



**INSTITUTO MARILLAC A.C.
INCORPORADO A LA UNAM**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE TANATOLOGÍA DEL PERSONAL
ENFERMERO DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

TESIS:

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN:

**FELIPE HIDALGO GUADALUPE
DÍAZ GARCÍA DIANA PAOLA**

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. IGNACIO CANCINO QUIROZ

MAYO DEL 2015



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.

LIC. MARÍA LUISA ZARATE MENDOZA

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC A.C.

LIC. MARÍA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC A.C.

M.C. IGNACIO CANCINO QUIROZ

ASESOR DE TESIS

LIC. MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ

PROFESORA
DEL INSTITUTO MARILLAC A.C.

DEDICATORIA

Agradezco a mis primeros cátedras “mis padres” que han sido mi primera escuela; este camino ha sido largo lleno de enseñanzas y aprendizajes, de objetivos, metas y sueños, gracias por su paciencia y comprensión, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino terminaba, nos han guiado para saber cómo luchar y salir adelante ante las adversidades de la vida, cada día me han inspirado a ser mejor.

A mis maestros que en este andar por la vida influyeron al transmitirnos sus conocimientos, sus lecciones, sus experiencias y su dedicación en formarme como una persona de bien y preparada para tomar nuevos retos que la vida me ponga.

Muchos años después, sus enseñanzas no cesan, y aquí estoy, con un nuevo logro exitosamente conseguido “mi proyecto de tesis”.



“Es solo cuando realmente sabemos y entendemos que tenemos un tiempo limitado en la tierra, y que no tenemos manera de saber cuándo nuestro tiempo se ha acabado, que entonces comenzará a vivir cada día al máximo, como si fuera el único que teníamos”.

Elizabeth Kübler Ross

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	11
MARCO TEORICO	15
CAPÍTULO 1.	15
LA MUERTE Y SUS CIRCUNSTANCIAS	15
1.1 EVOLUCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE EN LOS ULTIMOS 100 AÑOS	15
1.2 ¿QUÉ ES LA MUERTE?.....	16
1.3 TIPOS DE MUERTE.....	17
1.4 EL ESTADO AGÓNICO.....	19
1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE	20
1.6 ENFERMEDAD TERMINAL Y EL ENFERMO TERMINAL.....	20
1.7 ENFERMEDADES QUE FRECUENTEMENTE PRESENTAN UNA SITUACIÓN DE TERMINALIDAD.....	21
CAPÍTULO 2.	22
2.1 ORIGEN DE LA TANATOLOGÍA	22
2.2 ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?	22
2.3 FINALIDAD DE LA TANATOLOGÍA	23
2.4 LABOR TANATOLÓGICA Y SUS ETAPAS	23
2.5 LA TANATOLOGÍA DE ELIZABETH KUBLER ROSS.....	24
2.6 DEFINICIÓN DE HOSPICE	25
2.7 HISTORIA DE LOS HOSPICE.....	26
2.8 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA TANATOLOGÍA.....	28
2.9 DERECHOS DE LOS PACIENTES EN ETAPA TERMINAL.....	29
CAPÍTULO 3.	33
MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS.....	33
3.1 LA MEDICINA PALIATIVA Y SU OBJETIVO	33
3.2 CUIDADOS PALIATIVOS	35

3.3 GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS	37
3.4 MIEDOS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL	51
CAPITULO 4.	53
4.1 ¿QUÉ ES EL DUELO?	53
4.2 TEORÍAS DEL DUELO.....	56
4.3 CARACTERÍSTICAS DEL DUELO	60
4.4 OBJETIVO DEL TRATAMIENTO DEL DUELO.....	60
4.5 ETAPAS DEL DUELO POR LA DOCTORA KUBLER ROSS.....	60
CAPITULO 5.	62
5.1 VOLUNTAD ANTICIPADA.....	62
5.2 EUTANASIA	63
5.3 DISTANASIA:	65
5.4 ORTOTANASIA:.....	65
HIPÓTESIS	66
DISEÑO DE ESTUDIO	66
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	66
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	66
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	67
METODOLOGÍA:	75
TIPO DE ESTUDIO	75
UNIVERSO DE TRABAJO	76
TÉCNICA PARA EL CONTROL DE LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS	76
TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS	76
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	77
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL	78
CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL	78
SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	78
ÁMBITO GEOGRÁFICO:	79
LOS RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARÁN	79
LOS RECURSOS MATERIALES	79
EL FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO	79
EL LÍMITE DE TIEMPO EN LA INVESTIGACIÓN	79
DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO	80
RESULTADOS.	81

DISCUSIÓN:	97
CONCLUSIÓN:	99
SUGERENCIAS	100
CONSENTIMIENTO INFORMADO	102
INSTRUMENTO	103
CONSIDERACIONES ÉTICAS	109
BIBLIOGRAFÍA	111

INTRODUCCIÓN

La muerte es algo natural y es parte del proceso de evolución de la vida, la cual forma parte de la vida cotidiana, porque todo ser humano está destinado a morir, es así que de ahí parte la importancia del paciente en etapa o fase terminal para ayudarlo tanto a él como a su familia, donde surge una ciencia y disciplina encargada de encontrar y dar sentido al proceso de la muerte, la cual consiste en ayudar al paciente, familia y al equipo de salud a comprender, enfrentar y asimilar al proceso y, al mismo tiempo a aceptar la muerte, como parte del proceso de la vida.

La “tanatología” tiene como objetivo principal otorgar calidad de vida al paciente en fase terminal, para que el paciente muera con serenidad, dignidad y paz total, así como se debe propiciar que la muerte del paciente suceda en las mejores condiciones, lo que amplíe la calidad de vida, puesto que es un proceso inesperado, y no aceptable tanto para el paciente como para su familia, es un proceso difícil de afrontar ya que culturalmente no se está preparado, pero es una etapa que forma parte del ciclo de vida del ser humano, es así que el enfermo en fase terminal al enfrentarse a su diagnóstico y pronóstico, enfrenta un proceso muy complicado, donde ya no hay posibilidades de curación por las características de la enfermedad que posee: avanzada, progresiva e incurable lo que genera impacto emocional al paciente, a la familia por la cercanía a la muerte y esta de un lapso menor a seis meses.

La doctora Elizabeth Kubler Ross aporta sobre la tanatología, la importancia de brindar calidad de vida al paciente en fase terminal, que la muerte forma parte del proceso de vida, así mismo comparte sus experiencias en la atención a pacientes moribundos, centrándose en la atención humanística, refiriendo que los pacientes en fase terminal y la familia atraviesan por un proceso denominado duelo, y que consta de las siguientes fases: negación, ira, negociación, depresión y aceptación; es así la importancia que se debe tener del conocimiento sobre la “tanatología” en el personal enfermero, ya que en su quehacer diario o laboral se enfrentan con pacientes que requieren de este conocimiento y es la persona a cargo quien debe tener un espíritu humanístico y estar sensibilizado y sobre todo capacitado para poder otorgar cuidados especializados, ya que enfermería tiene un compromiso ético con cada uno de los pacientes, el de acompañarlos brindándoles cuidados de calidad para aliviar los síntomas adversos que presentan durante el trayecto de su enfermedad; se debe respetar la autonomía del paciente y permitirle que parta en compañía de sus seres queridos en un ambiente agradable.

Los cuidados paliativos buscan aliviar los sufrimientos, sin tener por finalidad la curación de los pacientes en fase terminal, esto implica mejorar la calidad de vida que aún les queda, a aquellos pacientes cuya enfermedad no existe algún tratamiento curativo, pero que les permiten estar sin dolor y sufrimiento. La finalidad de los cuidados tanatológicos, es brindar calidad de vida a pacientes en fase terminal, para que acepten la etapa como un suceso que forma parte de la vida, brindándoles el confort necesario y así lograr que mueran con dignidad y paz total.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería se ha caracterizado por tener una visión científica, así como una formación humanista de respeto y amor hacia las personas con principios éticos; es una ciencia humana práctica que proporciona cuidados especializados a los pacientes y ayuda a las personas cuando estas no tienen capacidad suficientes para proporcionarse así mismas o a las personas que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados requeridos para mantener la vida y el bienestar; o en su caso contrario proporcionar cuidados para que el paciente tenga una vida digna. Tomando en cuenta que prácticamente todos los profesionales de la Salud estamos en contacto con enfermos terminales y dada la escasa formación existente en el campo del final del proceso de la vida, resulta necesario llamar la atención en el nivel de conocimiento sobre tanatología.

La formación profesional inadecuada en tanatología representa una barrera para lograr una muerte serena, aunada a la sensación del fracaso, la dificultad para reconocer y aceptar la enfermedad en fase terminal, la escasez de programas integrales y las dificultades para aplicar tratamientos, lo que implica abordar el aprendizaje sobre estos temas fundamentales para nuestra preparación en la vida y para dar una atención adecuada y humanitaria a los pacientes. Esta falta de preparación da como resultado actitudes inadecuadas en el cuidado de los pacientes moribundos que propician ansiedad y miedo en el momento de la muerte ¿Qué pasará después de que muera?

Cabe mencionar que el personal de enfermería en la actualidad está evolucionando desde una concepción tradicional de la profesión a una gestora de cuidados tendentes a la prevención, educación de la salud, curación y rehabilitación, pero el temor en la actualidad es que deje a un lado la labor espiritual y psicosocial de la profesión. Es por eso que decidimos estudiar en el personal de enfermería ¿que conoce y que sabe de la tanatología?, y si dichos conocimientos los aplica en el área de trabajo; ya que el profesional de enfermería se enfrenta día a día a situaciones continuas ante el espectro de la muerte, sobre todo en paciente con enfermedades con cierta característica de terminalidad.

Es un tema de relevancia científica ya que a medida que transcurre el tiempo se realizan más estudios y nuevas investigaciones despertando el interés de conocer más sobre el paciente en etapa terminal, dentro de la sociedad ocupa un lugar especial e importante ya que la fase de la muerte rodea continuamente al hombre por ser parte natural. La enfermería proporciona ayuda profesional al paciente que tiene alguna enfermedad en etapa terminal y a sus familias, es por eso que la meta última es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que podemos traducir en esperanza sobre la situación real que conlleva; en esto podríamos incluir una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar entre el personal de enfermería del Hospital General de México del turno matutino, turno vespertino y turno nocturno el grado de conocimiento sobre la Tanatología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar entre las unidades de medicinas internas el turno que tiene un mayor grado de conocimiento de la tanatología.
- ❖ Determinar el porcentaje del nivel de conocimiento de la tanatología en el personal enfermero.
- ❖ Conocer como el personal enfermero se dirige al paciente en etapa terminal

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Desde sus orígenes, el hombre, es decir el representante de la especie Homo Sapiens, ha cavilado acerca de la muerte y solo ha hallado dudas. Precisamente, el sinnúmero de explicaciones y definiciones que se le han dado se ha prestado para confundir más, para convertirla en un misterio indescifrable. Perogrullo diría que la muerte es el final de la vida; un metafísico hablaría del inicio de la vida eterna; un dualista la describiría como la desintegración del cuerpo y la liberación del alma; un materialista afirmarían que es el retorno a la materia; un escéptico aceptaría que es un misterio inescrutable; un poeta la compararía con la noche que jamás termina; un positivista pragmático simplemente concluiría que la muerte es la realidad de la vida.

