo de “**gran honor**”, por lo que aquel que se ofrecía su sangre al sacrificio, se le otorgaba por todo un año previo a éste, un trato lleno de beneficios.

No todos los sacrificados eran voluntarios, sino que gran parte de las víctimas se obtenían después de la guerra florida, esta batalla-ritual se hacía en nombre del dios Sol, su propósito era la obtención de sangre y vida. Ésta, se realizaba por medio de acuerdos entre el imperio mexica y otros señoríos con cierto condicionamiento a la realización de las guerras.

Ésta cultura, consideraba al hombre como un ser privilegiado por su relación cercana con los dioses, se pensaba que la relación entre ellos era recíproca, pero al mismo tiempo permanecían en deuda con los creadores, ya que aparte de haber sido creados, recibían la energía vital de los frutos surgidos de la Madre Tierra y madurados por el Sol.

1.3.5.3. Teotihuacanos.

Para los Teotihuacanos el paraíso, o el castigo eterno eran tipificaciones de carácter religioso muy distinto a otras creencias. El Cielo (Se pensaba que había arboleda y bosque de diversos árboles; las ofrendas que se les daban en este mundo en vida, allá también los recibirían), premio para los Guerreros muertos en combates; los que mataban, cautivos que habían muerto en poder de sus enemigos: los acuchillados, quemados vivos, aporreados con palos de pino, y otros peleando.

Se pensaba que todos estos estarían en un llano a la hora que sale el sol, alzaban voces y daban gritos golpeando las rodela, y el que tenía rodela horadada miraba al sol, y el que no tiene rodela horadada no podía mirarlo.

Y después de cuatro años pasados las ánimas de estos difuntos, se tornaban en diversos géneros de aves de pluma rica, y color, y andaban chupando todas las flores así en el cielo como en este mundo.

El Paraíso: como destino Para Los Difuntos Seleccionados: La otra parte donde decían que se iban las ánimas de los difuntos era paraíso terrenal, que se nombraba Tlalocan, en el cual había muchos regocijos y refrigerios, sin pena ninguna, nunca jamás faltaban las mazorcas de maíz verdes, y calabazas y ramitas de bledos, los jitomates y flores.

Y allí viven los dioses llamados Tlaloque, otros los cuales se parecían a los ministros de los ídolos que traen cabellos largos.

Y los que van allá son los que matan los rayos o se ahogan en el agua, y lo leprosos, bubosos y sarnosos.

El Infierno: Última Morada De Quienes Fallecían Por Enfermedad y donde estaba y vivía un diablo que se decía Mictlantecutli, y una diosa que se decía Mictecacíhuatl, era el lugar donde las ánimas de los difuntos que morían de enfermedad, ahora fuesen señores o principales, o, gente baja.

1.4. MUERTE Y RELIGION

“Tan solo el espíritu ve y comprende, pues fuera del mismo, todo en el hombre es sordo y ciego.”

Pitágoras

La espiritualidad, la fe y la religión son entidades separadas: Ángelo Brusco, menciona que la espiritualidad es el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre causando determinados comportamientos.

La dimensión espiritual trata de estar en armonía con el universo, se afana por dar respuestas sobre el infinito y en particular enfoca la existencia o proporciona apoyo cuando la persona afronta el estrés emocional, la enfermedad física o la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como espiritualidad a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales.

La espiritualidad cristiana establece principios y valores con relación con un ser trascendente llamado Dios con el cual, el creyente tiene una relación de amor de dónde saca la fuerza para realizar su proyecto de vida en el ámbito de todas las dimensiones del ser.

Dentro del Proceso Salud- Enfermedad y de la muerte como un momento fundamental para respetar y fortalecer la autonomía de la persona, los familiares y su

entorno significativo, ha facilitado el desarrollo de un vínculo de confianza y respeto mutuo. Así se determinan opciones para trabajar en la urgencia, lo inmediato como situaciones estructurales; el problematizar la muerte e incorporar en su análisis el sentido de trascendencia que plantean las personas implica poder dar lugar a esa búsqueda de pequeñas certidumbres y sentidos. Entender que forma parte de este proceso, obliga a trabajar sobre la calidad de vida y los deseos de la persona en torno a su muerte. Esta concepción, deja de lado la frase **“ya no hay nada por hacer”**, se piensa y se actúa porque siempre hay **“algo por hacer”**.

Analizar las determinaciones sociales de la salud en torno a la muerte, aun en estas situaciones donde pareciera que es lo último que importa, intenta comprender y contextualizar la realidad de la persona como construcción histórico-social. A su vez, resulta una necesidad ético-política poder repensar y analizar las diferentes formas.

La esperanza finalmente es la virtud por la cual el hombre se capacita para tener confianza y plena certeza de conseguir la vida eterna y los medios, tanto sobrenaturales como naturales, para alcanzarla, apoyado en el auxilio omnipotente de Dios a sí mismo la virtud es opuesta a una actitud de resignación en la vivencia del duelo. Quien se resigna no camina. La esperanza es terapéutica por que impide la resignación

La fe es un acto personal a la iniciativa de un ser supremo que se revela, es una forma de vida, de comportamiento y de autoconocimiento y contar con ella es creer o comprometerse con algo o con alguien. La fe en la resurrección es un regalo para el creyente; nadie puede demostrar de manera puramente racional la existencia de la vida eterna, ni se puede reducir a partir de la experiencia de una realidad mundana actual. El único lenguaje que se puede emplear al hablar del futuro último es el lenguaje de la esperanza.

No es fácil creer en el más allá, en la resurrección, no lo es cuando la muerte se impone, cuando se vive el dolor por la pérdida de un ser querido debido a que se de manera intensa se experimenta confusión, aturdimiento, vacío, soledad, se rompe el corazón y muy difícilmente somos capaces de tender hilos entre la razón y el sentimiento. (Bermejo José Carlos)

La religión proporciona un significado a la vida y a la muerte, refugio de fortaleza, serenidad fe en los momentos de crisis, una sensación de seguridad, una red de ayuda social; para los cristianos en el más allá existe el paraíso o el infierno que constituyen los dos destinos extremos, que han sido únicos durante mucho tiempo, si bien a partir del siglo XIII adquiere fuerza la idea de un tercer lugar, el purgatorio, espacio intermedio entre ambos, donde las almas que necesitan un tiempo de expiación para acceder a la gloria aguardan y se benefician de los actos piadosos hechos en la tierra, según la concepción de los santos. También en estos momentos se formula la existencia del limbo como lugar particular para las almas de los niños no bautizados.

En esta religión existe la convicción de la existencia de otra vida, la vida eterna, tras el tránsito, por lo que temen fallecer sin aviso, repentinamente, y verse privados de un tiempo precioso para repartir sus bienes, avalar la buena convivencia familiar y arreglar los trámites del más allá, es decir, asegurarse del arrepentimiento final y el cumplimiento de ritos y ayudas para que su alma se garantice el purgatorio.

La dimensión religiosa comprende la disposición y vivencia de la persona de sus relaciones con Dios dentro del grupo al que pertenece como creyente y en sintonía con modos concretos de expresar la fe y las relaciones, la dimensión espiritual es más vasta, abarcando edemas el mundo de los valores y de la pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias.

En efecto, la capacidad de silencio, de asombro y de admiración, de contemplar y de discernir, de profundidad, de trascender, en la conciencia de lo sagrado y de comportamientos virtuosos como el perdón, la gratitud, la humildad o la compasión, son elementos propios de lo que entendemos por inteligencia espiritual. (José Carlos Bermejo)

Sin embargo, existen personas que dudan o que no creen en un ser supremo, a las cuales se les denomina como agnóstico; Un agnóstico es una persona que duda de la existencia de Dios o de un ser supremo o que cree que la existencia de dios no está probada. Un ateo niega la existencia de dios o de varios. El monoteísmo es la creencia de un solo dios. (Young Kelly Lucia)

1.5. TIPOS DE MUERTE

“Unas mariposas observaban una procesión de orugas afligidas a causa de la muerte de una de ellas. Las mariposas se reían diciendo:- ¡Mirad, lloran porque la oruga ha muerto!”

Cuento Oriental

Existen diferentes tipos de muerte en un organismo complejo como lo es el Hombre dentro de los cuales están las siguientes definiciones:

1.5.1. Muerte Individual u Orgánica Absoluta: Es una complicación devastadora con una disfunción progresiva, y en ocasiones secuencial, de sistemas fisiológicos en presencia de un cuadro de sepsis sistémica, la expresión gradual de un fenómeno inflamatorio asociado a una enfermedad aguda y la alteración de algunos órganos vitales es tal, que se hace imposible restaurar las funciones vitales.

1.5.2. Muerte total: podemos enunciar la falta total de respiración, ningún latido cardiaco, inmovilidad total, insensibilidad ante cualquier estímulo, inercia en los miembros, caída de la mandíbula, relajamiento de esfínteres, dilatación de las pupilas, palidez, apertura de ojos, enfriamiento y es en la que el cadáver comienza el proceso de putrefacción.

1.5.3. Muerte espiritual: En los límites de la finitud el ser humano se enfrenta al sufrimiento físico, mental y espiritual, pudiendo este último ser tan perturbador como el físico y, a veces, menos tolerable. El sufrimiento espiritual aparece por la pérdida del significado y del sentido de la vida, de la esperanza, y se refleja en el dolor espiritual. Esto por perder el sentido a la vida, en paralelo se construye un sentido para el enfrentamiento de la muerte, empleando como herramienta la espiritualidad. La espiritualidad en la última etapa de la vida tiene importancia, pues favorece la capacidad del ser humano en elevarse a la trascendencia como forma de superar o mitigar el sufrimiento. (Sigmund Freud).

El hombre es el único ser vivo, conocido, que sabe que tiene que morir, ve a la Muerte como una enemiga cuando no lo es. Ella simplemente pone un límite a nuestro tiempo, razón por la cual la **Muerte Cerebral** merece mención aparte debido a que en este tipo de muerte se sustenta la Voluntad Anticipada y los Cuidados Paliativos.

1.6. La Muerte Cerebral o Clínica

*Prefiero no existir a ser devorado por el olvido del tiempo,
que nunca hablen ni piensen en mí para no ser un simple
recuerdo.*

La muerte clínica es la cesación total e irreversible de cualquier actividad del sistema nervioso central. Según este criterio, se puede declarar clínicamente muerta a una persona aún si permanece con actividad cardíaca y ventiladora gracias al soporte artificial en una unidad de cuidados intensivos. Es la muerte que certifica el curso total de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad Cerebro Vascular es el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más, o que lleven a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular.

Hay dos formas en la que una persona muere: por muerte cardiopulmonar o por muerte cerebral. Ambas son definiciones formales y legales de muerte. La muerte cardiopulmonar es la pérdida irreversible de funcionamiento en el corazón y los pulmones. Las personas que han sufrido una lesión cerebral no recuperable (como traumatismo craneal o accidente cerebro vascular) son diagnosticadas con muerte cerebral.

Cuando alguien tiene muerte cerebral, la persona requiere de un ventilador artificial que respira por la persona, los órganos como el corazón y el hígado continúan recibiendo oxígeno y pueden funcionar durante algunos días después de que el cerebro murió.

Este tipo de muerte se declara si el paciente es incapaz de respirar sin asistencia médica, carece de respuesta pupilar a la luz y de respuesta al dolor, y se interrumpe el flujo de sangre al cerebro. Una vez que se declara muerte cerebral, no hay posibilidad de recuperación.

El tronco del encéfalo es la parte más baja del cerebro que está conectada a la médula espinal (una columna de tejido nervioso ubicada en la columna vertebral). Esta parte del cerebro es responsable de la mayoría de las funciones automáticas del cuerpo que son esenciales para la vida: Respiración, palpitación, presión sanguínea y deglución.

La interrupción de la irrigación sanguínea hacia el tronco del encéfalo da como resultado la falta de oxígeno en el área, lo cual causa la pérdida permanente de la función del tronco del encéfalo. Una vez que el tronco del encéfalo deja de funcionar permanentemente, no hay forma de revertir esta falla.

1.6.1. Manifestaciones clínicas:

- ❖ Coma, con ausencia de respuesta a ningún estímulo
- ❖ Apnea, comprobable por el retiro del ventilador durante tres minutos a partir de un estado de normocapnia (tensión normal de bióxido de carbono en la sangre) previa, con ausencia de todo movimiento muscular somático.
- ❖ Ausencia de reflejos cefálicos y de actitud corporal
- ❖ Ausencia de reflejos espinales
- ❖ Electroencefalograma plano, cuyo registro dure un mínimo de diez minutos
- ❖ Persistencia de estos criterios durante veinticuatro horas
- ❖ Ausencia de intoxicación por drogas depresoras.

1.7. Etapas después del proceso de la muerte.

La muerte del cuerpo es el primer anuncio de un cadáver. Hay signos precursores, muchos hablan de un cierto olor dulzón y pesado que despiden el cuerpo del moribundo

1.7.1. Los signos precoces:

señalan la ruptura Vida-Muerte y son; inmovilidad, hipotonía, falta de reflejos y de respuestas, el cuerpo totalmente inerte, los miembros ligeramente flexionados, la cabeza ladeada, la punta de los pies inclinados algo hacia afuera, la mandíbula caída, la boca abierta, los ojos entreabiertos con los globos hacia arriba, con una mirada apagada y vacía los esfínteres sin tonicidad.