Es curioso, frente a la muerte solemos asumir una actitud ambivalente: por un lado queremos ignorarla y por otro nos mostramos preocupados por ella, a tal punto que puede llegar a convertirse en una verdadera obsesión. La muerte, que aparenta ser solo un asunto biológico, vale decir, la cesación de toda función celular seguida de cambios físicos-químicos que conducen a daño irreversible de todos los tejidos, es mucho más que eso: es un fenómeno complejo de raigambre personal, pues nos vamos a convertir en cadáver, en carne entregada a los gusanos que es el significado de la palabra originada en tres términos latinos apocopados: caro data verminibus o en cenizas sin destino cierto.

Las civilizaciones antiguas de Mesoamérica se caracterizaban por ser culturas cosmológicas, las explicaciones que tenían con respecto a los fenómenos naturales estaban siempre relacionadas con el universo y se creía que los rituales que se realizaban eran esenciales para él. En el caso de la muerte, ésta se convertía en ayuda para el cosmos, es decir, había un equilibrio en el universo cuando alguien moría y se pensaba que la sangre servía para el mantenimiento del mundo, de hecho los símbolos que se utilizaban para representarla eran los mismo de la Tierra, los muertos llegaban a ella para servirle.

Como muchos pueblos del mundo, éstos también construyeron un cuerpo de creencias religiosas para explicar el origen y la estructura del cosmos, así como para justificar el papel que la humanidad juega en el mantenimiento del orden en esa realidad. Su religión era politeísta y a diferencia de algunas civilizaciones de occidente, las culturas precolombinas creaban a la mayoría de sus Dioses en base a la misma naturaleza.¹

El gran temor del mundo occidental se dirige a la incertidumbre de la muerte. Nos paralizamos en vida tantas veces por el temor a la partida. Morir, todos vamos a morir, el tema es morir bien.

¹ Gutierrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reaccion ante la muerte en la cultura del Mexico actual".

Investigacion y saberes, 4.

Muere bien, quien vive bien; si comenzamos a intuir qué es la vida, nos será más fácil llegar a comprender el modo en que a todo fenómeno vital le sigue un declive y un nuevo comienzo.

La muerte es un tránsito y un descanso, un amanecer y un anochecer, una despedida y un encuentro, una realización y una promesa, una partida y una llegada. Nuestra vida no comienza cuando nacemos y no termina cuando morimos. Sólo es pasar un tiempo para madurar y crecer un poco.

La muerte siempre ocurre, es un hecho ineludible, y al tener que enfrentarse con lo cotidiano de la muerte el hombre ha tenido que aprender, a lo largo de su evolución, a plantear este tema desde otros ángulos y perspectivas. El aprender a afrontar la muerte en su doble vertiente de experiencia individual o de doliente en presencia de un allegado es también aprender a asumir, en toda su dimensión, nuestra propia humanidad.

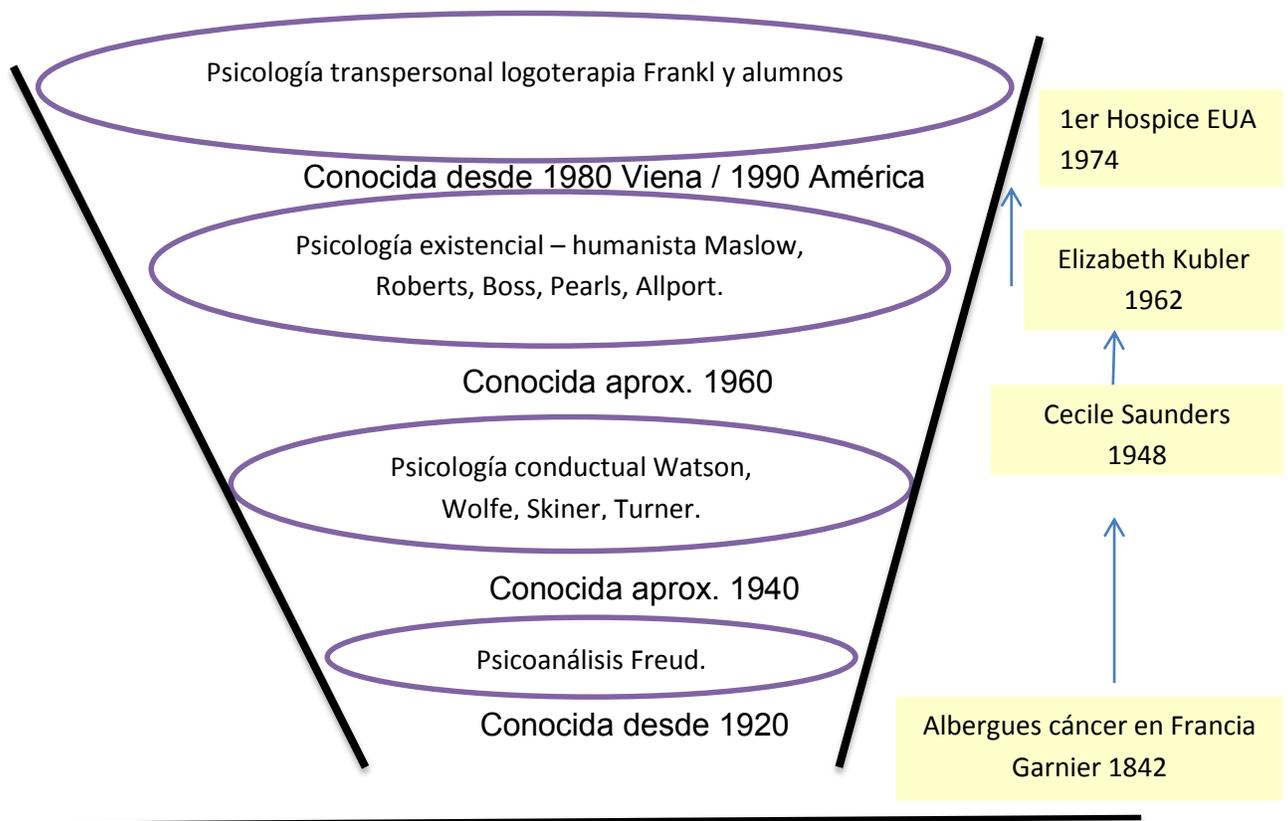
Es importante situarnos en la historia para comprender el origen de la Tanatología. Desde la época medieval, las órdenes religiosas eran las que proporcionaban consuelo y atención a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaban y cuidaban a los enfermos graves y es hasta el siglo XIX que se formaron los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

ÉPOCA MEDIEVAL – las órdenes religiosas eran las que trataban a los enfermos graves.

- ❖ SIGLO XVI - Se forman los primeros Hospicios.
 - ❖ SIGLO XIX - 1842 Jeannie Garnier forma los primeros albergues en Francia, para enfermos de cáncer.
 - ❖ SIGLO XX - Se forman los primeros Hospice en Inglaterra.
- 1948 Saint Thomas Hospital, Saint Joseph Hospice por Cicely Saunders
 - 1967 Saint Christopher Hospice.
 - En 1974 Se forma el Primer Hospice en Estados Unidos. (Mariño, 2006)

Es importante observar que el desarrollo de la Psicología fue evolucionando con sus cuatro grandes escuelas (Psicoanálisis, Conductual, Existencial-Humanista y Transpersonal) y de forma paralela la Tanatología ha ido incorporando muchos de estos conocimientos hasta llegar a la propuesta que se describe en toda esta investigación, la conjunción de Tanatología y Logoterapia.(Víctor Frankl).²

² Margarita Bravo Mariño. Tanatóloga y Psicoterapeuta Corporal. Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079; www.tanatologia.entornomedico.net



ÓRDENES RELIGIOSAS ÉPOCA

Regresando a la historia, existen desde la segunda mitad del siglo pasado un reducido número de instituciones que ofrecían asistencia a enfermos terminales, que carecían de familiares que los cuidaran, y que fueron fundadas debido al gran número de personas necesitadas que morían solas y con frecuencia en las calles. A medida que las familias se hicieron más pequeñas y más dispersas, hubo menos personas que cuidaran enfermos y moribundos. Al mismo tiempo el acceso al cuidado hospitalario se hizo más fácil y aceptable.

Con la creciente aceptación del cuidado hospitalario para las enfermedades surgió la institucionalización del nacimiento y la muerte. “Morir en un hospital, más que en la casa, se volvió la norma”.

Con el desarrollo de la tan exitosa alta tecnología médica de este siglo, se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación. Curar era el objetivo más

importante de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada como un fracaso. Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar.

Las expectativas en cuanto a la salud se modificaron, y con este cambio disminuyó el número de muertes y de experiencias en torno a ella. A cambio, la muerte pasó a ser un suceso cada vez menos aceptado. Este panorama es compartido por el paciente y su familia y a menudo reforzado por médicos y enfermeras,

Por lo tanto, puede ser común que el paciente terminal y su familia sean evitados dentro del ambiente hospitalario. Por otra parte las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas, y dada la naturaleza y, lo severo de la enfermedad, era natural ocultarle la gravedad de su situación al paciente dejándolo solo desde el punto de vista emocional.³

³ Margarita Bravo Mariño. Tanatóloga y Psicoterapeuta Corporal. Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079. www.tanatologia.entornomedico.net

MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1.

LA MUERTE Y SUS CIRCUNSTANCIAS

1.1 EVOLUCIÓN DE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE EN LOS ULTIMOS 100 AÑOS

La muerte ocurre más tarde: Hace un siglo, la expectativa de vida en todo el mundo era de menos de 40 años (aunque llegó a 47 años durante la época de rápida industrialización en los Estados Unidos). La mitad de los bebés de todo el mundo morían antes de los 5 años. Actualmente se espera que los recién nacidos vivan hasta los 78 años. En muchos otros países la población de 85 años y más es la que crece con más rapidez.

Para morir se tarda más: a comienzos del siglo XX la muerte generalmente era rápida y no podía detenerse. Una vez que el cerebro, el corazón y otros órganos vitales fracasaban; todo el organismo moría. Ahora el momento final puede posponerse a través de las intervenciones médicas. El corazón puede latir durante años luego de que el cerebro deje de funcionar, los respiradores pueden reemplazar a los pulmones y la diálisis puede hacer el trabajo del riñón que falla como resultado con frecuencia de un proceso largo.

Sucede con más frecuencia en los hospitales: Hace 100 años la gente moría en su casa rodeada por rostros familiares. Ahora se produce con más frecuencia en los hospitales y a la persona que agoniza la rodean de personal médico y de tecnología.

Las causas principales han cambiado gente de todas las edades morían de enfermedades infecciosas (tuberculosis, tifus, viruela) y muchas mujeres y bebés morían durante el parto. Ahora la muerte por enfermedades antes de los 50 años es rara y casi todos los recién nacidos 99% y sus madres 99% viven, a menos que el bebé sea muy frágil o no se le brinde a la madre la atención médica adecuada.

Y después de la muerte.... Antes se creía en la vida después de la muerte. Algunos creían en el paraíso y el infierno, otros en la reencarnación, otros en el espíritu universal.