1.7.2. Signos semitardios:

Enfriamiento del cuerpo comenzando en la cara y en las extremidades, flacidez inicial, grandes hemorragias; se generaliza alrededor de las doce horas, manifestándose primero en la cara y siguiendo en la nuca, el tronco y los diversos miembros. La lividez aparece a las tres horas, manchas circulares de color rosa azulado, o rojo claro, azul oscuro o negruzco.

1.7.3. Signos precursores:

La putrefacción comienza a manifestarse a las 24 horas del deceso. El primer signo es la aparición en el hipocondrio derecho una mancha verde que se oscurece. Una mancha negra en el ángulo interior de la conjuntiva.

1.7.4. La putrefacción:

Es un signo tardío y absoluto de la muerte, es peligrosa porque produce gases tóxicos que pueden matar. Se hincha desmesuradamente. Presenta emanaciones color pardo, pestiles, nauseabundas. Emite gases infectos con bacterias de putrefacción, lo que se le llama “**circulación póstuma**”. Esta fermentación produce agua en abundancia, junto con algunos gases, como metano, carbónico, nitrógeno, amoníaco, hidrogeno sulfuroso, que son la causa de la hinchazón del cadáver. La carne ya ablandada se cambia en masas fétidas.

1.7.5. el proceso de destrucción

Se presenta una flora permanente, hay bacterias que se vuelven virulentas ante la presencia del cadáver, crecen moscas verdes; llegan luego las larvas, que provocar la fermentación butírica, entre el sexto y noveno mes aparecen nuevas larvas

responsables de la fermentación gaseosa. Durante el segundo año, más coleópteros trabajan en la carne en descomposición. Luego los ácaros durante el segundo y tercer año y si hay humedad suficiente nacen hongos destructores.

1.7.6. La mineralización:

Cuando el organismo queda enterrado, su concha o esqueleto se vuelve poroso debido a la descomposición de la materia orgánica. Es entonces, cuando el agua que atraviesa la roca llevando disueltas distintas sustancias minerales, penetra en el hueso o concha y produce la transformación de los elementos que originalmente lo componían.

CAPITULO 2

2. Marco Jurídico

“La ley debe ser como la muerte, que no exceptúa a nadie”.

Montesquieu

Los pacientes enfermos en situación terminal tienen el derecho a recibir atención médica integral e ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica y dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables para lo cual deben de darlo con consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Cuando su decisión sea recibir cuidados paliativos en su domicilio particular deberá designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para que, en el caso de que avance su enfermedad y esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación. Una vez que el paciente en situación terminal esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar nuevamente el tratamiento curativo ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Actualmente en el Distrito Federal existe el procedimiento jurídico para que una persona elabore su voluntad anticipada, se trata de un documento con validez legal denominado **“Ley de Voluntad Anticipada”** que fue publicado el 07 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. La cual establece en el Capítulo Primero, Título; Disposiciones Preliminares, Artículo 1; que **“La presente Ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural”**. Sin embargo, para brindar un cuidado

integral al Enfermo en fase Terminal es fundamental que el personal de Salud y en especial los profesionales de Enfermería conozcan el marco Legal que fundamenta el cuidado de éste tipo de pacientes.

2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos artículo 4º Constitucional

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

2.2. Código Penal en el Distrito Federal

En su artículo 18 (Dolo y Culpa) menciona que las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente: obra dolosamente el que, conociendo los elementos objetivos del hecho típico de que se trate, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta su realización.

Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiando en que no se produciría, en virtud de la violación de un deber de cuidado que objetivamente era necesario observar.

Quienes únicamente intervengan en la planeación del delito, así como quienes determinen a otro o le presten ayuda o auxilio, sólo responderán si el hecho antijurídico del autor alcanza al menos el grado de tentativa del delito que se quiso cometer.

Los autores o partícipes del delito responderán cada uno en la medida de su propia culpabilidad.

2.3. Código Civil

El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinara atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomara como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

2.4. Ley General de Salud

Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones:

- ❖ Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados.
- ❖ Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal;
- ❖ Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados;

- ❖ Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos.
- ❖ Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;
- ❖ Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento.
- ❖ Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal.
- ❖ Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley.
- ❖ Hacer saber al enfermo, de inmediato y antes de su aplicación, si el tratamiento a seguir para aliviar el dolor y los síntomas de su enfermedad tenga como posibles efectos secundarios disminuir el tiempo de vida.
- ❖ Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente.
- ❖ Podrán hacer uso, de ser necesario de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.
- ❖ En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.
- ❖ Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

- ❖ Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.
- ❖ El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.
- ❖ El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.
- ❖ Queda prohibida, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

2.5. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal

En la presente ley tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

La presente Ley se aplicará única y exclusivamente en el territorio del Distrito Federal con base en los términos y disposiciones establecidas en la misma.

La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no exime de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o administrativa, a quienes

intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma. Ningún solicitante, profesional o personal de salud que haya actuado en concordancia con las disposiciones establecidas en la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa

El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- ❖ Cualquier persona con capacidad de ejercicio
- ❖ Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal
- ❖ Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad.
- ❖ Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones y del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Coordinación Especializada (Anexo 1).

Pueden excusarse de ser representantes:

- ❖ Los empleados y funcionarios públicos
- ❖ Los militares en servicio activo
- ❖ Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación.
- ❖ Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido.
- ❖ Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

El personal de salud a cargo de cumplimentar las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales

disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.

La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley.

El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

2.5.1. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal

Debe contener los siguientes elementos:

- ❖ Número de control que se asigne para su registro.
- ❖ Datos de la Unidad Médica Hospitalaria de la Secretaría o Institución Privada de Salud: nombre de la institución, domicilio y área de atención.
- ❖ Datos del enfermo en etapa terminal: nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación, número de expediente clínico y diagnóstico terminal
- ❖ Los datos del suscriptor: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad, ocupación y parentesco
- ❖ La manifestación voluntaria del enfermo en etapa terminal o en su caso del suscriptor de aceptar o no donar órganos y tejidos.
- ❖ Datos del representante y los testigos: Nombre completo, domicilio, número telefónico, edad, sexo, estado civil, identificación oficial, nacionalidad y ocupación.
- ❖ La firma de los participantes y en su caso, la huella digital.

El texto del Formato de Voluntad Anticipada deberá contener las siguientes disposiciones:

- ❖ Que el paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal.
- ❖ Que el enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico.
- ❖ Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, expresa la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar su vida.
- ❖ Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor manifiesta de manera libre y consciente su voluntad.

La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones:

- ❖ Será solicitada por el enfermo en etapa terminal, representante y/o familiares a través del área de trabajo social de la Unidad Médica Hospitalaria que le atiende.
- ❖ Deberá ser indicada por el médico tratante, de acuerdo a la condición médica del enfermo en etapa terminal y programada por la Unidad Médica Hospitalaria correspondiente.
- ❖ El personal de salud que asista, le proporcionará al enfermo en etapa terminal los cuidados paliativos, en su caso sedación controlada, así como tratamiento psicológico, para el enfermo y sus familiares.
- ❖ El personal de salud, tiene la obligación de incorporar la información al expediente clínico, respecto al cumplimiento del plan de manejo médico del enfermo en etapa terminal.
- ❖ El personal de salud, instruirá al familiar o persona encargada de atender al enfermo en etapa terminal, respecto al procedimiento para proporcionar los cuidados paliativos.

- ❖ Las Unidades Médicas Hospitalarias, proporcionarán los medicamentos y material de curación al enfermo en etapa terminal, de conformidad con lo establecido en la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
- ❖ El personal de salud, expedirá el certificado de defunción correspondiente.

2.6. Normas

2.6.1. NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Tiene como objetivo establecer las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como para la prestación de dicho servicio que en forma independiente otorgan las personas físicas con base en su formación académica.

La prestación del servicio de enfermería se realizará en establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios en forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones.

De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares

La prestación de servicios de enfermería que corresponden a los profesionales técnicos de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teórico-práctica son los cuidados de mediana complejidad que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería. Su función

sustantiva es asistencial y las adjetivas son de colaboración en las funciones administrativas y docentes.

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

La prestación de servicios de enfermería, relacionada a las acciones para generar conocimiento en las diferentes áreas de la salud, corresponde al personal de enfermería con doctorado, debido a que por su grado de formación con estudios avanzados de posgrado en un área específica, está facultado para dirigir estudios de investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria. Aporta evidencias científicas para la formulación de políticas que mejoren la calidad y la seguridad de los pacientes, así como para la formación de recursos humanos para la salud. Su función sustantiva es de investigación.

2.6.2. Proyecto de Norma Oficial NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la Atención de Enfermos en fase Terminal a Través de Cuidados Paliativos.

De la prescripción y otorgamiento de cuidados paliativos

En toda persona que curse una enfermedad en fase terminal, existirá a su favor la presunción del médico tratante, de que requiere cuidados paliativos.

El médico tratante deberá promover, que el paciente reciba los cuidados paliativos en su domicilio, con excepción de aquellos casos en que, por las condiciones del paciente, se requieran atención y cuidados hospitalarios.

Los profesionales de la salud, procurarán que el paciente reciba los cuidados paliativos con un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario, en el que no únicamente participe personal del área de la salud, sino que también otras personas, ajenas al ámbito de la salud, que apoyen con la instrumentación de acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y que coadyuven en la aplicación del plan terapéutico establecido por el médico tratante.

Es responsabilidad del médico tratante, identificar en su justa magnitud, valorar y atender en forma oportuna, el dolor y síntomas asociados que el paciente terminal refiera, sin importar las distintas localizaciones o grados de intensidad de los mismos, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, evitando en todo momento acciones o conductas que puedan ser consideradas como ensañamiento terapéutico.

De la atención ambulatoria

La atención ambulatoria tiene como objetivo principal, que el paciente terminal y sus familiares, reciban atención, soporte y apoyo necesarios, para solventar las crisis que pudieran llegar a presentarse en el domicilio.

En las consultas de control y seguimiento, programadas o no, se evaluará la terapéutica prescrita, con la finalidad de realizar oportunamente los ajustes que resulten necesarios para control de los síntomas inesperados y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.

Cuando sea necesaria la prevención o tratamiento de crisis de claudicación familiar, que pudiera poner en riesgo la eficacia de los cuidados paliativos.

En los establecimientos de atención médica para el internamiento de pacientes, en los que se pongan a disposición del público la atención médica a través de cuidados paliativos, se deberá contar con áreas o servicios para la evaluación y atención médica especializada en procedimientos intervencionistas para el control del dolor y síntomas asociados, independientemente de la denominación del área o servicio destinado para tal fin.

El personal técnico y auxiliar de una unidad médica hospitalaria, deberá apoyar al personal médico, a fin de contribuir en la capacitación y sensibilización del paciente y familiares, sobre temas de alimentación, higiene, cuidados directos del enfermo, cambios posturales, manejo de escaras, ministración de fármacos, manejo de crisis, orientación sobre comunicación con el enfermo y, en general; difundiendo diferentes métodos en beneficio del paciente.

2.7. DERECHOS HUMANOS

Toda persona tiene derecho:

- ❖ A la vida.
- ❖ A la integridad personal -física, psíquica y moral.
- ❖ A la libertad personal.
- ❖ A la libertad de expresión.
- ❖ A la protección de la libertad de conciencia y de religión.
- ❖ A la identidad y la nacionalidad.
- ❖ A la propiedad privada.
- ❖ A circular y a residir en el territorio de un Estado.
- ❖ A no ser discriminado.
- ❖ A trabajar.
- ❖ A la salud.
- ❖ A la cultura.
- ❖ A la protección y asistencia familiar.
- ❖ A una alimentación, vestido y vivienda adecuadas.
- ❖ A la educación pública y gratuita en todos los niveles de enseñanza.

- ❖ A un medio ambiente sano y equilibrado.
- ❖ A vivir en paz.

2.8. DERECHOS DEL PACIENTE

1. Recibir atención médica adecuada.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. Recibir trato digno y respetuoso.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.

4. Decidir libremente sobre su atención.

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa qué consisten, a los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6. Ser tratado con confidencialidad.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención médica en caso de urgencia.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un expediente clínico.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

2.9. CODIGO DE BIOETICA

PRINCIPIOS BASICOS:

Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

Valor fundamental de la vida humana: Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo

deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud.

Doble efecto: Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

CAPITULO 3

3. El enfermo en fase terminal y el enfermo terminal

“La perfecta igualdad no existe, sino entre los muertos”.

Pitágoras

Un enfermo terminal es la persona que sufre una enfermedad irreversible, cuya muerte se espera ocurra a pesar de todos los esfuerzos a nuestro alcance, es decir, está en el proceso final de su vida. (Suárez Alba Elena)

La OMS, define al paciente terminal como aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes que ocasionan, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado (inferior a seis meses).

Existen diferencias entre el enfermo terminal en general y el enfermo terminal en fase final. El primero podría estar deambulando, encontrarse medianamente incapacitado para el trabajo o para las relaciones socio familiar. Los segundos se caracterizan por estar discapacitados para auto cuidarse, son dependientes, por lo que requieren ayuda para efectuar las actividades más elementales y aliviar su sufrimiento. Además sufren pérdida progresiva de los mecanismos de la homeostasia y conjuntamente se deteriora su condición psicológica.

Detrás de las enfermedades están los seres humanos que sufren, por el problema con el que se encuentran, como por la angustia al que se genera la incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que los pacientes y sus familias estén ansiosos y sometidos a un gran estrés.

Se debe de dar la oportunidad al enfermo de gestionar, no solo su vida sino también su muerte. Cuando un paciente quiere morir y pide ayuda en ese sentido, es porque se encuentra en unas condiciones que considera peores que la propia muerte. Estas condiciones suelen deberse a síntomas físicos, a problemas psico-emocionales; o simplemente a un sufrimiento intolerable con falta de sentido de la vida y vacío

existencial. Una sociedad civilizada no puede descuidar sus pacientes ancianos y los terminalmente enfermos.

El sufrimiento no es un sistema ni un diagnóstico, sino una experiencia humana compleja. En enfermo necesita, además de un exquisito control de síntomas, la restitución de su identidad como persona. La verbalización de las múltiples preocupaciones, al sacarlas fuera, inicia ya su mejoría.

El progreso en el campo de las técnicas diagnósticas y terapéuticas no ha sido acompañado de un incremento paralelo en el grado de satisfacción de los pacientes, porque el paradigma teórico que las ha inspirado se sustenta más en el estudio de las enfermedades es algo que padecen las personas.

El ser humano debe ser considerado como un triple ser: el ser corporal, el ser anímico y el ser espiritual. Cada estrato genera necesidades distintas que deben ser identificadas, valoradas y tratadas de forma específica.

3.1. Procesos de pérdida del paciente en fase terminal

3.1.1. Pérdida de salud. Esta pérdida provoca dolor que va cambiando, hasta forma y espacio para que se adapte, y así pierde su seguridad, esperanza, su tranquilidad y hasta lo económico, así como su autonomía, capacidad de decisión

3.1.2. Pérdida de libertad. Involucra disminución natural de sus movimientos, su libertad de pensar, su libertad de privacidad.

3.1.3. Pérdida del cuerpo. Antes considerado como aliado, su cuerpo se convierte en el enemigo actual y en un obstáculo para su autorrealización.

3.1.4. Pérdida de la imagen propia. La pérdida de autoestima, principio de una depresión, perdido de afectos, ya que se negara a toda relación afectiva y se llenara de rabias y de culpas.

3.1.5. Pérdida de la paz interior. Un autoanálisis de su vida, empieza a enfrentar la realidad de su próxima, cercana a la muerte y todas sus consecuencias, y es probable que surjan fuertes culpas.

3.2. Los miedos del moribundo

El miedo es una respuesta natural ante el peligro; una sensación desagradable que atraviesa el cuerpo, la mente y el alma. Lo que convierte el terror, no siempre es el espejo de algo real, muchas veces se teme a algo que no existe, que es producto de la imaginación.

El periodo que va de ser un enfermo terminal a un enfermo en fase terminal esta, envuelto en crisis.

3.2.1. El miedo a la muerte está relacionada con el instante de conservación común en los animales quienes poseen un sistema de alarma por miedo de las cuales se comunican unos a otros y proximidad del peligro por medio de los señales químicas y eléctricas (Jean Vasserot)

Para KolaKowski el miedo está relacionado con el instinto de conservación, sin embargo, la angustia es exclusiva del hombre, como reserva a lo inevitable del ser humano porque su origen se debe al temor de perder su individualidad la conciencia de sí mismo lo que significa perder algo más que el pasado histórico la continuidad de la persona.

Freud afirma que el miedo a la muerte es algo específicamente humano por que procede de preguntas que el animal no se hace, el hombre percibe que su vida es puesta en tela de juicio, amenazada en su autoafirmación e irreversiblemente estimada a la disminución y al abandono.

3.2.2. Miedo a lo desconocido: Las personas que tienen verdadera fe en la Resurrección pueden manejar mejor este miedo por el sentido de persona y trascendencia que proclama esta doctrina.

3.2.3. Miedo a la destrucción: La destrucción del cuerpo en el proceso de putrefacción.

3.2.4. Miedo a la soledad: Es un fenómeno psicológico y cultural que deshumaniza y mecaniza el proceso de morir. El aislamiento y la privación del contacto humano llevan rápidamente a una fuerte depresión.

- 3.2.5. Miedo de perder el cuerpo:** Sentido psicológico de la pérdida del Yo. Si perdemos el Yo perdemos todo.
- 3.2.6. Miedo a perder el autocontrol:** Cuando el enfermo se agrava, ve creciendo la dependencia. El Yo no es más el amo ni el capitán, es importante en extremo, dejarle al moribundo cualquier autoridad que pueda seguir teniendo y dejarlo que siga reinando tanto como sea posible sobre su propia situación.
- 3.2.7. Miedo al dolor:** Miedo a estar viviendo de sufrimiento en sufrimiento y de que tal situación se torne inmanejable.
- 3.2.8. Miedo de pérdida de identidad:** Surge como resultado del vacío del contacto humano, al tener que vivir una soledad profunda e interior, aparecen los miedos a su alcance, lo haga sentirse persona y no solo un número de identificación.

CAPITULO 4.

4. Eutanasia

“Es muy importante que hagáis lo que de verdad es importante... solo así podréis bendecir la vida cuando la muerte este cerca”

A lo largo de la historia el término eutanasia ha signado situaciones diversas y aun contradictorias. La palabra eutanasia proviene de dos raíces griegas eu: bueno y thanatos: muerte, hace referencia a una buena muerte serena y tranquila. (Pérez Varela Víctor)

Las posibles situaciones de atención al usuario son tres. La primera es aquella en el que el doctor restablece por completo la salud de una persona y con ello, el curso normal de su vida es ahí donde aparece totalmente recompensada la razón de ser del médico. La segunda situación surge cuando se atiende a un enfermo con un padecimiento crónico. El médico no lo cura, pero puede beneficiarlo: prolongar y mejorar sus condiciones de vida. Todavía puede sentirse satisfecho de su participación profesional. Por último, hay situaciones en que parece ya no haber nada que ofrecer en un enfermo terminal porque ya se ha intentado todo si éxito. El médico debe encontrar la justificación de su presencia en eso que los griegos proclamaban: **“Mantener la lucha por el enfermo cuando la batalla contra la enfermedad se perdió”**.

En este último escenario es donde corresponde considerar la eutanasia. No para conservarla como la única opción, sino para no destacarla. Hay enfermos que desean terminar su vida con dignidad porque no quieren convertirse en una imagen que provoque lastima y repugnancia. Su padecimiento puede adoptar mil facetas que disminuyen y humillan de manera intolerable. Desde el horror de una cara deformada por un tumor, la vergüenza provocada por un organismo que no controla esfínteres, hasta el derrumbamiento de un cuerpo que dejo de sostenerse.

Agotadas las alternativas de curación, llega el momento de iniciar las acciones para disminuir los síntomas: el dolor que repercute en las actividades cotidianas, en el estado de ánimo y en las relaciones personales. El médico que reconoce que no puede curar y permanece al lado del enfermo intentara proporcionarle los cuidados paliativos que necesita.

La pertinencia de la eutanasia en la práctica médica se deriva de la naturaleza misma de la relación entre el médico y el paciente. Este se establece cuando una persona que sufre por una enfermedad busca ayuda en alguien que socialmente se define preparado para brindarlo. El compromiso del médico no debe depender de que la enfermedad sea o no curable. La eutanasia es la última acción con que el medico puede responder al pedido de ayuda que se le solicita.

En el siglo XV lo ideal era una muerte consistente. Ahora se desea una muerte rápida, súbita. En relación al modo de morir, se ha pasado del intento de suprimir el sufrimiento a la supresión del paciente

4.1. La experiencia nazi

La idea del abuso de la eutanasia recuerda la tristemente célebre eutanasia practicada por los nazis, estos liquidaban a quienes tenían desventajas físicas por pequeñas que fueran. Los médicos seleccionaban pacientes para la muerte. Estos médicos raramente examinaban personalmente a los pacientes en este proceso; a menudo basaban sus decisiones sobre los documentos médicos y los diagnósticos del personal de las instituciones donde las víctimas se hallaban internadas.

Los seleccionados eran transportados por el personal a los sanatorios que servían como instalaciones centrales de reclutamiento. Se les decía a las víctimas que iban a someterse a una evaluación física y tomar una ducha para desinfectarse. En realidad, eran asesinados en cámaras de gas usando monóxido de carbono puro. Sus cuerpos eran inmediatamente quemados en crematorios. Las cenizas de las

víctimas cremadas eran tomadas de una pila común y puestas en urnas sin preocuparse de la identificación correcta. Una urna era enviada a la familia de cada víctima, junto con un certificado de muerte enumerando una causa y fecha de muerte ficticia. La defunción de miles de personas hospitalizadas cuyos certificados enumeraban causas y lugares de muerte extrañamente similares, dio lugar a sospechas. Eventualmente, el programa de eutanasia se convirtió en un secreto a voces.

Hitler ordenó parar el programa de eutanasia a finales de agosto de 1941, dado el conocimiento público generalizado de la medida y la estela de protestas privadas y públicas sobre las matanzas, especialmente de miembros del clero alemán. Sin embargo, esto no significó el fin de la operación de las matanzas de eutanasia. En agosto de 1942, las matanzas recomenzaron, aunque secretamente. Las víctimas ya no eran asesinadas en instalaciones centrales, sino por inyección letal o sobredosis de drogas en clínicas dispersas por toda Alemania y Austria y en muchas de estas instituciones privaban las víctimas adultas e infantiles de comida.

Esta tragedia continuó hasta los últimos días de la Segunda Guerra Mundial, creciendo y llegando a incluir una amplia gama de víctimas: los llamados asociales, pacientes geriátricos, víctimas de bombardeos, y extranjeros que hacían trabajos forzados.

Durante la fase inicial de las operaciones, de 1939 hasta 1941, alrededor de 70.000 personas murieron en el programa de eutanasia. En el procedimiento del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg (1945-1946), se calculó que el número total de víctimas era de 275.000 personas.

Entre los argumentos que escriben las personas que defiende la Eutanasia están los del Humanismo y autonomía: que es abolir sufrimientos no controlables y episodios que erosionan profunda e irreversiblemente la dignidad del enfermo terminal. Desde esa perspectiva, la eutanasia es más humana que la continuación que tratamiento de

enfermos sin esperanza. Asimismo, quienes favorecen la eutanasia afirman que respetar la autonomía del enfermo intensifica el respeto hacia la vida.

Las incertidumbres y temores del enfermo. No es infrecuente que quien confronta la muerte se martirice profundamente, más aun quien se encuentra en las salas de terapia intensiva, donde suele predominar la fría tecnología sobre el calor humano. El enfermo se pregunta cuando y como llegara su fin, si se encontrará solo o acompañado, si tendrá tiempo antes de que la inconciencia sobrevenga para despedirse de sus seres queridos. En forma paralela la perdida de la independencia, mezclada con una profunda desesperanza, aumenta la agonía del alma. Las situaciones anteriores aunadas al aislamiento y soledad, distorsionan las relaciones humanas e incrementas el terror hacia la muerte.

“Casi siempre quitarse la vida es un error, pero hay dos circunstancias en que no lo es: cuando los padecimientos de una vejez cargada de invalidez son insoportables y cuando se viven los últimos estragos de una enfermedad terminal” Así inicia Sherwin Nuland su reflexión sobre la eutanasia y el suicidio asistido en su libro *How Xe Die*.

Este médico, quien afirmaba que viviría su senectud siempre y cuando conservara sus facultades y toleraría una enfermedad mientras existiera algún alivio eventual, de lo contrario aceleraría su muerte cuando la edad o la enfermedad le impidieran sentirse vivo.

Nuland advierte sobre el riesgo de responder a un pedido de suicidio sin asegurarse de haber agotado todos los recursos que podrían aliviar el sufrimiento que motiva esa petición. Marie de Hennezel, psicoanalista que atiende a personas con enfermedades terminales, sostiene que detrás de una demanda de eutanasia lo que hay fundamentalmente es desesperación ante una situación insoportable, vivida en desamparo, es frecuente que el pedido desaparezca, ya sea porque encuentra sentido para vivir o porque quiere terminar de resolver algo.

Suele argumentarse que quien quiere suicidarse no tiene derecho de comprometer a otros en ese acto que por sí mismo podría efectuar, esto sin tomar en cuenta los casos de un impedimento físico, sin embargo este juicio es sordo al hecho de que se pide ayuda porque se necesita.

La condena de la eutanasia por parte de la religión se basa en una concepción de Dios común a las tres religiones monoteístas el cristianismo, el judaísmo y el islamismo. Sus argumentos giran en torno a la idea de que Dios es la fuente de toda vida y es el único que puede decidir sobre la muerte.