1.2 ¿QUÉ ES LA MUERTE?

La muerte es, finalmente, inevitable. Todos los seres humanos somos mortales y, a partir de cierta edad, todos lo sabemos, aunque muchos prefieren ignorarlo. La muerte individual aparece en el mundo biológico al mismo tiempo que la reproducción sexual y desde un punto de vista evolutivo parece ser consecuencia de ella, porque cuando un ser vivo pierde la capacidad de dejar descendencia también cesa de tener relevancia en el proceso de la evolución.⁴

El concepto y definición de la muerte según Potter (1971) y Gutiérrez (2006) ha variado a través del tiempo de acuerdo con la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no, de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin.

Por la violencia tan frecuente en la vida cotidiana actual, al igual que durante las guerras, llega a verse a la muerte como algo natural, como también llega a suceder con los profesionistas del área de la salud, quienes con un pensamiento biólogo, consideran a la muerte como un evento natural, normal y cotidiano, dándole una interpretación solamente científica y técnica (Rebolledo, 1996; Tarasco, 1998).

Dans (1979) refiere, que la muerte como disolución de la unidad organizacional y funcional que compone a un individuo en realidad es un proceso, por lo que no se sabe cuándo comienza hasta que el proceso ha terminado.

La muerte es parte de la vida misma (Di Caprio, 1999), es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo. En algunas ocasiones, éste plazo se ha modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir.

La muerte no puede ser otra cosa que el último accidente de la biología; morir es el mero fenómeno natural de la desintegración de los elementos de un ser vivo. La muerte no es una enfermedad que requiera intervención médica; la muerte es el final de la vida humana y su significado tanto para el paciente como para otras personas, es distinto de otras experiencias, y la búsqueda de su significado es más importante que, las normas médicas rutinarias y la corrección de las alteraciones fisiológicas del paciente.

En un sentido biológico se puede decir que la muerte es la detención completa y definitiva de las funciones vitales. Aunque en la actualidad con el adelanto científico es más difícil decir

⁴ Ruy Pérez Tamayo “ El médico y la muerte; (http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/Ponencia_Agosto.pdf)

en qué momento exactamente se termina la vida de la persona, ya que existen casos en los que los órganos vitales de los sujetos continúan trabajando por medio de máquinas a las que el cuerpo se mantiene conectado, o bien, situaciones en que el paciente a causa de algún accidente pueda ser diagnosticado con muerte cerebral.⁵ (Gutierrez, 2011) .

La muerte es un proceso que ocurre en los seres vivos; se inicia cuando los cambios son irreversibles; se caracteriza por la pérdida de la complejidad de su organización y por la disminución en el contenido de energía, y termina cuando la diferencia de este contenido energético con el medio ambiente es cero.

La muerte ocupa muy prominente lugar no solo en la biología sino también en una equilibrada conservación de las especies.⁶

La muerte no es un estado, sino un proceso gradual en nivel celular, en el que va disminuyendo la capacidad de los tejidos para contrarrestar la falta de oxígeno; esto sucede tanto en una muerte súbita como en una larga agonía: se muere en forma progresiva, es decir poco a poco y por partes.

1.3 TIPOS DE MUERTE

La muerte es vista de distinta manera, dependiendo de dónde se ubique, si es espectador, actor o protagonista o bien la forma como se presente (enfermedad de larga duración, súbita, por accidente, por suicidio, etc.).

1. **Muerte clínica:** se traduce como la ausencia de signos fisiológicos vitales, es decir, en atrofia o detención del sistema.

El diagnóstico de muerte clínica se basa en el análisis básico de observación y constancia de la ausencia de signos vitales mediante la aplicación directa de los sentidos y sin ayuda de otro tipo de instrumentación.

2. **Muerte encefálica:** es la demostración de ausencia absoluta de respuesta de las estructuras cerebrales o encefálicas a los estímulos correspondientes aplicándose tanto procedimientos clínicos como electrónicos o aquellos desarrollados por la tecnología que permitan apoyar en su demostración.

⁵ Gutierrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reacción ante la muerte en la cultura del México actual". *Investigación y saberes*, 4.

⁶ Acerca de la muerte, curso de tanatología; 1ra Edición, 2002; Instituto colombiano de estudios Bioéticos; Página 23

3. **Muerte súbita:** es aquella que acontece en forma brusca sin manifestaciones de dolor, su origen puede ser una patología ignorada o silenciosa, o bien en un hecho violento y mortal.

¿MUERTE O NO? SI, NO. TAL VEZ

1. **Muerte cerebral:** cese prolongado de toda actividad cerebral, con ausencia completa de movimiento voluntarios, no hay respiración espontánea, no hay respuesta al dolor, al ruido ni a otro estímulo. Las ondas cerebrales han cesado, el ECG es plano, la persona está muerta.
2. **Síndrome de locked-in (o síndrome de enclaustramiento):** la persona no se puede mover, excepto los ojos, pero las ondas cerebrales son evidentes; la persona no está muerta.
3. **Coma:** un estado de inconciencia profunda del cual la persona no puede despertar. Algunas personas despiertan espontáneamente del coma; otras entran en estado vegetativo; la persona no está muerta.
4. **Estado vegetativo:** un estado de inconciencia profunda en la cual todas las funciones cognitivas están ausentes, aunque pueden abrir los ojos, emitirse sonidos y la respiración continúa; la persona no está muerta. Este estado puede ser transitorio, con recuperación posible, persistente o permanente.

En el proceso de la muerte se han detectado cuatro niveles:

Clasificación:

I. Muerte aparente o relativa

En esencia consiste en la desaparición del tono muscular, paro respiratorio o baja actividad cardíaca y circulatoria; sin embargo el individuo podría volver a la vida y recobrar la conciencia.

II. Muerte Clínica

Sobreviene cuando cesa la actividad cardíaca y respiratoria, desaparecen los reflejos o se suspende la vida de relación. No obstante, subsisten reacciones metabólicas y podría haber un retorno a la vida, salvo cuando la anoxia, falta de irrigación sanguínea en el cerebro rebasa los 8 minutos.

III. Muerte absoluta

Se presenta cuando hay muerte cerebral y vida vegetativa asistida. Esto ocurre en el coma sobrepasado, o sea, en la muerte para la vida.

IV. Muerte total:

Es la culminación del proceso cuando ya no existen células vivas.⁷

1.4 EL ESTADO AGÓNICO

(Fase pre-mortem) comprende propiamente el agotamiento total de la reserva fisiológica, que progresa en forma irreversible hacia la muerte dentro de las siguientes 24 horas.

Paciente en estado terminal, es la persona que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevarán a la muerte en un período aproximado de 6 meses (sin descartar la falla aguda que acorte este período); o bien, que se presenten las prerrogativas que la ciencia y sus avances abran como probabilidad de recuperación.

El Paciente en fase terminal, es la persona desahuciada, el moribundo, el que más que tratamientos curativos, necesita que le apliquen cuidados paliativos.

Por todo lo anterior, es importante recordar que el objetivo central de la tanatología es dar asistencia al paciente terminal o al moribundo, reconfortándolo física y emocionalmente, teniendo presente las bases de la benemortasia, que es el conjunto de actos y actitudes que desarrolla una persona con el propósito de ayudar a otro, en el acto de morir.⁸

⁷ Daniel Behar; "Cuando la vida ya no es vida "¿EUTANASIA?"; Editorial Pax México; 2007; 1ra Edición. Pág. 46-48

⁸ Salas, R. R., Colorado, G. G., Perusquia, M. d., & Ituarte, M. G. (Noviembre de 2004). Tanatología, aspectos sociales, éticos y legislación. *Bioética y tanatología*, 20-22.

1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE

Se hace referencia a las características propias de la muerte con el fin de comprender mejor porque son tan difíciles de entender y aceptar, y por qué justo ante ella nos cuestionamos el sentido de la vida, siendo que parecieran ser totalmente opuestas.

Dichas características son las siguientes:

- I. Universal: Todos los seres humanos mueren
- II. Natural: Es un suceso vinculado con la vida
- III. Necesaria: Contribuye al equilibrio de las especies
- IV. Cotidiana: Sucede diariamente
- V. Indeterminable: Se tiene la incertidumbre respecto al momento en que la muerte ocurrirá
- VI. Única: Todo ser vivo tendrá solo una muerte
- VII. Definitiva: No es posible volver a la vida después de la muerte
- VIII. Radical: Muere toda persona, es el fin de todas las capacidades del ser humano

1.6 ENFERMEDAD TERMINAL Y EL ENFERMO TERMINAL

Por definición, la enfermedad terminal es aquella que se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales y pronósticos de vida no mayor a seis meses.⁹

EL ENFERMO TERMINAL

Según el criterio de diversos autores:

Para la *Dra. Cicely Saunders*:

“Constituye aquél que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo”

Por otra parte, *Calman (1980)*, establece que la fase terminal en los pacientes cancerosos se da cuando se les ha diagnosticado con exactitud, la muerte no parece demasiado lejana y el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo.

⁹ Argelia Lara S., Antonio C. Tamayo V.; Sandea P. G. C; “Manejo del paciente terminal”; Pág. 283
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>

Para Gil y cols. (1988), la fase terminal, mejor enunciada como *síndrome terminal de enfermedad* se define como:

“El estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles”.

Los elementos fundamentales son:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.¹⁰

1.7 ENFERMEDADES QUE FRECUENTEMENTE PRESENTAN UNA SITUACIÓN DE TERMINALIDAD

- ❖ Cáncer: enfermedad oncológica documentada, progresiva, avanzada y sin posibilidad de tratamiento activo.
- ❖ Enfermedad degenerativa del sistema nervioso central: esclerosis múltiple, enfermedad de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, demencia en progresión.
- ❖ Procesos crónicos en estadios avanzados: hepatopatía crónica sin posibilidad de tratamiento radical, EPOC, insuficiencia cardíaca sin intervención quirúrgica o trasplante.

¹⁰ - "Bioética en la red". (11 de Octubre de 2005). Recuperado el 15 de Noviembre de 2013. <http://www.bioeticaweb.com>

CAPÍTULO 2.

2.1 ORIGEN DE LA TANATOLOGÍA

El término tanatología “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quien en 1908 recibió el premio Nobel de la Medicina por sus trabajos que culminaron con la teoría de la fagocitosis. En ese momento, la tanatología fue considerada una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relacionado a los cadáveres desde el punto médico-legal.

En 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empezó un periodo que confinaba la muerte a los hospitales y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado a las instituciones hospitalarias de modo que la sociedad de la época “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordarle los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después, en la década de 1960 se realizaron estudios serios (sobre todo Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida a solo 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante; sin embargo a mediados del siglo pasado los psiquiatras: Eissler (en su obra *El psiquiatra y el paciente moribundo*) y Elizabeth Kubler Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) dieron a la tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.¹¹

2.2 ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?

Se deriva de las raíces griegas “Thánatos”, que significa muerte y “Logos”, estudio o tratado; la tanatología estudia la muerte como el proceso de morir y la muerte misma.

“Estudio o tratado de la muerte”

Es el estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte, especialmente de las medidas para disminuir el sufrimiento físico y psicológico de los enfermos terminales, así como la aprensión y sentimientos de la culpa y la pérdida de los familiares.