La jerarquía de la iglesia católica ha sido muy clara al definir su posición al respecto, rechaza la eutanasia activa y permite la pasiva. Esta diferencia supone un cambio de perspectiva para juzgar entre una y otras formas de eutanasia.

Al prohibir la eutanasia activa se juzga solo la acción del médico, reconocido como único sujeto. Al juzgar su acto la iglesia equipara la eutanasia con el homicidio que va en contra del designio divino que prohíbe matar. No importa si esa acción responde al pedido de otra persona. El suicidio es igualmente condenado porque se considera que atenta contra el sexto mandamiento que es **“no mataras”**.

Al juzgar la eutanasia pasiva el sujeto de la acción es el paciente y se le considera libre para pedir o rechazar cuidados intensivos cuando ya no hay cura. Se le reconoce el derecho a decidir sobre su muerte. No se piensa que atenta contra la voluntad de Dios, lo que, si sucede en la eutanasia activa.

4.2. ¿Qué no es la eutanasia?

- ❖ Acelerar la muerte en personas que si bien se hallan al borde del fin y con dolor incontrolable o complicaciones médicas no tratables, no han solicitado la eutanasia.

- ❖ Precipitar la muerte o dejar de tratar enfermos terminales por motivos económicos.
- ❖ Apresurar la muerte por motivos raciales.
- ❖ El suicidio colectivo de algunos grupos de fanáticos
- ❖ Inducir la muerte en neonatos, con objeto de controlar el problema de la sobre población mundial
- ❖ Precipitar la muerte en pacientes que no lo han solicitado pero que pertenecen a grupos con mayores posibilidades de fallecer.
- ❖ Provocar la muerte en pacientes que padecen evidente inestabilidad emocional y en quienes sufren depresiones graves.
- ❖ Sustentar la muerte cuando no hay consenso medico respecto a la gravedad de la enfermedad del paciente.
- ❖ Interrumpir el tratamiento o acelerar la muerte cuando no hay pruebas suficientemente claras de que el enfermo lo solicito.
- ❖ Procurar la muerte sin conocer **“con tiempo o profundidad suficientes”** al paciente.

La eutanasia, debe distinguirse del suicidio, por más que este pueda darse dentro de un cierto proceso de **“fallecimiento”** psicológico y social, en el caso de la eutanasia voluntaria, esta se asemeja bastante al suicidio. Suicidio eutanásico en los casos en el que el paciente se dé sí mismo la muerte.

4.3. Definiciones de eutanasia

Algunas definiciones de eutanasia que nos da dos grandes diccionarios de lengua inglesa: el de Oxford dice que eutanasia es la **“acción de inducir una suave y tranquila muerte.**

En un documento religioso se ha declarado recientemente: **“por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar el dolor”.**

La OMS define la eutanasia como aquella **"acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente"**.

4.4. Las divisiones clásicas de la eutanasia

La eutanasia suele dividirse al modo que se realiza (por acción u omisión) en eutanasia activa llamada también positiva y en eutanasia pasiva o negativa, atendiendo a la intención del agente, se divide en eutanasia directa e indirecta, y atendiendo a la voluntad del paciente, en eutanasia voluntaria y no voluntaria.

La distinción entre eutanasia activa y pasiva es cuestionable. Ambas persiguen el mismo fin, terminar con una vida. En el primer caso se realiza una acción (administrar una droga) mientras que en el otro se evitan o se interrumpen medidas (la conexión de aparatos o la administración de medicamentos). Desconectar un aparato que da respiración artificial para mantener la vida provoca la muerte en extremo angustiante, cuando supuestamente se busca terminar con el sufrimiento del enfermo.

Desde el punto de vista legal, la diferencia entre una y otra formas de eutanasia tiene mucha importancia. De acuerdo con la regla que condena matar, práctica que está prohibida en todos los países y tolerada en Holanda es la eutanasia activa. En cambio la eutanasia pasiva es aceptada en muchos países porque se reconoce el derecho del enfermo de decidir no ser tratado médicamente y dejarse morir.

Las posibilidades para juzgar las acciones son múltiples y las leyes actuales sobre la eutanasia y el suicidio asistido son ambiguas. En muchos países se ha mantenido una intensa discusión sobre la pertinencia de legalizar la eutanasia.

El esqueleto que en otras épocas sirvió para representar la imagen terrorífica de la muerte ha sido remplazado por otra figura mucho más terrible la del moribundo aislado, posiblemente inconsciente y rodeado de tubos en el hospital.

La humanidad ha ganado mucho con el avance científico y tecnológico, la esperanza de vida ha aumentado mucho y se curan innumerables enfermedades antes mortales. Es admirable que pueda mantenerse una vida cuando fallan algunas funciones vitales, pero se desprenden otras consecuencias lamentables del progreso. Fascinados por los avances tecnológicos que alejan la muerte, los médicos han perdido la capacidad para reconocer sus propios límites.

4.4.1 La eutanasia activa o positiva

Se entiende por eutanasia activa, la sedación terminal con la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda e irreversible de la conciencia. Cuando la muerte del paciente es previsible e inalcanzable con otras medidas, con el fin de acortar su vida, implica sustituir una causa natural de muerte, por otra causa artificial o el poner fin a ciencia y conciencia de manera positiva a una vida humana. (Deroberten Cahiers Laennec)

Se da la eutanasia activa cuando se produce una acción encaminada sin más a procurar la muerte del moribundo. Estas definiciones resaltan la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del paciente. La eutanasia médica se realiza por acción directa: proporcionando una inyección letal o mediante la sedación terminal del enfermo; e indirecta: no proporcionando el tratamiento vital para su subsistencia. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma.

4.4.2 Eutanasia pasiva o negativa

Significa que la muerte sobreviene por omitir o renunciar a medidas que tienden a preservar la vida.

La eutanasia pasiva puede revestir dos formas: la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. En el primer caso no se inicia el tratamiento, en el segundo

se suspende el ya iniciado, ya que se considera que más que prolongar la vida, prolonga el morir. En este tipo de eutanasia lo pasivo no significa completa inacción o abandono total del enfermo. Se continúan los cuidados higiénicos, la administración de drogas sedativas del dolor y la hidratación por vía bucal o venosa para evitar o disminuir el tormento de la sed, la eutanasia pasiva significaría ayudar a morir humanamente.

La decisión para terminar con una vida solo puede provenir de la persona que va a morir. Ni el médico ni los familiares o amigos que consideren insoportable la vida del enfermo deben sugerirlo. En primer lugar porque el dolor y el sufrimiento son apreciaciones subjetivas. En segundo, porque si otro decidiera quedaría en duda para quien es intolerable el sufrimiento, para el enfermo o para quienes están con él. Daniel G. Maguire analiza diferencias entre acción y omisión en el caso de muerte por eutanasia.

Omisión es no hacer nada, no decir; aunque se dice que no decidir es ya decidir, en situaciones confusas, o de inercia, parece más justificable el no actuar. La acción requiere más plenamente la deliberación de la voluntad y necesita razones más serias para justificarse.

Existen tres tipos de omisiones; dolosa, culposa y juiciosa. La omisión dolosa, como su nombre lo indica, supondría el propósito deliberado de hacer daño, mala voluntad, mala fe. La omisión culposa; conllevaría en el no actuar, descuido, imprudencia o impericia, en algún grado imputable al sujeto de la omisión. Finalmente la omisión juiciosa o razonable se daría cuando no hay ningún mal en la omisión, o al menos esta en relación con la acción e un mal menor, y por lo tanto no existe obligación de actuar. En el caso de la eutanasia pasiva se supone que la omisión es juiciosa.

Cuando existe el dolo, el dejar morir a un hombre puede ser una falta grave contra la vida, desde el punto de vista ético y jurídico.

1. Pueden diferir en cuanto a la responsabilidad

Es más fácil decir quien hizo algo, que quien dejo de hacerlo. En la omisión la responsabilidad del agente puede quedar más difusa y suele ser una responsabilidad más compartida. En la acción el cambio, la responsabilidad es más directa.

2. Pueden diferir en cuanto la finalidad.

Se trataría de una posible diferencia en la finalidad, omite los cuidados para prolongar la vida.

No es lo mismo dejar que llegue la muerte natural, que cometer en acto homicida, hay una gran diferencia entre hacer algo para acabar con una vida y omitir un tratamiento que alargaría, sin posibilidades reales de curación.

4.4.3. Eutanasia voluntaria y no voluntaria

La voluntaria es la que se realiza a petición de la víctima, con su consentimiento. En cambio la no voluntaria es la impuesta, sin contar con la decisión del enfermo.

Para la moral, la eutanasia impuesta es más reprobable que la voluntaria, ya que nadie tiene derecho a imponer sus propios criterios sobre la vida a otro ser humano. El vivir o morir es una decisión tan personal que nadie debería tomar en nombre de otro.

4.5. Países que han legalizado la Eutanasia:

❖ Holanda:

El movimiento Holandés en favor de la eutanasia se inició en 1971 cuando la doctora Geertrudía Postma acepto la solicitud repetida de su madre para acelerar su muerte. La progenitora de Postma había sufrido hemorragia cerebral, por lo que se encontraba paralizada, sorda y casi muda. Fue transferida a un hospicio, en donde

vivía atada a una silla, ya que le era imposible mantener el equilibrio. Incapacidad para comunicarse, dificultad en el control de los esfínteres y dependencia creciente hicieron que la madre de Postma considerarse que la suya ya “**no era vida**”. La hija-doctora resumió así la situación: “**Cuando veía tan solo a mi madre colgando de la silla, lo que observaba eran tan solo restos humanos**”. No podía resistir esa escena. Por lo anterior, le inyectó morfina y la mató. Acto seguido, comentó su acción con el director del hospicio, quien llamó a la policía.

Los jueces dictaminaron que era culpable de muerte piadosa. Sin embargo, solo recibió una sentencia simbólica, ya que se consideró que había motivos suficientes para avalar su conducta. Además fue apoyada por una carta abierta de varios médicos dirigida al ministro de Justicia, en donde confirmaban su participación en actos similares.

La historia de la doctora Postma suscitó, en Holanda y después en el mundo, una serie de discusiones tanto a nivel público como profesional que probablemente nunca finalizaran. En este sentido la experiencia Postma puede considerarse como la semilla de la discusión.

Los médicos, en este país, habían adoptado como práctica la interrupción del agua y de los alimentos para aquellos pacientes que gravemente enfermos solicitaban el suicidio asistido o la eutanasia. Sin embargo, pronto advirtieron que estos morirían con lentitud, dolorosamente. La cuestión era porque torturarlos, si justamente lo que ellos necesitaban era morir rápidamente y sin dolor.

A partir de este razonamiento los médicos holandeses empezaron a usar inyecciones letales, contando con el poder judicial que toleró esta práctica. Sin embargo siendo esta una práctica clandestina, en definitiva a la sombra de la ley, dio lugar a abusos. Y en el año de 1993 se promulgó una ley que prohibía la penalización de los médicos que la practicaban si:

- ❖ El paciente padecía un sufrimiento intolerable (incluyendo el psicológico)
- ❖ El paciente en reiteradas oportunidades estando lúcido solicitó morir.
- ❖ Dos médicos consintieron el procedimiento

❖ Los parientes fueron consultados y la muerte fue informada a las autoridades.

La Ley de Eutanasia llega a Holanda con más de treinta años de eutanasias autorizadas judicialmente. Su estrepitoso recibimiento obedece a que formalmente es el único país que en la actualidad ha legalizado esta práctica. El antecedente más próximo tuvo lugar en Australia en el año 1995. Debido a que las críticas a esa normativa fueron más fuertes que las razones dadas por el legislador para contar con reglas que regularan las prácticas de la eutanasia y del suicidio asistido, tras su aparición fugaz una nueva norma la derogó para callar la opinión pública.

Los avances de la medicina en el área tecnológica respecto a la aplicación de métodos de soporte vital en el paciente crítico y las modificaciones culturales que se han operado en la sociedad contemporánea con relación al derecho de los pacientes a decidir sobre el final de sus vidas, hacen imprescindible disponer de una definición de eutanasia que atienda la vigencia de este nuevo escenario. La exclusión de las llamadas formas pasivas y en general de la omisión como procedimiento o conducta posible para la provocación de la muerte y la necesidad de la voluntariedad explícita del paciente delimitarían muy concretamente el concepto de eutanasia.

Las opiniones de la población en conjunto con las actitudes de los médicos han obligado al sistema judicial de Holanda a individualizar cada caso antes de determinar si el médico que ayuda a bien morir a un enfermo debe o no ser sometido a juicio. En el sistema médico holandés no hay incentivos económicos para hospitales hospicios o médicos practicantes de la eutanasia.

Sida y eutanasia en Holanda es un padecimiento en que la posibilidad de morir pronto son altas y que además conllevan el daño de la estigmatización, la eutanasia es, en forma creciente, una opción.

❖ **Budista**

La doctrina de evitar los extremos la practican los budistas y se aplica el uso de los fármacos, sangre o vacunas. El budismo no perdona el acabar con la vida de ninguna forma, pero si un paciente está más allá de la recuperación y no puede ir hacia la “**iluminación**”, La eutanasia puede estar permitida.