¹¹ Behar, D. (2003). *El buen morir*. D.F., México: Pax México

La Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones; gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir (Kubler, 1972).

En la década de los sesentas, la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuida en un 25% y durante esa época, se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico, convirtiéndola en un hecho ordinario a la vez que tecnificándola y programándola, se le relegó y se le consideró insignificante.¹²

2.3 FINALIDAD DE LA TANATOLOGÍA

Proporcionar al hombre que muere, una muerte digna, una muerte apropiada; apoyando para aminorar el sufrimiento, lograr una buena relación con las personas significativas, resolver conflictos y comprender sus limitaciones físicas en su entorno personal, familiar y social.

2.4 LABOR TANATOLÓGICA Y SUS ETAPAS

“La labor tanatológica consiste en *procurar* el bien morir, es decir una muerte digna”

Su objetivo dependen de cada caso, es decir, de las necesidades del usuario y de las circunstancias en las que se encuentra, comprende tres actividades:

I. APOYO

Consiste en realizar varias actividades que propicien tranquilidad y bienestar, ya sea físico o emocional en el enfermo terminal.

II. ACOMPAÑAMIENTO

Es la actividad que consiste en estar con el enfermo, aun cuando se tenga actitud pasiva; quien realiza el acompañamiento está aportando al moribundo la tranquilidad de no estar solo.

¹² Guadalupe, D. M. (Mayo-Agosto de 2009). "La tanatología y sus campos de aplicacion". *Horizonte sanitario*, 8(2), 30-31.

III. CONSEJERÍA

Es un proceso de corto tiempo, donde se intercambian ideas, experiencias y emociones, entre dos o más personas. Es un proceso de problematización donde el consejero escucha y cuestiona al usuario, a fin de que el mismo encuentre sus propias respuestas.

2.5 LA TANATOLOGÍA DE ELIZABETH KUBLER ROSS

Elizabeth Kubler Ross (1926-2004) fue doctora en medicina y, su personalidad fuerte y controvertida la llevó a ser retenida en el campo de concentración Meidaneck (Polonia) durante la segunda guerra mundial. Tras su liberación se quedó como voluntaria para trabajar con los presos.

En 1960 Elizabeth Kubler Ross solicitó al administrador de un gran hospital de Chicago que se le otorgara autorización para hablar con enfermos terminales. La respuesta fue que no había en ese momento paciente agonizando. Finalmente ella encontró alguna que, para sorpresa de todos, aceptaron con gusto la oportunidad para conversar. A partir de la entrevista Kubler Ross pudo describir muchas emociones en los pacientes, se dio cuenta de los fenómenos psicológicos de los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte.

Ella define a la tanatología:

“Una estancia de atención a los moribundos”

Por ello es considerada la fundadora de esta nueva ciencia, con su labor la Dra. Kubler Hace sentir a los agonizantes que son miembros útiles y valiosos de la sociedad.¹³

¹³ “Psicología del desarrollo”. Ed. Médica Panamericana.

2.6 DEFINICIÓN DE HOSPICE

La Organización nacional de Hospice o National Hospice Organization (NHO) de Estados Unidos), institución nacida en 1980, la define como:

“Un programa que proporciona un continuo cuidado ambulatorio o en régimen de hospitalización a los pacientes moribundos y sus familiares”.

Los hospicios son definidos en muchos países como espacios diseñados para dar el mejor confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo de estos lugares es que sus pacientes se sientan como en su hogar y que puedan también estar rodeados de sus seres queridos para continuar con su vida familiar y morir con dignidad.

En los hospicios se practican los cuidados paliativos, estos no alargan la vida, tampoco la aceleran, simplemente la atención del paciente se realiza con personal especializado, que trata no sólo de cubrir las necesidades de salud; también se ocupan de la problemática espiritual y psicológica por la que atraviesa el paciente y su familia.

Dicha atención tiene que continuar después del fallecimiento, ya que resulta fundamental para el bienestar de los familiares y amigos.

Esta es la filosofía que da inicio al movimiento relativamente joven de Hospice y cuidados paliativos, cuando en la década de los sesenta Cicely Saunders funda el St. Christopher's Hospice en el sur de Londres. Disponer de los meses o días que les restan con una gran calidad de vida; mantenerlos libres de dolor, conscientes y controlar los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad en sí. Se busca que el ambiente sea lo más parecido.

Los Hospice o centros de atención a enfermos terminales se crearon al buscar un acercamiento positivo con los enfermos terminales y sus familiares, atendiendo el dolor físico, con el objetivo primordial de vivir humanamente y ayudar a encontrar una muerte serena y en paz.

El movimiento de los centros de atención al enfermo terminal surge en Inglaterra gracias al trabajo realizado por Cicely Saunders quien inició su obra en 1948 en el hospital de “St. Thomas”, la continuó en “St. Joseph's Hospice” y logra su consolidación en 1967 con la inauguración de “St. Christopher's Hospice” en Londres.

2.7 HISTORIA DE LOS HOSPICE

Los movimientos de Hospice, según Robert Tywcross, pueden ser comparados con los hospicios medievales de fines de siglo XIX. Por esas fechas el desarrollo de la ciencia médica y los nuevos descubrimientos terapéuticos para curar enfermedades que hasta entonces eran letales, provocaron en los médicos un cambio profesional; hasta entonces el médico fungía como un gran cuidador, y con estos avances cambia para asumir un papel autoritario y paternalista, pues los pacientes ya no estaban en “manos de Dios”, sino de las suyas.

Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos de épocas anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad. Saunders explica que si nos trasladamos unos siglos atrás podemos ver que los primeros Hospice aparecieron en el mundo bizantino.

En Europa, desde el siglo IV, existieron instituciones cristianas y fue en el periodo de Constantino donde se les da el nombre de hospitales y hospicios. En Roma, Fabiola, una discípula de San Jerónimo, funda el primer hospital en el año 400 con el fin de atender a todos los peregrinos que llegaban a Ostia, puerto de Roma, que recibía gente de África, Asia y el Este. En la Edad Media las personas llegaban a los hospicios por comida y alojamiento. Ahí los enfermos eran cuidados, pero como la medicina no estaba tan adelantada muchos morían, y sólo se les proporcionaba ayuda espiritual. Estos hospicios estaban instalados en rutas transitadas; atendían a viajeros, huérfanos y peregrinos; se enfocaban más en lo caritativo que en lo curativo; no eran lugares enfocados sólo para enfermos. En el siglo XII San Bernardo ya utilizaba la palabra Hospice para señalar el lugar donde llegaban los peregrinos. San Vicente de Paúl, entre 1581 a 1660, crea hospicios en toda Francia destinados a gente de escasos recursos. En el año de 1842, el término Hospice fue utilizado por primera vez para referirse al cuidado de pacientes terminales en Lyon, Francia. Dicha palabra tiene sus raíces del latín y proviene de hospes que significa huésped.

Otra persona que continúa con este movimiento es Mme. Jeanne Garnier, con la institución York. Anne Blunt Storrs funda el Calvary Hospital. En la actualidad esta institución continúa atendiendo a pacientes terminales de cáncer, utilizando los cuidados paliativos. Una hermana Irlandesa de la caridad abre en Dublín Our Lady's Hospice, en el año de 1879. Para 1948 se instalan casas protestantes en Londres, el St. Luke's Home for the Dying Poor es una de ellas. En este lugar Cicely Saunders trabaja durante siete años de voluntaria. Existen

dos profesionales claves en el surgimiento de esta ciencia: Cicely Saunders y Elizabeth Kubler Ross.

Cicely Saunders nació el 22 de Junio de 1918, en Barnet al sur de Londres. Provenía de familia acomodada donde no era bien visto que se estudiara enfermería, por lo que inicia sus estudios en Oxford de Política, Filosofía y Economía. En 1939, con la separación de sus padres y el inicio de la segunda Guerra Mundial estudia enfermería y concluye sus estudios en el año 1944, en la escuela del St. Thomas's Hospital Nightingale School en Londres.

Siempre fue una excelente enfermera, pero esta actividad resultaba perjudicial para su salud, ya que tenía problemas de espalda. Los médicos le aconsejaron que realizara otro tipo de tareas; de tal forma que decide ingresar de nueva cuenta a Oxford, esta vez para estudiar trabajo social. En este ramo conoce en 1947, a David Tasman, un polaco judío que se encontraba en fase terminal con un cáncer avanzado. David contaba en esas fechas con 40 años de edad. Se enamoran, él da un sentido más a su vida, ya que se encontraba solo. Juntos comenzaron a pensar que hacía falta un sitio diferente a un hospital para atender a pacientes terminales, tratar el dolor; y donde fueran cuidados con más amor, ayudados por personal capacitado para atender sus necesidades.

Al morir David, Cicely pone en marcha el proyecto que tenían en mente. Continúa su labor de trabajadora social en el Hospital St. Luke's, dedica su tiempo en las lecturas de memorias del centro, recopilando información del Dr. Howard Barret, quien fuera el fundador de dicho lugar. El doctor Barret le propone a Cicely estudiar medicina, por lo que a los 33 años ingresa a St. Thomas's Hospital School. Termina sus estudios en 1957. Durante siete años se dedica a la investigación del cuidado de pacientes terminales con la finalidad de hacer algo para solucionar la situación de abandono en la que se encontraban estos enfermos en los grandes hospitales.

En esa época se da cuenta que los pacientes utilizan opiáceos en promedio cada cuatro horas, comienza a escucharlos y a tomar nota de sus necesidades. Este método se fue aplicando en el Hospital St. Lukes's, a través de capacitación al personal del cuidado y atención a este tipo de pacientes. De inmediato se ve su eficiencia, por lo que se difunde rápidamente entre el personal dedicado a la salud.

En 1961 nace la fundación St. Christopher's Hospice, pero es hasta el año 1967, en el mes de julio, cuando se abre el primer Hospice en Sydenham, al sur de Londres, con el nombre de St. Christopher.

Posteriormente pone en marcha el "movimiento Hospice" que daría lugar a lo que hoy se conoce como "cuidados paliativos" que proporciona: atención integral, activa y continuada a los pacientes y sus familias por un equipo multidisciplinario; no con la finalidad de alargar a

toda costa la supervivencia del paciente terminal, sino de mejorar su “*calidad de vida*” y cubrir todas sus necesidades.¹⁴

2.8 EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA TANATOLOGÍA

La enfermería en el paso de los años se ha caracterizado por su gran humildad y humanidad; por minimizar el dolor físico y espiritual de los seres humanos. Gran participe en el equipo de salud, dedicada al bienestar total del enfermo, prolonga el arte de la medicina y enaltece la bondad de su profesión. Es la mano amiga que ayuda al ser doliente; por lo que acompaña en su caminar durante el sufrimiento y la enfermedad.

Como seres humanos dedicados a la salud, tenemos el deber y la obligación de estar; en equilibrio bio-psico-social y espiritual para mantener un estado de salud pleno y poder dar una atención completa a nuestros enfermos.

Durante nuestra vida vamos teniendo pérdidas; unas que son significativas y otras no tanto, lo importante es detectar cuándo estamos en problemas y debemos de pedir ayuda.