❖ **Albania**

La eutanasia voluntaria se considera legal desde 1999 dentro del marco de los derechos del enfermo terminal. Se considera legal con el consentimiento de 3 o más familiares

❖ **Alemania:**

Desde el 2010, la eutanasia pasiva con consentimiento del paciente es legal

❖ **Bélgica**

La eutanasia activa fue despenalizada en 2002 bajo ciertas condiciones, aunque ya se había practicado en miles de casos antes de la aprobación de la ley

❖ **Canadá**

La eutanasia es ilegal pero un enfermo terminal puede expresar su voluntad de no mantenerse en vida artificialmente, lo que conduce a un dilema entre este testamento vital y la eutanasia pasiva.

❖ **Estados Unidos:**

La eutanasia está prohibida pero algunos estados permiten que los médicos ayuden en el suicidio asistido, bajo estrictas condiciones. En 1994 y tras un referéndum, Oregón fue el primer estado norteamericano en permitir el suicidio asistido para enfermos incurables. En 1997 la ley fue ratificada por una segunda votación. Dos médicos deben acreditar que al enfermo le quedan probablemente menos de seis meses de vida. Los afectados deben ser mayores de edad y haber dejado constancia de su deseo de morir varias veces de forma oral y escrita.

❖ **México:**

Fue el Distrito Federal el primero en legalizarla en el 2008, en algunos estados es legal la eutanasia pasiva, actualmente solo 8 estados la regulan con pocos requisitos estos son; Coahuila, Durango, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Querétaro, Quintana Roo y Tabasco.

Siguiendo este mismo punto, del estudio ético al final de la vida se ha evolucionado, y ahora se habla de otros dos conceptos: la “Ortotanasia” y la “Distanasia”.

4.6. Distanasia

La Distanasia: está compuesta del prefijo griego dis, que significa dificultad, obstáculo y thanatos, muerte, caracteriza la muerte dolorosa, la agonía prolongada. Significar en oposición a la eutanasia la muerte difícil, en medio de sufrimientos físicos y morales.

Es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongado la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no solo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.

4.7. Ortotanasia

La palabra ortotanasia, del griego op0oc: recto, justo, y 0ayatoc muerte.

Gonzalo Higuira la define como **“aquella que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una Distanasia, dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana”**.

Reserva la ortotanasia para designar todos los cuidados positivos en los diferentes planos, medico, asistencial y espiritual, que se pueden proporcionar al paciente.

En este sentido procura que ante enfermedades incurables y terminales se actúe con cuidados paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que la muerte llegue.

CAPITULO 5

5. Tanatología

“la mayor locura que puede hacer un hombre en esta vida es dejarse morir sin más ni más, sin que nadie le mate, sin otras manos que le acaben que las de la melancolía”

Miguel de Cervantes

La Tanatología es una disciplina que estudia al ser humano en su integridad y contribuye a elevar la calidad de vida de enfermos terminales y apoyar moralmente a las familias de estos, también estudia lo referente a los sufrimientos relacionados con la muerte y la desesperanza dentro de un marco biológico, social y espiritual.

Etimológicamente, Tanatología significa **“Estudio sobre la muerte”** y sus raíces: thanatos: muerte; y logos: tratado. (Delgado José Arturo)

Cuando un médico da a conocer un diagnóstico grave, la incertidumbre será parte de la cotidianidad, aunque la enfermedad en sí no sea sentencia de muerte. Si un enfermo tiene la sensación de que todo esfuerzo será inútil, la depresión y la debilidad provocarán un sufrimiento muy intenso, contagiando sentimiento de profundo dolor a las personas más cercanas a él, se aislara, perdiendo el interés por todo y por todos y lo peor, caerá en una desesperación de grandes proporciones y llegara a una total desesperanza.

Cuando se habla de una buena muerte, lleva implícito el hecho de que es la apropiada, no solo para el que muere, sino también para los seres queridos, es decir, una posibilidad de muerte con la que ellos pueden vivir. La tanatología habla más de la vida que de la muerte: **“quitar el miedo a la muerte es dar vida a plenitud”**.

La tanatología proporciona al hombre que muere una **“muerte apropiada”** esto, significa a su vez, que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las buenas relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, ejercicio de opciones, actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas.

Se tiene que presenciar o vivir la muerte de alguien para conocer el delgado hilo que sostiene la existencia; lo que experimentamos no es la muerte de otro como tal sino el repentino rompimiento de la frágil red de la existencia.

Tanatología, Disciplina Científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza, principio que debe de ser utilizada por la enfermera en la atención integral del enfermo en fase terminal acompañándolo a él y a su familia desde el diagnóstico fatal hasta su muerte y apoyar a la familia durante el duelo.

CAPITULO 6

6. Cuidados paliativos

*“Si bien la luz es igual para todos, la noche es siempre
diferente para cada uno de nosotros”*

M.Tournier

La palabra paliativo proviene de las raíces inglesas **“hospice”** (hospicio en castellano), los hospices medievales no sólo tenían personas moribundas sino que eran peregrinos, forasteros, caminantes que necesitaban cubrir alguna necesidad fundamental para poder continuar, la palabra **“hospices”** era para denominar al cuidado de pacientes moribundos, siendo hoy día referencia obligada dentro del campo de los cuidados paliativos, con su enfoque holístico.

La OMS, define los cuidados paliativos, como el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal, conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias.

El cuidado activo e integral que, de manera específica, se proporciona a pacientes que cursan la fase terminal de una enfermedad y que se orientan a mantener o incrementar la calidad de vida del paciente en los ámbitos individual, familiar y social; en su caso, con el apoyo y participación de un equipo interdisciplinario.

Los objetivos de los Cuidados Paliativos basados en los principios éticos de la práctica médica, curar, aliviar y consolar.

- ❖ Alivio del dolor y otros síntomas.
- ❖ No alargar, ni acortar la vida.
- ❖ Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- ❖ Reafirmar la importancia de la vida.
- ❖ Considerar la muerte como algo normal.
- ❖ Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- ❖ Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Históricamente y desde los años 70 del siglo XX, se viene asistiendo a una importante progresión en recursos y en la delimitación de su uso razonable. Definido claramente el concepto de enfermo terminal y de la integración del manejo de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales que aquel requiere, corresponde a la ética médica delimitar los cuidados mínimos.

Los enfermos terminales requieren por tanto cuidados continuos para una sintomatología cambiante que no serán concebidos como cuidados “intensivos” sino cuidados muy intensos, aplicados en un entorno multidisciplinar, bajo la filosofía de los Cuidados Paliativos, que se basa en una concepción global, activa e integral de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal, no solo controlando el dolor y otros síntomas molestos sino también el sufrimiento, para conseguir que estos enfermos vivan con plenitud sus últimos meses o días y tengan una buena muerte.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

- ❖ Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- ❖ Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- ❖ Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- ❖ Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- ❖ Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que es una cuestión de énfasis, aumenta el mayor número de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento específico.

6.1. Las bases de la terapéutica

Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, se trata de una atención individualizada y continuada.

El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.

La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran con el enfermo los objetivos terapéuticos.

Una Concepción terapéutica activa, a través de la actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el **"no hay nada más que hacer"** que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

Importancia del **"ambiente"**. La creación de una **"atmósfera"** de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.

6.2. Instrumentos básicos

La calidad de vida y confort de los pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de los conocimientos actuales de los Cuidados Paliativos, cuyos instrumentos básicos son:

1. Control de síntomas: Saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen y que inciden directamente sobre el bienestar de

los pacientes. Mientras algunos se podrán controlar (dolor, disnea, etc.), en otros será preciso promocionar adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).

2. Apoyo emocional y comunicación: la comunicación con el enfermo, con la familia y el equipo terapéutico, a fin de establecer una relación franca y honesta.

3. Cambios en la organización: para permitir que el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos sean cambiantes para los enfermos.

4. Equipo interdisciplinar: Los Cuidados Paliativos en un equipo de trabajo debe disponer de espacios y tiempos específicos, conformación específica y apoyo adicional.

Es importante disponer de conocimientos y habilidades en cada uno de estos apartados, que constituyen verdaderas disciplinas científicas

Evaluar antes de tratar, en el sentido de evitar atribuir los síntomas sólo al hecho de la enfermedad terminal y preguntarse el mecanismo fisiopatológico concreto. Además de la causa, debemos evaluar la intensidad, impacto físico y emocional y factores que provocan o aumentan cada síntoma.

Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente pueda comprender, así como las medidas terapéuticas a aplicar. No olvidar que el enfermo está preocupado y quiere saber por qué tiene los síntomas. Explicar, asimismo, la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta general, a través del control de la enfermedad terminal y específica para cada síntoma que comprende a su vez medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además deben fijarse los plazos para

conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.

Monitorización de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas). La correcta monitorización ayudará a clarificar los objetivos, sistematizar el seguimiento, y mejorar el trabajo al comparar nuestros resultados. Requerirá la validación previa por el equipo del instrumento de medida.

Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizarlos efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican. Actitudes y conductos adecuados por parte del equipo (escucha, risa, terapia ocupacional, contacto físico, etc.), contribuyen no sólo a disminuir la sensación de abandono e impotencia del paciente, sino que además elevan el umbral de percepción del dolor por parte del Paciente.

Es imprescindible que el equipo terapéutico completo elabore, asuma, practique y evalúe los objetivos terapéuticos en cada síntoma y en especial en el caso del dolor.

El sufrimiento que este proceso conlleva como resultado a una experiencia humana tremendamente compleja como lo es el dolor, que siempre necesita de los profesionales de enfermería, no sólo para su control, sino también para verbalizar las múltiples preocupaciones o miedos que tiene (al hablarlas y sacarlas fuera, inician ya su mejoría).

6.3. Dolor

La enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado y tratamiento del paciente con dolor. El hecho de tener un contacto más continuo e intenso con el enfermo implica que con frecuencia establece la relación de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz. Debe ser capaz

de responder profesionalmente ante el paciente, estar familiarizada con los tratamientos farmacológicos y otros métodos no invasivos para favorecer, y a veces, coordinar la actuación del equipo.

Tomando en cuenta que cuando el enfermo dice que le duele, le duele, es decir, que lo primero que se hace es creer en el enfermo dice McCaffery que el dolor es **“lo que el paciente dice que es y no lo que otros piensan que debería ser”**, siempre se debe creer al enfermo.

Se entiende por Dolor a la experiencia sensorial y emocional (subjetiva), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un sistema nervioso central.

6.3.1. Tipos De Dolor

1. Dolor agudo. Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Si bien los factores psicológicos tienen una importantísima influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales. Esto contrasta con el dolor crónico, en el que estos factores juegan un papel principal. El dolor agudo asociado a una enfermedad alerta al individuo de que algo anda mal. En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Sin embargo, persistente e intenso en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.

2. Dolor crónico. La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Bonica lo define como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una

herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Podría decirse que mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo.

3. Dolor somático es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física, es el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo.

4. Dolor neuropático: es una sensación dolorosa que se produce debido a daño o deficiencia funcional de los nervios (Las fibras nerviosas dañadas que envían señales de dolor al cerebro son las que causan esta condición). Esto sucede incluso si no hay un evento que desencadene el dolor.

5. Dolor psicogénico ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

6.3.2. Escalas del Dolor

Escala analógica visual- Eva

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. (Anexo 2)

Métodos conductuales de valoración del dolor en niños.

Son útiles en la etapa pre verbal del niño, es decir, en los menores de 24 meses. Cuando el dolor sea agudo hay que valorar las expresiones faciales que presenta el niño cuando tiene el dolor, su agitación, nerviosismo y, aunque por la edad sean mínimas, también se las expresiones verbales que manifieste el niño, como por ejemplo el llanto, elemento importante en el niño pequeño, habiéndose podido diferenciar entre el llanto debido al dolor o al hambre.

Escala de las nueve caras.

Formada por nueve caras claramente diferenciadas, cuatro de ellas expresan diversas y descendentes expresiones de confort, seguidas de una cara que se puede considerar neutra y a continuación otras cuatro que de modo ascendente muestran cada vez mayor grado de disconfort; se les asocia una valoración numérica que facilita la cuantificación del dolor y que ha sido medido con diversos estudios comprobándose que puede ser utilizado por niños desde los 5 años de edad de una manera similar a la escala visual analógica de 10 cm .(anexo 3)

Escala de las seis caras:

Elaborada por un Hospital de Australia, desde los años 90, muy difundida por las siete caras que dibujan y que igualmente expresan diversos intervalos de confort o disconfort. (Anexo 4)

6.4. Medicación

Los analgésicos son drogas poderosas que interfieren con la transmisión de las señales del sistema nervioso a los nervios que percibimos como dolor. La mayoría de los analgésicos también estimulan porciones del cerebro que se relacionan con el placer. Son el eje del tratamiento, en los enfermos terminales, siempre deben ser administrados dentro del contexto de atención integral al enfermo.