El ser cuidadosas en las necesidades físicas, espirituales, psicológicas y sociales de los enfermos, debe ser el núcleo central de la profesión ante el dolor, enfermedad, agonía y muerte. Utilizando nuestros sentidos para detectar las necesidades de nuestro paciente a través de la vista, oído, tacto.

El no abandonar a un enfermo es un compromiso ético que consiste en acompañarlo en el trayecto de su enfermedad sin importar cuál sea su desenlace, sería muy gratificante que al final de la vida, justo antes de emprender la partida, el moribundo pueda tener una enfermera amiga con gran calidad humana; que le permita morir en su compañía, aliviándole sus síntomas y disipando sus temores.

Ella es, dentro del equipo, la que está más con el paciente y con la familia, incluso en los Hospitales. Este prolongado y cercano contacto da a la enfermera una oportunidad única de conocer al paciente y de saber qué es lo que le da alivio y qué es lo que se lo quita. Por esto, es la que pondrá más atención a los detalles de la atención física: baño, cuidado de la boca, la vejiga y de los intestinos, de la dieta y de los fluidos corporales, entre otros. Igualmente podrá organizar el ambiente del paciente para minimizar las pérdidas de control.

¹⁴ Sociedad Española de cuidados paliativos, Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice.

En 1858 Florence Nightingale escribió, que nuestro objetivo fundamental como enfermos (as) es:

“Situarse al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe sobre él”

Tenemos un compromiso ético con nuestro paciente, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía; la enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiéndoles satisfacer sus necesidades emocionales, físicas, sociales y espirituales como un ser que se encuentra en lecho de dolor.

Virginia Henderson en el año 1966 dijo:

“Ayudar al individuo sano o enfermo en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila”.

2.9 DERECHOS DE LOS PACIENTES EN ETAPA TERMINAL

El derecho de las personas en fase terminal a una muerte digna, incluye para P. Simón y A. Couceiro varias premisas que deben ser aceptadas:

- ❖ Proporcionar una información veraz y completa, respetando el derecho del paciente a ser informado.
- ❖ Garantizar que ningún enfermo terminal sea tratado contra su voluntad y que en esta materia no actúe bajo influencia de terceros o presiones económicas.
- ❖ Asegurar que se respetara el rechazo al tratamiento, aceptando también directivas previas o voluntades anticipadas.
- ❖ Recibir el tratamiento adecuado para combatir el dolor físico y apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.¹⁵

¹⁵ Española, C. (2007). Manual para la humanización de los gericultores y auxiliares geriátricos

Consideraciones éticas:

El paciente tiene derecho a conocer la verdad sobre su enfermedad, cuando ve comprometida su salud y acude al médico. Parece obvio que este derecho del paciente asuma particular interés cuando la enfermedad es grave, pues el enfermo tiene determinados deberes en cuanto persona y en cuanto miembro de una familia y de una comunidad, además, nadie conoce como él sus problemas: personales, familiares... que quizás haya ido posponiendo para más adelante y que ahora, súbitamente, reclaman solución.

En tales casos, ocultar la verdad sería infantilizar a la persona, reducir al enfermo a un nivel inferior, manteniéndolo engañado, en un clima artificial y falso, en el que todos saben lo que le acontece, menos él. Además, cuando el paciente tiene un sentido trascendente de la vida, se cometería una injusticia dejándole en la ignorancia cuando se acerca a la última etapa de su recorrido vital. Desde el punto de vista moral, no es lícito ilusionar al enfermo o a los parientes con una falsa seguridad, con el peligro de comprometer de este modo la salvación eterna del enfermo o el cumplimiento de obligaciones de justicia o caridad.

Parece, por ello, conveniente difundir en la vida hospitalaria la mentalidad en pro de la veracidad, desterrando esas “conspiraciones del silencio” de algunos familiares que pretenden a toda costa ocultarle al enfermo el mal que sufre, contando con la complicidad del médico.

Que el médico y la enfermera no deben mentir al enfermo no quiere decir que exista siempre la obligación ética de decir toda la verdad.

Conviene precisar estos tres conceptos:

1. Nunca se debe mentir al enfermo, ni inducirle a engaño. Nadie tiene derecho a mentir a un enfermo que sería y confiadamente pregunta por su estado, quitándole así la posibilidad de enfrentarse con su muerte.
2. No existe siempre obligación de decir la verdad, si se estima que puede influir negativamente en el enfermo. El médico debe, pues, dar la información requerida por el enfermo, averiguando lo que éste quiere saber.
3. En ocasiones puede callarse la verdad, eludiendo contestaciones a preguntas indirectas que hace el enfermo (hechas por motivos distintos: reafirmación, ganar esperanza...) pero esperando el momento oportuno de manifestarla, o mejor, tratando de ir dándola gradualmente. Pero si el peligro de muerte es próximo, se debe manifestar al enfermo su situación.

Tras lo dicho anteriormente, cabe la siguiente reflexión: la verdad no debe hacer daño; la experiencia indica que en la mayor parte de los casos resulta beneficiosa y causa un profundo alivio si ha sabido decirse correctamente. Es la falta de información la que puede llevar al enfermo a estados de ansiedad más graves que los que puedan derivarse de una información intempestiva.¹⁶

A lo largo de los últimos años, en varios países y organizaciones internacionales, este tema se ha trabajado con especial interés debido al aumento de presiones por los movimientos de la Eutanasia y el suicidio medicamente asistido. Existe la necesidad moral de prestar mejor atención a los enfermos en estado terminal pues muchos de ellos sienten que están perdiendo autonomía y además temen que sus dolores no sean controlados.

Hay que tener en cuenta que la muerte es la transición más grande, a veces, temida y dura, de la vida; el paciente moribundo, se encuentra muchas veces desinformado, inseguro, angustiado, deprimido, desesperanzado, adolorido y con múltiples síntomas, según su enfermedad. Estas experiencias al final de la existencia son menos reconocidas y tratadas. Lo esencial es comprender que el enfermo terminal se halla en una situación especialmente vulnerable, que se necesita toda la humanidad y compasión para aliviarle estos momentos y permitirle aceptar con más resignación el final de su vida, como un hecho ineludible.

La autonomía del paciente hay que tenerla muy en cuenta, debe encontrarse bien informado y se le debe dar la oportunidad de elaborar su testamento de vida y presentarlo en caso de ser hospitalizado.

1. El paciente tiene derecho a mantener hasta el final de sus días la misma dignidad y autonomía a las que ha tenido derecho en la vida.
2. El paciente tiene derecho a obtener información veraz, franca y completa acerca de su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico.
3. El paciente tiene derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen.
4. El paciente tiene derecho a ser el eje principal de las decisiones que se tomen en la etapa final de su vida.
5. El paciente tiene derecho a que no se le prolongue el sufrimiento indefinidamente, ni se apliquen medidas extremas y heroicas para sostener sus funciones vitales.

¹⁶ Calvo, A. Z. (s.f.). El enfermo terminal y la muerte. *Revista Bioética y ciencias de la Salud*, 5(2)

6. El paciente tiene derecho a obtener alivio efectivo de su dolor y de sus síntomas, aun si los medicamentos o medidas requeridas para ellos le redujeran el tiempo de vida restante.
7. El paciente tiene derecho a que las necesidades y temores de sus seres queridos sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte.
8. El paciente tiene derecho a recibir asistencia espiritual siempre que lo solicite y a que le sean respetadas sus creencias religiosas, cualesquiera que sean.
9. El paciente tiene derecho a conocer y recibir explicaciones sobre los costos de los servicios recibidos. En situación de urgencia, se le debe atender sin exigir pago previo.
10. El paciente tiene derecho a morir con dignidad, tan comfortable y apaciblemente como sea posible.¹⁷

¹⁷ Fundación Pro derecho a morir dignamente; Derechos del paciente terminal.; Boletín Núm. 49; septiembre 2010; (<http://www.dmd.org.co/pdf/boletinno49.pdf>)

CAPÍTULO 3.

MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS

La revolución diagnóstica y terapéutica de los últimos 50 años junto a la mejoría progresiva de las condiciones sociales y económicas han logrado aumentar la sobrevivencia de la población de poco más de 60 años a casi 80, incluido en países en desarrollo como Chile. Ello ha traído consigo un aumento considerable del número de pacientes con enfermedades crónicas incurables, incluidos los pacientes con cáncer metastático, accidentes vasculares, demencias y las insuficiencias hepáticas, cardíacas, respiratorias o renales descompensadas en fase avanzada y enfermos de SIDA. Son estos los pacientes que despertaron las raíces compasivas de la medicina a mediados de los sesenta en el siglo pasado en Inglaterra, donde la preocupación central se puso en el control de síntomas y el “dolor total” de la Dra. Cecily Saunders (Medicina Paliativa y calidad de vida, incluyendo los aspectos familiares, sociales, psicológicos y espirituales de los pacientes que están por morir y sus familiares).

Si se considera que mueren 56 millones de personas al año (el 85% de ellas en países en vías de desarrollo como Chile) uno podría asumir que cada muerte también afecta a por lo menos otras 5 personas en términos de relación informal y asistencia al duelo de la familia y los amigos. Esto es una estimación bastante modesta especialmente en aquellos países en vías de desarrollo, donde la tasa de natalidad todavía es alta.

El total de personas que se encuentra afectada cada año en el mundo por problemas relacionados con la atención de los pacientes moribundos es alrededor de 300 millones es decir, el 5% de la población mundial.

Esto hace que la calidad de la atención al final de la vida sea uno de los problemas de salud pública global más importante que se enfrentan hoy en el mundo. En muchos de los países desarrollados hay un reconocimiento más profundo que en el nuestro sobre las necesidades de mejorar el cuidado de los pacientes incurables en el final de su vida.¹⁸

3.1 LA MEDICINA PALIATIVA Y SU OBJETIVO

Con frecuencia, la ayuda prestada a un paciente y a su familia para sentirse lo más cómodo posible en la experiencia de muerte es más importante que limitarse al puro acto médico rutinario o a la corrección de las anomalías fisiológicas asintomáticas. Por lo tanto, es necesario prevenir o evitar los síntomas responsables del estrés, también es muy importante evitar el sufrimiento, la percepción de la angustia debida a factores que sumados

¹⁸ Manual de Medicina Paliativa; Editores Dr. Rodrigo López; Dr. Flavio N; Dra. Paulina T.; Pág. 5

<http://cuidadospaliativos.org/archives/medicinafinal.pdf>

disminuyen la calidad de vida del paciente (por ejemplo: el dolor, el deterioro físico, los trastornos psicológicos, los problemas sociales, familiares, financieros y espirituales).

El tratamiento de apoyo debe ser el único objetivo realista para el paciente agonizante, el tratamiento médico de los síntomas más perturbadores debe evitar un sufrimiento innecesario al paciente y a sus familiares y permitir que compartan instantes valiosos.¹⁹

La medicina paliativa:

“Es la rama de la medicina encargada de los cuidados de los pacientes con enfermedad terminal en fase terminal”

Su desarrollo se inicia en el Reino Unido y en Canadá en los años setenta. En 1990, el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud publica el documento 809, en el que adscribe definitivamente el término de medicina paliativa, o cuidados paliativos, a dicha rama de la medicina.²⁰

“Se entiende como la asistencia sanitaria que se presta a las personas que padecen una enfermedad progresiva, en situación avanzada o terminal”.

El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina.

El objetivo *principal*:

“Es el control de los síntomas físicos y el apoyo emocional, social y espiritual al enfermo y a su familia”.

¹⁹ Ed Marck H. Beers, M.D y Robert B. El manual Merck “Diagnóstico y tratamiento”. Décima edición;; Pág. 2515-2516

²⁰ M.A. Benítez del Rosario y A. Asensio F. “Fundamentos de los cuidados paliativos”; Pág. 51; Enero 29. ; Artículo 44.619

- ❖ Aumentar el periodo de descanso y sueño del enfermo y de la familia.
- ❖ Aumentar la comunicación del paciente.
- ❖ Disminuir los sentimientos de impotencia o culpa.
- ❖ Procurar la atención en el propio domicilio si se considera factible.²¹

3.2 CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes portadores de enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El Control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte. Apoya a la familia en la enfermedad del paciente y durante el duelo.²²

“Tipo de cuidados que promueven una asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es proporcionar bienestar al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo”.

En su evolución a la muerte, la enfermedad provoca un elevado sufrimiento en el paciente, la familia y en el personal sanitario. Bajo este concepto se incluyen diversas enfermedades (neurodegenerativas, cardiopatías, neuropatías, hepatopatías, nefropatías etc.); las cuales no han respondido a ningún tratamiento y son causas de un deterioro progresivo de la persona hasta que acontece la muerte. Entendida la fase terminal como aquella que transcurre desde la presentación de una enfermedad que no responde a tratamiento específico, la supervivencia del paciente es variable dentro de unos límites (meses- días) en relación al momento en que se establezca el diagnóstico.

Tomada la fase terminal en todo su tiempo, se diferencian diferentes subfases en la evolución del paciente:

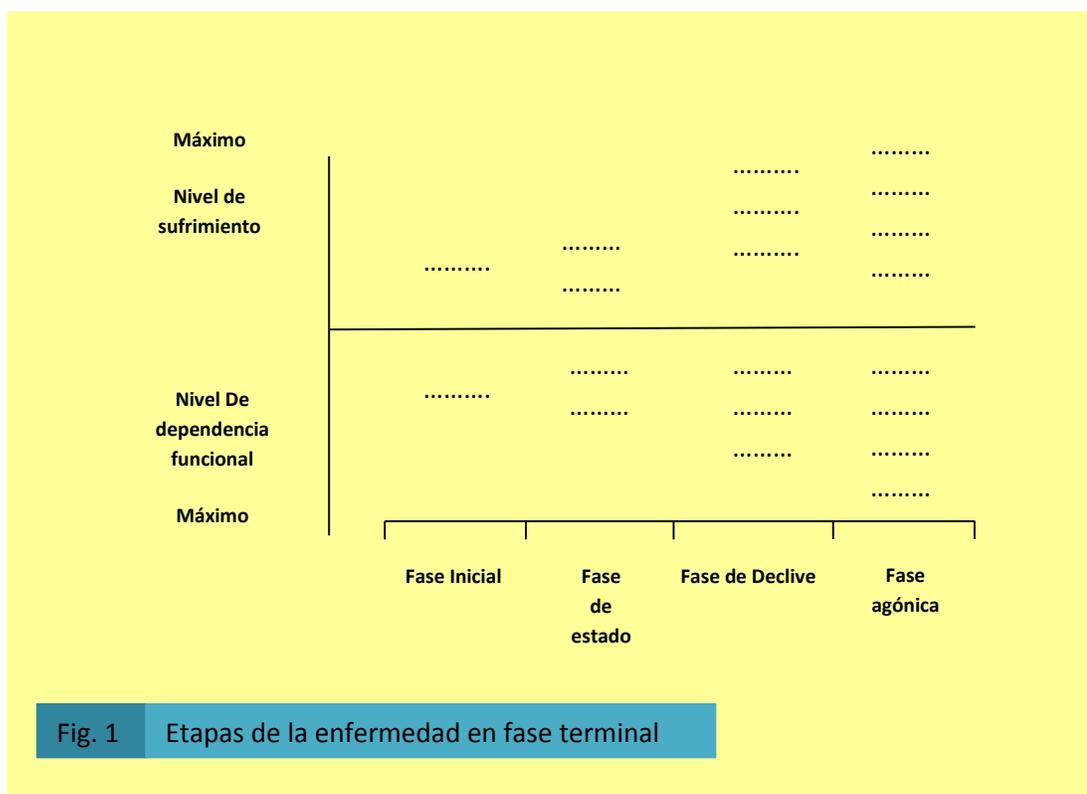
- A)** Una etapa inicial de estabilidad; en la que el paciente no presenta síntomas intensos ni alteraciones de su estado funcional.
- B)** Una etapa sintomática o de estado caracterizada por la presencia de complicaciones generadas por sufrimiento, con mayor o menor grado de alteración funcional que no afecta a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

²¹ Calvo, A. Z. (s.f.). El enfermo terminal y la muerte. *Revista Bioética y ciencias de la Salud*, 5(2)

²² 1. Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. *Med. Clin. North Am.* 1982; 66:1169-1183.

- C) Una etapa de declive , en la que las complicaciones están presentes de forma continua o se objetiva un deterioro funcional importante que altera, en mayor o menor medida , la capacidad del sujeto para la realización de las actividades diarias básicas.
- D) Una etapa final o fase agónica , en la que están presentes signos más o menos intensos del proceso de morir, con gran deterioro de la situación funcional, con complicaciones provocadoras de sufrimiento intenso y con un pronóstico inferior a 1- 5 días.

La evolución de una a otra etapa puede ser de forma brusca o paulatina, y no existen factores pronósticos de una supervivencia concreta, con un poder predictivo elevado, una vez que se ha establecido la fase terminal.²³



²³ M.A. Benítez del Rosario y A. Asensio F. “Fundamentos de los cuidados paliativos”; Artículo 44.619 Pág. 50- 51; Enero 29.

3.3 GUÍA DE CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial. Destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias.

El sufrimiento físico y mental es habitual en las enfermedades terminales. Los pacientes suelen temer que su sufrimiento se prolongue y no lo pueda controlar. El alivio de su dolencia permite al paciente a vivir de forma tan compleja como sea posible y centrarse en el único problema presente, que es como enfrentarse a la muerte.

La calidad de vida y confort de nuestros 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 la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.).
2. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, estableciendo una relación franca y honesta.
3. Cambios en la organización, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
4. Equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que disponga de espacios y tiempos específicos para ello, con formación específica y apoyo adicional.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

El sufrimiento físico y mental es habitual en las enfermedades terminales. Los pacientes suelen temer que su sufrimiento se prolongue y que no pueda controlar. El alivio de su dolencia permite al paciente vivir de forma tan completa como sea posible y centrarse en el único problema presente, que es como enfrentarse a su muerte.

El control de síntomas está basado en su etiología, debido a que un síntoma puede tener su origen en gran variedad de causas y puede responder de forma diferente al tratamiento mientras se deteriora el estado del paciente.²⁴

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE MORIBUNDO

Las necesidades fisiológicas de las personas moribundas se relacionan con el enlentecimiento de los procesos corporales y con desequilibrios homeostáticos. Las intervenciones incluyen medidas higiénicas personales, control del dolor, alivio de las dificultades respiratorias, ayuda con el movimiento, la nutrición, la hidratación y la eliminación, y aplicación de medidas relacionadas con los cambios sensitivos.

NECESIDADES FISIOLÓGICAS DE LAS PERSONAS MORIBUNDAS

Limpieza de las vías aéreas

- I. Posición de Fowler: pacientes conscientes.
- II. Aspiración de secreciones: para pacientes inconscientes
- III. Posición decúbito lateral: pacientes inconscientes
- IV. Oxígeno nasal: para pacientes hipóxicos
- V. Abrir las ventanas o utilizar un ventilador para hacer que circule el aire.
- VI. Puede estar indicada la morfina con un EVA mayor a 8.

Baño / Higiene

- I. Baño de esponja / Baño de regadera
- II. Baño y cambios de ropa frecuentes si tiene diaforesis
- III. Aseo bucal diario y cada vez que sea necesario.
- IV. Utilización de cremas y lociones hidratantes a discreción para la sequedad cutánea.
- V. Preparados cutáneos que actúan como barreras contra la humedad en pacientes inconscientes.

²⁴ Ed Marck H. Beers, M.D y Robert B. El manual Merck “Diagnóstico y tratamiento”. Décima edición;; Pág. 2515-2516

Movilidad física

- I. Ayudar al paciente a levantarse periódicamente, cuando sea posible.
- II. Cambiar con frecuencia la posición del paciente
- III. Apoyar a la posición del paciente con almohadas, rollos de mantas o toallas cuando sea necesario.
- IV. Elevar las piernas del paciente cuando este sentado.
- V. Evitar riesgos de caídas.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
USO DE MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES/SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	VISUALES	1
	AUDITIVOS	1
	EXTREMIDADES (ECV, PARESIAS..)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1
PUNTAJE		0/14
ALTO RIESGO DE CAIDA		>2/14

Tratamiento de síntomas digestivos

“Anorexia” es la incapacidad del paciente para comer normalmente, la causa principal es la propia carga tumoral, pero también influyen: el miedo al vómito, la saciedad precoz, disfunción autonómica, estreñimiento, dolor y fatiga, alteraciones en la boca, hipercalcemia, ansiedad y depresión, y efectos secundarios del tratamiento.

Tratamiento:

Medidas generales

- ❖ Preparación adecuada de los alimentos.
- ❖ Platos pequeños.
- ❖ Raciones pequeñas.
- ❖ No obligarlo a que coma.

Medidas farmacológicas

- ❖ Administración de medicamentos prescritos por facultativo.
- ❖ Evitar métodos invasivos.

ELIMINACIÓN

Estreñimiento

Es un síntoma frecuente, alrededor del 60 % en enfermos terminales, 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. Por otra parte, también es cierto que a veces observamos una adaptación a la situación con el razonamiento de que "al no comer mucho, es natural que no ensucie", cuando se sabe que al menos tiene que haber una deposición cada 3 ó 4 días incluso en estos casos. Llega un momento en la evolución de la enfermedad en que la constipación deja de ser un problema, cuando el enfermo presenta ya un estado general extremadamente deteriorado que nos será fácil de identificar.

Las causas de la constipación, como la mayoría de síntomas, son multifactoriales.

Así, podemos sistematizarlas en:

1. Causas debidas a la enfermedad de base: disminución de la ingesta de sólidos y líquidos, patología intraabdominal por cáncer o asociada, paraplejía, etcétera.
2. Causas asociadas a tratamientos farmacológicos: opiáceos, anticolinérgicos, fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos, etc.
3. Causas asociadas a la debilidad: encadenamiento, imposibilidad de llegar al baño cuando se presenta el estímulo, confusión, etc.
4. Causas intercurrentes: hemorroides, fisuras anales, habituación a laxantes, etc.

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 confusional.

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.

La estrategia terapéutica adecuada, después de haberse realizado la valoración de posibles etiologías, comprenderá la aplicación de una serie de medidas generales combinadas con el uso de laxantes y, en su caso, medidas rectales con el objetivo de conseguir una deposición cada 1-3 días.