Analgésicos primarios

Los analgésicos primarios tienen como efecto farmacológico principal aliviar el dolor. Son de amplio espectro, es decir, útiles en numerosos tipos de dolor. Se distinguen tres tipos:

- ❖ Analgésicos-antitérmicos puros: paracetamol.
- ❖ Analgésicos-antiinflamatorios (AINE): ácido acetilsalicílico (AAS), ibuprofeno, selectivos (celecoxib y rofecoxib).
- ❖ Opioides: agonistas puros de los receptores opioides (morfina, codeína, metadona, fentanilo), parciales (buprenorfina), agonistas-antagonistas (pentazocina) y mixtos (tramadol).

No se debe, mezclar nunca dos analgésicos opioides, algunos son compatibles entre sí (por ejemplo, codeína y morfina). Sin embargo, no tiene ningún sentido y hace difícil su dosificación, (por ejemplo, morfina y pentazocina, morfina y buprenorfina), anulando uno el efecto del otro.

Las dosis serán reguladas individualmente: son tantos los factores capaces de modificar el umbral de dolor en este tipo de pacientes, que con frecuencia las dosis varían mucho de un paciente a otro, y de las diferentes patologías que se traten, otros motivos como lo es los tipos de dolor, las dosis necesarias son muy similares y se puede hacer un promedio.

No todos los dolores son aliviados por los opioides u otros analgésicos, generalmente son necesarios fármacos coadyuvantes. El dolor más característico en que los analgésicos propiamente dichos son inefectivos, es el dolor neuropático o por el daño o lesión de un nervio. (Anexo 5)

Los fármacos psicotrópicos no deben usarse por rutina, es comprensible que una persona mortalmente enferma presente un desajuste emocional, esta situación mejorará cuando el paciente ve que un Equipo de profesionales se preocupa por él.

Solamente si persiste el cuadro y se diagnostica una auténtica depresión, se instaurará el tratamiento farmacológico adecuado.

Cuando los analgésicos periféricos o los opioides no consiguen aliviar al enfermo, se debe comenzar inmediatamente a utilizar la morfina.

6.5. Morfina

Es un analgésico que se obtiene de la planta del opio, conocida popularmente como adormidera. El opio es una de las drogas más empleadas en la antigüedad, que ha sido sustituida actualmente por sus famosos derivados, la morfina y, especialmente, la heroína.

6.5.1. Indicaciones terapéuticas:

La morfina es un fuerte analgésico y está indicada para aliviar el dolor agudo o severo por ejemplo: cólico biliar, cólico renal, úlcera gastroduodenal perforada, apendicitis, dolores traumáticos intensos, dolor causado por quemaduras graves, dolor crónico y en enfermos terminales.

6.5.2. Dosificación:

La dosis y el intervalo del tratamiento deben ser individualizados según la condición y respuesta del paciente.

Vías de administración: Intramuscular, Intravenosa, Subcutánea.

Dosis usual para adultos:

- ❖ Analgésico: Intramuscular o subcutánea, de 5 a 20 mg (generalmente 10 mg inicialmente) cada 4 horas, según necesidades.

- ❖ Intravenosa, de 4 a 10 mg diluidos en 4 ó 5 mL de agua estéril para inyección, administrados lentamente. Para dolor crónico, severo el medicamento también puede ser administrado por infusión intravenosa.

Dosis pediátricas usuales:

- ❖ Analgésico: Subcutánea, de 100 a 200 mg (0,1 a 0,2 mg) por Kg de peso corporal cada 4 horas, según necesidades, sin sobrepasar los 15 mg por dosis.
- ❖ Intravenosa, de 50 a 100 mg (0,05 a 0,1 mg) por Kg de peso corporal, administrado muy lentamente.

6.5.3. Efectos Adversos:

- ❖ Hipersensibilidad a la morfina u otros opiáceos.
- ❖ Depresión respiratoria.
- ❖ Enfermedad hepática aguda.
- ❖ Pancreatitis.
- ❖ Íleo paralítico.
- ❖ Aumento de la presión intracraneal.
- ❖ Arritmias cardíacas.
- ❖ Hipotensión arterial hipovolémica.
- ❖ Estados convulsivos.

6.5.4. Precauciones y Advertencias, generales:

- ❖ La inyección intravenosa rápida puede causar reacciones anafilácticas por lo que debe tenerse disponible un equipo para ventilación artificial y medicamentos antagonistas de los opiáceos.
- ❖ La interrupción brusca del tratamiento en pacientes con dependencia física puede precipitar un síndrome de abstinencia.

- ❖ Debe tenerse especial precaución en personas con historia o tendencia al abuso de drogas.
- ❖ Puede tener un efecto aditivo cuando se usa en conjunto con el alcohol, otros opiáceos o drogas ilícitas que pueden causar depresión del sistema nervioso central porque se puede presentar depresión respiratoria, hipotensión, sedación profunda, coma o muerte.
- ❖ Puede presentarse un cierto grado de sedación y obnubilación con el uso de morfina.
- ❖ Puede afectarse la capacidad física y psíquica de quienes lo utilizan, lo que puede afectar de forma adversa la capacidad para conducir vehículos o utilizar máquinas.

6.5.5. Dependencia y tolerancia:

- ❖ La administración repetida de morfina puede producir dependencia y tolerancia que se caracteriza por la necesidad de aumentar progresivamente la dosis, con dependencia psíquica y física.
- ❖ Existe dependencia y tolerancia cruzada entre opiáceos que actúen en los mismos receptores del dolor.

6.5.6. Síndrome de abstinencia:

Puede presentarse síndrome de abstinencia al suspender bruscamente el tratamiento y también después de la administración de un antagonista opiáceo o de un agonista/antagonista a pacientes con dependencia a opiáceos.

La sobredosis con morfina se caracteriza por depresión respiratoria con o sin depresión del sistema nervioso central.

Con arreglo a esta definición, el Comité de Expertos en fármaco dependencia de la OMS, no ha comunicado ningún caso de enfermos que hayan ingerido morfina, sin

embargo, se debe de tener precaución con los pacientes que tienen antecedentes de abuso de fármacos. Con estos pacientes se corre el riesgo de infravalorar el dolor y no suministrarle las dosis suficientes, o por el contrario, no tener en cuenta su situación y suministrárselo en exceso.

Con demasiada frecuencia, al enfermo sólo se le concede el beneficio de un analgésico potente cuando está moribundo. En tales circunstancias el uso correcto de la morfina, le permite vivir una vida sin dolor de cuanto sería posible pero una evolución “**normal**” de una enfermedad terminal provoca una serie de síntomas físicos que deterioran la salud del enfermo y su calidad de vida.

Al comienzo de la enfermedad: en las primeras etapas de la enfermedad, los síntomas están muy relacionados con la misma patología.

En las etapas finales: con el avance de la enfermedad y según se aproxima el final, aparecen o ganan relevancia otros síntomas más generales, que afectan a todo el organismo y que son comunes a la práctica totalidad de las enfermedades

Es en último caso donde el profesional de enfermería actúa con una guía que les permite realizar las intervenciones correspondientes encaminadas al cuidado del enfermo terminal su familia.

CAPITULO 7

7. Enfermería e intervenciones al enfermo terminal

7.1. Modelo de Virginia Henderson

“La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar.”

Florence Nightingale

Virginia Henderson, nació en 1897 en Kansas (Missouri). Fue una enfermera teórica que aporta un modelo de cuidados que puede utilizarse en todos los campos de actuación de enfermería y propone la resolución de problemas con un método empleado a las necesidades del paciente. Entendiéndose como necesidad como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

Henderson define a la persona como principal objeto de los cuidados así como la salud, el entorno y a la enfermería.

Persona: Es un ser bio-psico-social, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y esto es lo que define a la persona como ser integral, que necesita de la asistencia para alcanzar su salud e independencia y para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Entorno: lo relaciona con la familia, y todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionarle cuidados.

Salud: La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas.

Enfermería: La define como la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila.

La función propia de enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o la muerte pacífica), actividades que la persona realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Identificación de tres modelos en función enfermera:

- Sustituta.- Compensa lo que le falta al paciente.
- Ayudante.- Establece las intervenciones clínicas.
- Compañera.- Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería, y estas son:

- ❖ Oxigenación
- ❖ Nutrición e hidratación
- ❖ Eliminación
- ❖ Moverse y mantener una postura adecuada.
- ❖ Descanso y sueño
- ❖ Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
- ❖ Termorregulación
- ❖ Higiene y Protección de la piel
- ❖ Evitar peligros y no dañar a los demás.
- ❖ Comunicación

- ❖ Creencias y valores
- ❖ Trabajo y realizarse.
- ❖ Participar y disfrutar de actividades recreativas.
- ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal.
- ❖ Sexualidad.

Método de aplicación del modelo

Valoración: se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Planificación: Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.

Evaluación: Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, expreso que la **“enfermera requería de un conocimiento científico y consiste en un plan de cuidados para la resolución de problemas, identifica la necesidad de ayuda y responde a las personas que le ofrecen ayuda”**.

Los objetivos deseados se consiguen, si la independencia se aumenta, con la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales, o en los casos terminales con una muerte digna.

7.2. Enfermería ante los síntomas respiratorios del paciente terminal

Los síntomas respiratorios tienen gran relevancia, pueden asociarse a ansiedad y produce una reacción en cadena que comienza con el paciente que se transmite a la familia pueden terminar hasta con el equipo de salud y es por ello, que el manejo terapéutico de estos enfermos no debe reducirse solamente al tratamiento farmacológico, sino que debe incluir medidas encaminadas a reducir la angustia. Como síntomas más importantes están la Disnea, la tos y la hemoptisis.

7.2.1. Disnea

La disnea es una sensación subjetiva de dificultad respiratoria, que obliga al paciente a aumentar su ventilación, o bien a disminuir su actividad física. Puede tener efectos en otras funciones vitales.

La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso de diferentes órganos, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo. (Anexo 6)

- ❖ Ayudar al paciente en aquellas actividades que incrementan la disnea para poder modificar hábitos que le produzcan disnea
- ❖ Enseñar ejercicios respiratorios que puedan ser efectivos
- ❖ Uso de humidificaciones ambientales para hidratar las fosas nasales no utilizar cremas con base alcohólicas
- ❖ Evitar el apoyo de puntas nasales en puntos concretos, que podrían provocar ulceraciones
- ❖ Cuidados de la boca por si presenta resequedad; mantener la boca fresca e hidratada e intentar beber al menos pequeños sorbos de líquidos al día.
- ❖ Usar vaselina o bálsamo labial para mantener los labios hidratados.
- ❖ Mantener limpia los dientes y la dentadura postiza.
- ❖ Inspeccionar la boca a diario e informar de cualquier cambio.

7.2.2. Tos

La tos es un mecanismo protector caracterizado por una respiración súbita, expulsiva, cuya finalidad es eliminar materia extraña e irritante de las vías respiratorias

Las causas más frecuentes de la tos crónica incluyen: las infecciones respiratorias, bronquitis crónicas, asma bronquial, reflujo gastro- esofágico, en el cáncer de pulmón se asocia a una producción excesiva de secreciones o sangre si la tos es productiva, si es seca puede ser por irritación mecánica.

7.2.3. Hemoptisis

Es la expectoración de sangre procedente de la zona subglótica. Su intensidad puede ser variable desde el punto teñido de la sangre a la emisión de sangre pura y en grandes cantidades (hemoptisis masiva de 150-200cc de sangre por hora), habitualmente procedente del sistema arterial bronquial, que puede aparecer asociado a otros síntomas como tos, expectoración, dolor torácico.

Las causas más frecuente: las bronquitis crónicas, las bronquiectasias, carcinoma y tuberculosis.

Cualquier sangrado alarma mucho al paciente y a la familia por ello es importante:

- ❖ Informar al paciente y a la familia adecuadamente
- ❖ Transmitir tranquilidad y eficacia
- ❖ Comprensión ante sus dudas, temores e inseguridades
- ❖ Vigilancia continua también con las diferentes visitas
- ❖ Reposo absoluto del paciente, colocándolo sobre el lado no sangrante
- ❖ Aplicación de tratamiento medico

- ❖ Si la hemoptisis es masiva y terminal, cubrir el sangrado con pañuelos verdes o rojos (evitan la ansiedad que provoca la visión de mucha sangre). No se dejara nunca solo al paciente.

7.3. Enfermería ante los Síntomas digestivos del enfermo terminal

Los síntomas del aparato digestivo disminuye la calidad de vida del paciente en fase terminal. Entre estos los más molestos son: las alteraciones de la cavidad oral, alteración del ritmo intestinal, náuseas y vómito

7.3.1. Alteraciones de la cavidad oral

Las causas de las alteraciones son; deficiencias nutricionales y de hidratación, procesos infecciones, lesiones tumorales, higiene oral inadecuada, consumo de fármacos, compromiso del sistema inmunitario tratamiento con radioterapia sobre la cavidad oral.

Los cuidados Irán enfocados a mantener la cavidad oral húmeda y limpia, evitar molestias por sequedad, disminuir el riesgo de infecciones y mal olor, prevenir el rechazo social producido por halitosis, favorecer la comunicación del enfermo, favorecer el disfrute de los alimentos, proporcionar el confort al paciente.

Las actividades serán:

- ❖ Valorar el estado de la boca diariamente
- ❖ Limpiar la boca dos veces al día, con cepillo suave incluyendo la lengua con agua
- ❖ Limpiar secreciones nasales educar al paciente y la familia
- ❖ Aumentar ingesta de líquidos, si los tolera el paciente, para aumentar la salivación de la humedad de la mucosa oral
- ❖ Dar fruta fresca, caramelos ácidos de limón

- ❖ Masticar trocitos de piña enlatada (contiene ananasa, enzima que limpia la boca. El azúcar que contiene no predispone a la aparición de candidiasis)
- ❖ Enjuagar con manzanilla que es un anestésico natural
- ❖ En las infecciones orales enjuagues bucales con Povidona Yodada
- ❖ Cambiar la dieta por una blanda o líquida, con alimentos fríos y o a temperatura ambiente
- ❖ En la boca sangrante aplicar agua oxigenada diluida al 50% con suero salino. Humedecer con cubitos de hielo o administrar líquidos helados. No cepillar los dientes con movimientos suaves

7.3.2. Alteraciones del ritmo intestinal: Diarrea

La diarrea es la evacuación intestinal frecuente de heces flojas y líquidas, incomoda mucho al paciente tanto física como psicológicamente, el equipo de enfermería debe ser comprensivo sobre todo en los pacientes de mayor edad.

Las causas pueden ser: exceso de lácteos, flujo, post radioterapia, mala absorción, Infecciones, y fármacos.

Las actividades de enfermería:

- ❖ Realizar higiene peri anal lo antes posible después de cada evacuación
- ❖ Secar cuidadosamente la piel
- ❖ En enfermos inconscientes revisar periódicamente el pañal
- ❖ Según la condición general del paciente cambiar la dieta astringente
- ❖ Aumentar ingesta de líquidos si el estado general del paciente lo permite
- ❖ Prevenir maceración de la piel peri anal aplicando pomadas protectoras de óxido de zinc y almidón o similares como la vaselina
- ❖ No lastimar la autoestima del paciente

7.3.3. Estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma frecuente, donde hay una excesiva retención de agua en el intestino grueso y endurecimiento de las heces, por lo cual se hace muy difícil su expulsión y que preocupa bastante al enfermo y a sus familiares debido a una serie de molestias que puede ocasionar, así como por diversos factores culturales bien conocidos.

Las molestias que puede ocasionar la constipación son sensación de distensión abdominal, flatulencia, mal sabor de boca, lengua saburral, retortijones o incluso náuseas y vómitos en casos extremos. En enfermos muy deteriorados puede presentarse inquietud o estado de confusión. Es necesaria una exploración abdominal completa, que incluirá tacto rectal si lleva más de tres días sin deposiciones, con el objetivo de descartar la impactación rectal. (Anexo 8)

Las actividades deben ser:

- ❖ Valorar hábitos y consistencia de la defecación
- ❖ Prevenir el estreñimiento con laxantes naturales como la papaya, mango y ciruela pasa.
- ❖ Favorecer la ingesta de líquidos.
- ❖ Aumentar el aporte de fibra si no hay oclusión intestinal
- ❖ Proporcionar intimidad al paciente encamado
- ❖ Tratamientos locales para evitar el dolor en lesiones posibles al defecar
- ❖ Si precisa únicamente estimulación y ablandecimiento de las heces es útil usar supositorios de glicerina. Si no fuera efectivo, recurrir a enema evacuante con aceite de oliva.
- ❖ Administrar el enema con sonda rectal que deberá ser introducida hasta donde se pueda pero no colocarla si hay obstrucción intestinal.
- ❖ Masaje abdominal (si procede).

7.3.4. Náuseas y vómitos

Nauseas se define como la expulsión forzada del contenido del estómago por la boca.

Las causas pueden ser gastrointestinales, estimulación del centro vestibular, aumento de la presión Intracraneal, metabólicas, secundarias a tratamientos, ansiedad.

Actividades de enfermería

- ❖ Mantener un ambiente relajado y tranquilo
- ❖ Colocar al enfermo en posición Semifowler o fowler
- ❖ No obligar a comer al paciente cantidades grandes
- ❖ Si lo desea líquidos frescos
- ❖ Ministran líquidos parenterales
- ❖ Dar dietas blandas y de fácil digerir como papillas.
- ❖ Dar té de manzanilla o tila
- ❖ Evitar olores fuertes
- ❖ Observar si hay distensión abdominal
- ❖ Si el paciente esta sedado colocarlo en decúbito lateral

7.4. Enfermería ante los Síntomas psicológicos en el paciente terminal

Confusión, ansiedad, insomnio, depresión, repercuten en la calidad de la vida del paciente, tanto en los síntomas físicos.

7.4.1. La confusión

Es la acción y efecto de mezclar o fundir cosas diversas, perturbar los ánimos, y equivocar. Puede alterar simultáneamente consciencia, atención, percepción, alteración del pensamiento, de la memoria, sueño y alteración emocional.

Las causas pueden ser: tumores o metástasis cerebrales, enfermedades sistémicas, síndromes de abstinencia y fármacos

Actividades de Enfermería

- ❖ Administración de medicamentos
- ❖ Evitar autolesiones o lesiones a otras personas
- ❖ No utilizar medios de sujeción
- ❖ Retirar objetos peligrosos
- ❖ Dejar iluminación tenue por la noche
- ❖ Presencia familiar, dándole apoyo psicológico
- ❖ No despertar al paciente. Evitar excesivas visitas
- ❖ Abrir cortinas por la mañana

7.4.2. Insomnio

Es la dificultad para conciliar o mantener el sueño o el despertar precoz con sensación de sueño insuficiente o no reparador.

Las causas pueden ser, enfermedades orgánicas, síntomas psicológicos, factores ambientales, fármacos y el miedo a fallecer mientras duerme.

Actividades de enfermería

- ❖ Colocar al paciente en postura cómoda.

- ❖ No interrumpir el sueño
- ❖ Dar masaje, música de relajación, evitar las luces, evitar ruidos y temperaturas extremas.
- ❖ Prestar apoyo psicológico al enfermo, facilitando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos
- ❖ Permitir la presencia de un familiar

7.4.3. Ansiedad

La ansiedad es un estado en el que el individuo experimenta síntomas como insomnio, sudor, náuseas, irritabilidad e incapacidad para relajarse.

Esta producida por varios factores como: causas orgánicas, fármacos, miedo al dolor, a la muerte, preocupaciones familiares, temor a la pérdida de autonomía, y pruebas diagnósticas. (Anexo 9)

Las actividades de enfermería

- ❖ Examinar con el paciente estrategias eficaces de afrontamiento
- ❖ Brindar apoyo psicológico; hablado con él, ayudándole a expresar sus sentimientos, con una escucha activa.
- ❖ Hay que animarle a que haga preguntas, que le ayudan a despejar sus dudas y permanecer al lado del paciente siempre que lo precise.
- ❖ Enseñarle estrategias de afrontamiento de la ansiedad

7.4.4. Depresión

Es un trastorno de la afectividad. Las causas que producen trastornos depresivos en el enfermo terminal son: la enfermedad, las limitaciones que esta produce, el pobre control sintomático, el miedo a morir, metabólicas, endocrinas, farmacológicas, metástasis cerebrales, radioterapia craneal y síndromes neoplásicos.

El problema más importante que tiene el paciente terminal con respecto a la depresión es la tristeza.

Las actividades de enfermería irán dirigidas.

- ❖ A hablar con el paciente, con una escucha activa, fomentando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos.
- ❖ Hay que aceptar el llanto y no interrumpirlo, evitando paternalismo desde una relación de adulto a adulto. Intentar que el paciente identifique el problema que ha causado el trastorno.
- ❖ Evitar críticas negativas, animándole al cuidado de su aspecto externo.
- ❖ Examinar con la persona sus fuerzas y recursos para hacer frente a las crisis.

7.5. La Agonía

La agonía se ha definido como: **“La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días”**. Suele ser una situación de gran impacto, ante la proximidad de la muerte.

La actuación de enfermería irá enfocada, a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible, mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y el apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

Para la familia, las intervenciones de enfermería serán:

- ❖ Mantenerla informada de la evolución, sobre todo cuando el paciente está en el domicilio, de esta manera se evitara el ingreso por temores innecesarios en el hospital.

- ❖ Intentar aliviar los sentimientos de culpa que puedan surgir en los familiares, reconociendo sus aportaciones en el cuidado del enfermo y subrayándoles la idea de que han hecho todo lo necesario.
- ❖ Brindar a la familia y amigos la oportunidad, si lo desean, de compartir sus emociones.
- ❖ Cuando el paciente esta inconsciente, animarles a que sigan expresando su cariño hacia él, alentándolas.
- ❖ Las reacciones emocionales de los familiares y amigos pueden ser muy variadas, según la madurez personal y cultura de referencia de cada uno de ellos. Respetar la libre manifestación de los sentimientos, aunque no sean consideradas conductas apropiadas (gritos y llantos excesivos, por ejemplo), permaneciendo a su lado para tranquilizarles.
- ❖ Permitir que los familiares puedan participar en los cuidados para que, de esta manera, puedan sentirse más útiles.
- ❖ No juzgar posturas de alejamiento de la familia con respecto al enfermo porque las vivencias previas entre ellos son desconocidas.
- ❖ Se cree que el tacto y el oído son los últimos sentidos que se mantienen hasta la muerte. Aunque no hay evidencia científica, aconsejar a la familia que sean prudentes en los comentarios delante del paciente.
- ❖ Las preguntas que la familia suele hacer sobre la hora en que sucederá la muerte del enfermo reflejan la angustia que padecen y/o los deseos de que el paciente no sufra más. No se debe juzgar como intereses egoístas de la familia en espera de un rápido final.
- ❖ Si el paciente está en el domicilio, dejar instrucciones de a quien pueden dirigirse en caso de necesidad o que pasos han de seguir.
- ❖ Crear un clima de confianza en fases previas.

Capítulo 8

8. Comunicación

La comunicación se ha definido como “**el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales**”.

8.1. Componentes de la comunicación

- ❖ Mensaje: Algo que transmitir.
- ❖ Emisor. Alguien que lo transmita.
- ❖ Receptor: Alguien que lo reciba.
- ❖ Código: LENGUAJE.
- ❖ Canal: Oral, escrito, telefónico, NO VERBAL.

8.2. El lenguaje no verbal.

Es primordial que el personal pueda interpretar los flujos de comunicación que se manifiestan mediante las expresiones faciales, gestuales, posturales, contacto físico, tono de voz y dirección e intensidad de la mirada.

- ❖ Posición de pie o sentado.
- ❖ Lugar (un pasillo o una habitación privada).
- ❖ Dirección de la mirada.
- ❖ Atención y Escucha.
- ❖ Tiempo dedicado.
- ❖ Actitud.

8.3. Contacto físico.

El contacto físico es vital para el ser humano, su poder es tan grande que debido a la ausencia en el ser humano, puede morir cuando se es bebé, y a lo largo del tiempo es el que permite establecer relaciones interpersonales satisfactorias, provee de seguridad, estabilidad emocional y de una autoestima adecuada.

- ❖ Contacto ocular.
- ❖ La expresión facial.
- ❖ Los movimientos de la cabeza.
- ❖ Postura y porte.
- ❖ Proximidad y orientación.
- ❖ Apariencia y aspecto físico.

8.4. Escuchar

La actitud de escucha adecuada es sentada al lado o en la cama del enfermo, nunca de pie y con los brazos cruzados.

Escuchando se puede conocer mejor las respuestas que el enfermo tiene que recibir y si está en condiciones de hacerlo. Se escucha lo que dicen, cómo lo dicen y lo que además implican esas palabras. Escuchar implica una atención despierta, activa, que formula preguntas y sugiere respuestas y el mismo silencio es a veces más elocuente que las propias palabras.

8.5. Habilidades en la comunicación

- ❖ Escucha activa
- ❖ Empatía
- ❖ Evitar paternalismo
- ❖ Evaluar grado de información
- ❖ Identificar: lo que sabe. Lo que quiere saber. Lo que le preocupa.

- ❖ Evitar excesiva emoción.

8.6. Conocimiento de la verdad

¿Decir o no decir la verdad? Pregunta siempre presente en los profesionales sanitarios. El conocimiento de la verdad supone para la persona:

- ❖ Conciencia de la propia mortalidad.
- ❖ Separación del pasado.
- ❖ El presente debe vivirse intensamente.
- ❖ El futuro es una incertidumbre.

La comunicación de la verdad no se alcanza en una única entrevista sino en múltiples. No es instantánea ni inmediata. Se produce a través de un proceso continuo de maduración. La información debe darse de forma lenta, continuada y paulatina, respetando el ritmo y las condiciones personales del enfermo. Importante: nunca quitar la esperanza por mucha información que se debe.

CONCLUSIONES

La eutanasia es aquella acción que desde años atrás se pone en práctica. Sin embargo, hoy en día este tema es muy controversial, por ende es importante dejar en claro la definición exacta de esta acción y tomando en cuenta el criterio de otros autores, se llega a la conclusión que la eutanasia es una acción mortal que comete una persona para evitar el sufrimiento del paciente que posee una enfermedad terminal.