- I. Estimular la ingesta de líquidos (agua y fruta) ya que, por razones obvias, difícilmente podrá aumentarse el aporte de fibras, que incluso puede estar contraindicado si hay oclusión o suboclusión intestinal; responderemos rápidamente al deseo de evacuación.
- II. Estudio de las posturas (adaptación WC).
- III. Revisión del tratamiento farmacológico para valorar posibles cambios si está tomando varios fármacos que producen constipación. En cuanto al uso de laxantes, hay que decir en primer lugar que no hay un único laxante o combinación de estos que se prefiera a los demás por varias razones que van desde su efecto individual en cada paciente a su forma de administración y a gusto del mismo (hay algunos jarabes que provocan náuseas a los pacientes). Generalmente, iniciamos el tratamiento con un laxante estimulante (aumenta el peristaltismo), habitualmente senósidos (12 a 72 mg/día) y/o lactulosa (20 a 90 cc/día), pudiéndose asociar según la respuesta observada, hecho frecuente en aquellos pacientes que siguen tratamiento con opiáceos.

- IV. Enema comerciales (100-200 cc) la noche anterior.
- V. Valorar posible sedación del paciente.
- VI. Aplicación de compresas calientes para favorecer la dilatación anal y lubricación con componente anestésico.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos son frecuentes en cáncer avanzado y terminal 40 % y 30 % respectivamente y pueden ser debidos a varias causas, siendo esencial el análisis de las mismas para una correcta selección de los antieméticos, ya que es habitual que no se discrimine en este sentido, prescribiendo rutinariamente siempre el mismo fármaco.

Las náuseas y vómitos pueden tener su origen en diversos factores que además pueden asociarse. Una correcta valoración del paciente nos conducirá a identificar la causa principal, siendo la más habitual el uso de opioides, obstrucción intestinal parcial y constipación. Otras causas a tener en cuenta son la hipercalcemia en casos de metástasis óseas masivas y la hipertensión endocraneana si concurren metástasis cerebrales.

Naturalmente no podemos olvidar los casos de gastritis habitualmente iatrogenias (AINE sobre todo).

Vómitos de gran volumen sugieren estasis gástrica y se acompañan de otros síntomas como reflujo esofágico, plenitud epigástrica o hipo. Las causas son reducción de la motilidad gástrica por fármacos u obstrucción parcial intrínseca o extrínseca (tumor gástrico, hepatomegalia, ascitis).

En aquellos casos de sospecha o en los que no sean explicables clínicamente, puede estar indicado determinar el nivel de calcio, urea y electrólitos.

Medidas generales:

- ❖ Se centran básicamente en adecuación de la dieta (blanda fraccionada, predominio de líquidos, infusiones, etc.).
- ❖ Corrección causas reversibles: hipercalcemia, gastritis, fármacos irritantes de la mucosa gástrica.

Tratamiento farmacológico:

A nivel práctico, los principales antieméticos recomendados son:

- ❖ Dimenhidrinato (oral, rectal) - (50 mg. PO c/4-6 horas).
- ❖ Haloperidol (oral, subcutánea) - (1.5-3 mg. PO noche, hasta 15 mg. /día).
- ❖ Metoclopramida (oral, subcutánea) - (10-20 mg. PO c/6-8 horas).
- ❖ Domperidona (oral, rectal) - (10-20 mg. PO c/6-8 horas) (30-60 mg. PR c/8 horas).
- ❖ Escopolamina (subcutánea, sublingual) - (0.30 - 1:2 mg / día infusión SC o c/8 horas Repartido).

Alimentación y Nutrición

La alimentación es un símbolo de salud y actividad, en la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y/o familiares refieran problemas relacionados con ésta.

La elevada frecuencia de anorexia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, sensación de repleción precoz, constipación, trastorno del gusto, odinofagia, problemas obstructivos del tracto digestivo alto (disfagia) o bajo (suboclusiones) o infecciones orofaríngeas hace que con frecuencia tengamos que adaptar la dieta.

- ❖ Deben comentarse, siempre delicadamente, con el enfermo y sus familiares los aspectos específicos referidos a la alimentación; la educación de la familia y la adecuación a los gustos individuales previos del enfermo son fundamentales.
- ❖ Como normas generales, y teniendo en cuenta la anorexia, la debilidad y la sensación de repleción gástrica precoz, es recomendable fraccionar la dieta en 6-7 tomas y flexibilizar mucho los horarios según el deseo del enfermo.
- ❖ Las dietas semiblandas o blandas suelen ser mejor toleradas, la cantidad de cada ingesta debe adaptarse al enfermo, sin presiones para una ingesta mayor, que inducen más sensación de fracaso ("Dado que ahora está encamado muchas horas, no es preciso que tome tantos alimentos", para los familiares "Está débil porque la enfermedad avanza, no por falta de alimentación").
- ❖ El gusto debe mejorarse según el deseo del enfermo, y es aconsejable la adición de algunas salsas. En cuanto a la composición, creemos que no debemos insistir en nutriciones hipercalóricas o hiperproteicas, que no tienen mucho sentido en esta situación, ni tampoco en las dietas específicas ricas en fibras para la prevención y tratamiento del estreñimiento (porque deben tomarse en cantidades importantes que los enfermos no toleran, y porque disponemos de tratamientos específicos más eficaces). La adición de complejos vitamínicos o hierro oral es de muy dudosa eficacia en enfermos terminales, excepto en situaciones muy concretas.

- ❖ La presentación de la dieta y la adecuación del tamaño del plato a la cantidad de comida son aspectos importantes y frecuentemente olvidados para mejorar la tolerancia.
- ❖ En la situación de enfermedad terminal, el uso de sonda nasogástrica u otras formas intervencionistas debe quedar restringido a la presencia de problemas obstructivos altos (orofaringe, esófago) que originan disfagia u odinofagia importantes, fístulas o disfunciones epiglóticas, y/o en aquellos casos en los que la obstrucción es el elemento fundamental para explicar la desnutrición, la debilidad y/o la anorexia. En todo caso, debe valorarse bien con el paciente y sus familiares. Cuando la debilidad y la anorexia son debidas al síndrome sistémico de progresión de enfermedad, la sonda no resolverá ninguno de estos problemas.

Tratamiento de Síntomas Respiratorios

Disnea

La disnea es una sensación subjetiva que se define como la conciencia desagradable de dificultad o necesidad de incrementar la ventilación, por lo que sólo el enfermo puede cuantificar su intensidad y características. Conviene tener presente que taquipnea no implica disnea necesariamente y que, en caso de dificultades de comunicación, el uso de la musculatura respiratoria accesoria es el signo más evidente de disnea.

La disnea se presenta en el 30-40% de todos los cánceres avanzados y terminales y en el 65-70% de los broncogénicos, en los que es el síntoma principal en la fase de enfermedad avanzada. La disnea puede aparecer en los últimos días o semanas de la evolución de diferentes enfermedades en el contexto de un fracaso multiórgano, comportándose entonces como factor de mal pronóstico a muy corto plazo.

La sensación de disnea es pluridimensional, pues, además de la percepción de esfuerzo ventilatorio, comprende una dimensión emocional y cognitiva en función de experiencias previas, significado, nivel de impacto, etc.

Destacar que la disnea será de difícil control en casos de infiltración masiva del parénquima pulmonar, linfagitis pulmonar y derrames pleurales que no respondan a toracocentesis o pleurodesis.

En la valoración de estos pacientes es básico descartar aquellas etiologías de la disnea que, en función del pronóstico inmediato, sean susceptibles de tratamiento causal como en el caso de anemia, infección, insuficiencia cardíaca u obstrucción bronquial reversible.

En este sentido se hace imprescindible una exploración clínica exhaustiva en busca de signos clínicos de hipoxemia, anemia, debilidad, ansiedad, insuficiencia cardíaca, etc.

Asimismo es necesario tener acceso a una serie de exploraciones complementarias básicas como son radiología de tórax, determinación de hemoglobina, electrocardiograma y, a ser posible, oximetría transcutánea.

a) Medidas no farmacológicas o generales:

- ❖ Compañía tranquilizadora
- ❖ Aire fresco sobre la cara
- ❖ Ejercicios respiratorios (respiración diafragmática y espiración con labios semiocluídos)
- ❖ Técnicas de relajación
- ❖ Posición confortable
- ❖ Adaptación del estilo de vida (actividades vida diaria, barreras arquitectónicas, etc.)

b) Medidas farmacológicas:

- ❖ Sulfato o clorhidrato de morfina oral: 5 a 15 mg cada 4 horas. Es el tratamiento farmacológico básico de la disnea en el paciente terminal. No altera los parámetros gasométricos ni de función pulmonar. En ausencia de dolor, dosis superiores a 15 mg. cada 4 horas no aportan beneficios. En pacientes que ya tomaban previamente morfina para tratamiento de dolor, se aconseja aumentar la dosis hasta un 50% para el control de la disnea.
- ❖ Oxigenoterapia: Precisa de la objetivación previa de hipoxemia severa y de la demostración de la eficacia en la mejora del síntoma. No es imprescindible en estas situaciones.

Crisis de disnea:

- ❖ Compañía tranquilizadora
- ❖ Técnicas de relajación y ejercicio sobre el control de respiraciones.
- ❖ Diazepam oral o sublingual (absorción más rápida): 2 a 10 mg.

Cuidados de la boca

En el enfermo terminal hay una alteración de las propiedades de la boca provocadas por diferentes causas y que dan lugar a numerosos problemas de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad de boca (60-70% según nuestra experiencia).

Objetivos:

1. Control: prevención del dolor de boca
2. Mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort.
3. Eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis, procurando no perjudicar la mucosa.
4. Además, evitar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social.

Recomendaciones:

1. Cepillo infantil suave tanto para los dientes como para la lengua. Es el utensilio más eficaz incluso en enfermos inconscientes.
2. Torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es más inefectivo para eliminar la placa pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado.
3. Masticar piña o chicle sin azúcar.
4. Para la higiene de después de las comidas, cepillado y enjuague normal.
5. Para la humidificación, pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo, manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva, respectivamente) y/o salivas artificiales a base de metilcelulosa, esencia de limón y agua (fácilmente preparables por cualquier farmacéutico). Cabe utilizarlos con frecuencia, cada 2-4 horas. Una solución base de vaselina líquida, limón, manzanilla y hielo es útil y eficaz en estados más terminales o agónicos, pues la vaselina puede ser desagradable por su viscosidad.
6. Para eliminar el sarro utilizar el peróxido de hidrógeno diluido (excepto en estomatitis), perborato sódico que no puede ser tragado, solución de bicarbonato sódico, muy efectivo pero de gusto desagradable (no puede ser utilizado en tratamientos antifúngicos) o un pequeño fragmento de vitamina C.