Se detalla un tipo de eutanasia donde la petición del paciente es importante, siempre y cuando este se encuentre consciente y con la posibilidad de solicitar lo que desee hacer con su vida. En consecuencia, desde la promulgación de esta permisiva ley, posturas a favor y en contra.

Sin embargo la prohibición absoluta de privar la vida al enfermo terminal es, para todos, una decisión unánime. De los efectos perversos de la enfermedad, nace la medicina paliativa, acción directa que le compete brindar al personal de salud al moribundo, y acompañarle en sus últimos días con los auxilios de la medicina paliativa es una acción humanamente excelente y de alta calidad profesional del personal de enfermería, en uno de los momentos estelares de la vida: una buena muerte completa el ciclo y es una de las experiencias más importantes que se da.

Una sociedad que sabe integrar con naturalidad y humanidad a la muerte, que sabe cómo tratar y apoyar a sus enfermos moribundos, es capaz de descubrir el profundo sentido humano que puede tener el hecho del morir. En los últimos años la grave problemática de una civilización que ha aprendido muchísimas cosas, pero que ha olvidado cómo poder morir humanamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Bermejo JC. Duelo y espiritualidad. Editorial Salterrae. 2012.
2. Deroberten CL. Ética y Medicina. Editorial Guadarrama. (Madrid).1973.
3. ENEO. UNAM. ¿Qué es la Tanatología?. (México). 2001.
4. García S. Consideraciones Actuales sobre el Morir, enfermería en cuidados paliativos. Editorial Médica Panamericana. (Madrid España). 1998
5. Garbiñe S. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (Monografía de internet). México; Biblioteca Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM; 2008, (acceso 16 de junio del 2014). Disponible en www.juridicas.unam.com.
6. Galeana H. La vida tras la Muerte, Experiencias de Eternidad. Editorial Tikal. (Madrid). 1994.
7. Pérez Varela VM. Eutanasia ¿Piedad o Delito?. Editorial Jus. (México D.F). 1989.
8. Reyes Zubiria LA. Acercamientos Tanatologicos al enfermo Terminal y a su familia. (México). 1996.
9. Lorraine S. Pérdida y el Virus de Inmunodeficiencia Humana en agonía, muerte y duelo. Editorial El manual Moderno. (México). 1992
10. Suarez EE. El Enfermo Terminal en cuanto a la Muerte se acerca. Editorial Mc Graw. (Venezuela). 1998.
11. Villalobos J. Eutanasia y Muerte Digna en la Introducción a la Bioética. Editorial S.A de C. V. (México). 1999.
12. Young KL. Ética de Enfermería. Editorial el Manual Moderno S. A de C. V. (México) 1984.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de voluntad anticipada



FORMATO DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL SUSCRIPTOR Y REPRESENTANTE DEL ENFERMO EN ETAPA TERMINAL

FORMATO NÚMERO CEVA/_____/20__

Unidad Médica Hospitalaria	
Nombre:	_____
Domicilio:	_____
Área de atención:	_____

Datos del enfermo en etapa terminal			
Nombre:	_____	No. de Expediente:	_____
Domicilio:	_____		
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Identificación: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____	Folio:	_____
Dx. Terminal:	_____		
_____	_____	Teléfono:	_____

Datos del Suscriptor y Representante			
<small>(Cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad, sea menor de edad, o incapaz legalmente declarado, según lo establecido en el artículo 7, fracciones III y IV, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal)</small>			
Nombre:	_____		
Domicilio:	_____		
Edad: _____	Sexo: _____	Estado Civil: _____	Teléfono: _____
Nacionalidad: _____	Ocupación: _____	Identificación: _____	Folio: _____
_____	_____	Parentesco:	_____

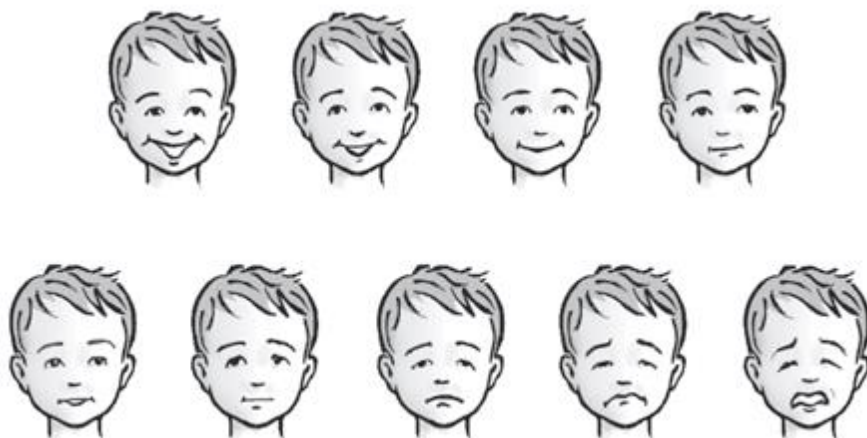
El que actúa en calidad de suscriptor y representante con plena capacidad de ejercicio, manifiesto que se me ha explicado la enfermedad que padece por quien suscribo, la cual ha sido médicamente diagnosticada como terminal de conformidad con lo establecido en los artículos 3, fracción VI, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal; y artículo 2, fracción III, del Reglamento para la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal por lo que actuando de manera libre de coacción, consciente, seria, inequívoca y reiterada expreso la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios, encaminados a prolongar su vida, protegiendo así en todo momento su dignidad.

Manifestación para Donación de Órganos	sí	no	*Con fundamento en el artículo 8, fracción IV, de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
--	----	----	---

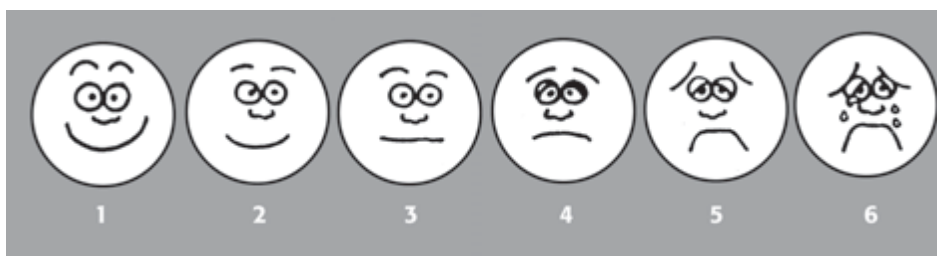
Anexo 2. Escala analógico visual – Eva

<ul style="list-style-type: none">• Tipo de llanto	<ul style="list-style-type: none">• No hay llanto 1• Hay quejidos 2• Hay llanto claro 3
<ul style="list-style-type: none">• Expresión facial	<ul style="list-style-type: none">• Está alegre, ríe 0• Está preocupado 1• Hace pucheros 2
<ul style="list-style-type: none">• Comportamiento	<ul style="list-style-type: none">• Está tranquilo, inmóvil 1• Está agitado, rígido 2
<ul style="list-style-type: none">• Lenguaje	<ul style="list-style-type: none">• No se queja 0• Se queja pero no de dolor 1• Está en silencio 1• Se queja de dolor 2
<ul style="list-style-type: none">• Brazos	<ul style="list-style-type: none">• No se toca la zona lesionada 1• Sí se toca la zona lesionada 2
<ul style="list-style-type: none">• Piernas	<ul style="list-style-type: none">• Relajadas 1• Movimientos y golpes 2

Anexo 3. Escala de la nueve caras



Anexo 4. Escala de las seis caras



Anexo. 5 MEDICAMENTOS

Fármaco	Dosis vo (mg)	Duración (h)	Efecto analgésico
Diclofenaco	25-75	6-8	+++
Indometacina	25-76	6-8	+++
Ketorolaco	15-30	4-6	+++
Metamizol o Dipirona	300-600	6-8	+++
Ibuprofeno	200-800	8-12	+++
Naproxeno	250-500	8-12	+++
Ketoprofeno	50-100	6-8	++
<i>Salicílico</i> Aspirina	325-1000	4-6	+++
<i>Paracetamol</i>	325-1000	4-6	+++

Anexo 6. Plan de cuidados en síntomas respiratorios

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 3: Eliminación e Intercambio				
Clase				
Diagnostico	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Deterioro de la ventilación espontanea (00033)</p> <p><u>Factor relacionado</u></p> <p>fatiga de los músculos respiratorios</p> <p><u>características definitorias</u></p> <p>Disminución de la Saturación de O2</p> <p>Disnea</p> <p>Aumento de la frecuencia Cardíaca</p>	Estado Respiratorio (00403)	<p>Frecuencia Respiratoria</p> <p>Utilización de los músculos respiratorios</p> <p>Ruidos Respiratorios patológicos</p> <p>Acumulación de Esputos</p>	<p>Desviación Grave (1)</p> <p>Hasta sin Desviación (5)</p>	<p>Mantener en</p> <p>Aumentar a</p>

INTERVENCION: Aspiración de la vías aéreas	Fundamentación
<p>Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.</p> <p>Informar al paciente y a la familia del procedimiento</p> <p>Observar el estado de oxigenación</p> <p>Aspirar la oro faringe</p> <p>Limpiar la zona al termino</p> <p>Anotar el tipo y la cantidad.</p>	<p>La eliminación de secreciones producidas logra mantener la permeabilidad de las vías aéreas para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar neumonías.</p>

INTERVENCION: Ayuda a la ventilación	Fundamentación
Actividades	
<p>Tener una vía aérea permeable Ayudar a las frecuentes cambios de posición Monitorizar los niveles de gases en la Sangre Iniciar suplemento de Oxígeno Enseñar técnicas de respiración Evitar dolor para no causar hipoventilación</p>	<p>la aplicación en la vía aérea de ventilación y el trabajo de respiratorio será menor, y las energías se mantendrá en equilibrio.</p> <p>La posición semifowler favorece la eliminación de secreciones y facilita la respiración.</p>

Anexo 7. Plan de cuidados al Dolor

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 12: Confort				
Clase 1: Confort físico				
Diagnostico	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
Dolor Crónico (00133)	Nivel del Dolor (2103)	duración de los episodios Expresiones faciales de dolor Inquietud tensión muscular Pérdida del apetito	grave (1) Hasta Ninguna (5)	Mantener en Aumentar a
<u>Factor relacionado</u> incapacidad física crónica <u>características definitorias</u> Expresiones faciales de dolor Depresión Mascara facial Fatiga Informes verbales del dolor				

INTERVENCION: MANEJO DEL DOLOR (1400) ACTIVIDADES	Fundamentación
Aplicación de valoración exhaustiva Del dolor localización, características, aparición, duración Frecuencia y factores que lo desencadenen. Brindar cuidados analgésicos (medicación y medios físicos) Explorar con el Pte. factores que alivien o desencadenen el dolor disminuir elementos que aumenten el dolor	Los analgésicos opiáceos o narcóticos actúan como sedanes. Elevan el umbral del dolor y disminuyen la irritabilidad motora.

Anexo 8. Plan de cuidados en síntoma Digestivo

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 3: Eliminación e Intercambio				
Clase 2: Función gastrointestinal				
Diagnostico	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
<p>Estreñimiento (0011)</p> <p><u>Factor relacionado</u> Sedantes</p> <p><u>características definitorias</u> Debilidad de los músculos abdominales</p>	<p>Eliminación intestinal</p> <p>-501</p>	<p>Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>-50112</p>	<p>gravemente comprometido (1)</p> <p>Hasta no comprometido (5)</p>	<p>Mantener en</p> <p>Aumentar a</p>

INTERVENCION: Manejo del estreñimiento Impactación (0450)	Fundamentación
<p>Fomentar el ejercicio (deambulación)</p> <p>Enseñar a la familia/paciente a valorar la Frecuencia y volumen de las heces.</p> <p>Identificar factor que aumente el estreñimiento</p> <p>Establecer pautas de aseo</p> <p>Vigilar la presencia de peristaltismo</p> <p>Fomentar el aumento de líquidos y Fibra</p>	<p>La inmovilidad tienden a disminuir de</p> <p>La posibilidad de lograr una buena Alimentación, incrementar la depresión</p> <p>Y originar una disfagia.</p>

Anexo 9. Plan de cuidados en síntomas neuro-psicológico.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés				
Clase 2: Respuesta de afrontamiento				
Diagnostico	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de Medición	Puntuación Diana
Ansiedad (00146) <u>Factor relacionado</u> Amenaza para el estado de salud, el estrés <u>características definitorias</u> Angustia Temor Preocupación creciente Nerviosismo	Autocontrol de la Ansiedad (1402)	Monitorizar la intensidad de la ansiedad Plantear estrategias para superar situaciones estresantes Utilizar técnicas de relajación para reducir la ansiedad Refiere dormir de forma adecuada	Nunca demostrado (1) a Siempre Demostrado (5)	Mantener en Aumentar a

INTERVENCION: Disminución de la ansiedad (5820)	Fundamentación
Actividades	
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo Administrar masaje en el espalda y cuello Escuchar con atención.	Disminuir el estrés. Ayuda a evitar problemas desencadenantes al corazón y al sistema circulatorio. La lectura y la oración estimulan la relación con un ser y consigo mismo.