7. Como antiséptico inhibiendo la formación de la placa bacteriana, usar solución de clorhexidina 0,2%, o yodo solución acuosa diluida en pequeñas cantidades cada 12 horas (aunque suele ser desagradable).
8. El uso de anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína) o topicaína en vaporizador.
9. El diagnóstico y la detección precoz de la candidiasis oral y la utilización de solución de nistatina cada 4 horas - 1 cucharada, enjuagar y escupir, y otra cucharada, enjuagar y tragar - y algunas veces ketonconazol por vía oral. Hay que recordar que aunque los síntomas desaparecen a los 7 días, es necesario continuar el tratamiento durante 14 días. El yogurt natural es eficaz y barato.
10. Cuidados especiales de la prótesis dental, que favorece las infecciones. En caso de candidiasis hay que sumergirla cada noche en solución de hipoclorito al 1% si no hay metal, o en solución de nistatina.
11. Gargarismos de povidona yodada al 7,5% en los casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral.

Cambios sensitivos / perceptuales

- ❖ Verificar la preferencia de la habitación iluminada u oscura
- ❖ No hay disminución de la audición; hable con claridad y no susurre
- ❖ Hay disminución del tacto, pero el paciente sentirá la presión del tacto
- ❖ Poner en marcha un protocolo para tratamiento del dolor cuando este indicado ²⁵

Úlceras por presión

Muchos pacientes terminales inmóviles, malnutridos y caquéticos, por lo que tienen un riesgo muy alto de desarrollar úlceras por presión.

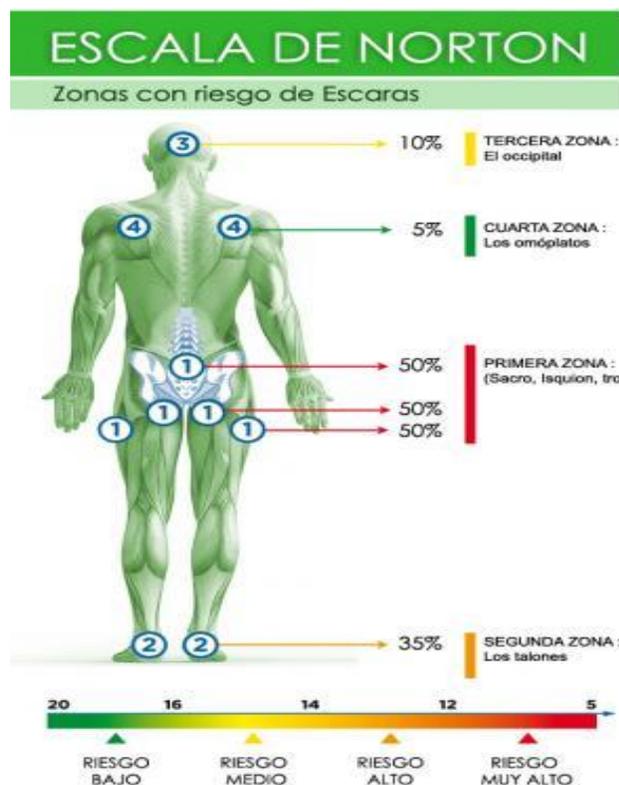
La prevención requiere:

1. Evitar presión por rotación del paciente cada 2 horas
2. Uso de colchón antiescaras o de una cama con colchón neumático

²⁵ http://www.revistaseden.org/boletin/files/4113_guiacp.pdf

- La sonda vesical debe ser de último recurso, y solo está justificada cuando hay dolor para los cambios de ropa de cama o cuando el paciente o la familia lo solicitan con insistencia.

La **escala de Norton** mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión.



ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaria o Fecal	2
	Urinaria y Fecal	1
RESULTADO =		

Confusión

Los Cambios mentales que pueden acompañar al estado terminal de enfermedad pueden crear tensión en el paciente y la familia, aunque muchos pacientes lo ignoran. La confusión es frecuente y tiene causas diversas, como fármacos, hipoxia, trastornos metabólicos y enfermedad intrínseca del SNC. Si se puede determinar la causa, lo mejor es realizar un tratamiento sencillo para conseguir que el paciente se pueda comunicar mejor con la familia y los amigos.

Dolor

El dolor intenso afecta a casi la mitad de los pacientes agonizantes, un 50% de los cuales no consiguen nunca un alivio adecuado. El dolor grave también es prevalente en los pacientes moribundos afectados por una insuficiencia de un sistema orgánico y demencia.

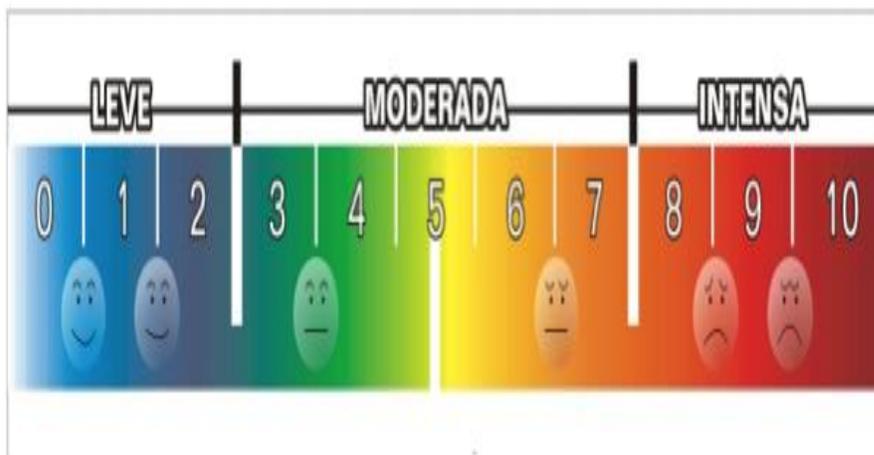
Los pacientes perciben el dolor de forma diferente dependiendo de factores como la fatiga, el insomnio, la ansiedad, la depresión y las náuseas. El abordaje de estos factores, junto con un ambiente de apoyo, puede ayudar a controlar el dolor.

La elección del analgésico depende mucho de la intensidad del dolor, que se puede determinarse solo observando y hablando con el paciente.

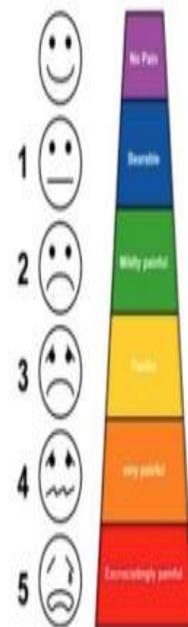
Escala visual-analógica (EVA)

Graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor, es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone. Por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas.

También se puede aplicar a otras medidas de calidad de vida.



Pain Intensity Scale



INTERVENCION PSICOLÓGICA

Depresión

La mayoría de los pacientes terminales experimentan algunos síntomas depresivos, algunos pacientes se hacen reproches sobre su vida, mientras que otros pueden estar preocupados por cuestiones legales, sociales o económicas.

El uso del apoyo psicológico:

1. Se debe recomendar al paciente de que exprese sus preocupaciones y sentimientos es el mejor método y el más sencillo.
2. Ayudar al paciente y a la familia a resolver cualquier asunto pendiente puede reducir la ansiedad.
3. Se deben probar los antidepresivos en los pacientes con una depresión clínica persistente

Estrés

La proximidad de la muerte es más preocupante cuando no es un suceso inesperado o cuando los conflictos interpersonales impiden que el paciente y sus familiares compartan los últimos momentos. Estos conflictos pueden producir un sentimiento de culpabilidad o una incapacidad para controlarse entre los familiares y puede producir angustia al paciente. El paciente puede tener una imagen corporal alterada y una pérdida del autoestima, miedo al abandono o separación, ansiedad y sentimientos de desesperanza.

La manera más adecuada de tratar el estrés en pacientes y familiares es con compasión, información, consejo e incluso psicoterapia breve y durante periodos cortos.

PROBLEMAS SOCIALES

Problemas económicos

La cobertura financiera de las personas que van a fallecer es problemática. En estados unidos, las normas de los seguros médicos excluyen el tratamiento de soporte excepto en el ámbito de los hospitales para enfermos terminales. Sin embargo, no todos los pacientes deben tratarse en un centro de este tipo, y los médicos suelen ser reacios a certificar el pronóstico a 6 meses necesario para la cobertura. Incluso aunque exista una necesidad evidente de cuidados de enfermería avanzados. Pueden ser imposibles para conseguir la

admisión en un centro adecuado para un paciente con enfermedad terminal que va a generar costes muy elevados a corto plazo. Los médicos deben conocer las implicaciones económicas y sus efectos a la hora de tomar una decisión.

Problemas éticos y legales

La mayor parte de los tratamientos médicos para acelerar la muerte tiene como objetivo aliviar el dolor o el sufrimiento psicológico, este abordaje se debe considerar una buena atención médica y no un homicidio o suicidio asistido.²⁶

Apoyo espiritual

Es muy importante cuando se aborda la muerte, aunque no todos los pacientes se identifican con la fe o la creencia religiosa específica, la mayoría tiene la necesidad de un significado en sus vidas, particularmente cuando experimentan una enfermedad terminal.

La enfermera tiene la responsabilidad de garantizar que se atiendan las necesidades espirituales del paciente, median una intervención directa u organizando el acceso a personas que pueden suministrar la asistencia espiritual. Las enfermeras deben ser conscientes de su propia comodidad con los aspectos espirituales y deben tener clara su propia capacidad de interactuar de forma constructiva con el paciente.

Las intervenciones específicas pueden incluir facilitar la expresión de los sentimientos, oración, meditación, lectura y discusión con los clérigos adecuados con un asesor espiritual.²⁷

3.4 MIEDOS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL

El miedo es una de las emociones más predominantes ante la muerte. Se dice que la mayoría de nuestros miedos son creados por nuestra mente, por el tipo de ideas que permitimos que se alojen en ella, y que estas pueden ser transformada al cambiar nuestros pensamientos.

Es conveniente reconocer estos miedos para poder manejarlos cuando se presentan en el tanatólogo, así como para comprender lo que el enfermo y su familia está viviendo.

²⁶ Ed Marck H. Beers, M.D y Robert B. El manual Merck “Diagnóstico y tratamiento”. Décima edición;; Pág. 2520-2522

²⁷ Ed. Pearson, Fundamentos de enfermería “Conceptos, proceso y práctica”; Vol. II; 8va Edición. Pág. 1095

Miedos del enfermo en fase terminal.

1. Miedo ante la pérdida del control (la persona siente que ha perdido el control de su vida)
2. Miedo a la dependencia: cuando el enfermo se da cuenta de lo crítico de su enfermedad, el miedo a perder su independencia llega a ser muy fuerte.
3. Miedo a lo desconocido: las personas creyentes pueden manejar este miedo.
4. Miedo a la destrucción: la destrucción del cuerpo.
5. Miedo a la soledad: el aislamiento y privación del contacto humano.
6. Miedo a perder el autocontrol: cuando se agrava la enfermedad, va creciendo la dependencia.
7. Miedo al dolor: miedo a estar viviendo de sufrimiento en sufrimiento.
8. Miedo a la pérdida de identidad: los ven como expedientes no como personas.
9. Miedo a la regresión de Yo: el ego pelea constantemente contra la regresión dentro de su pérdida del YO.
10. Miedo a que su vida haya carecido de significado.
11. Miedo al estigma (miedo de que otras personas reaccionen evitando tener contacto con ellos.

Los miedos más frecuentes del familiar:

1. De perder al ser querido.
2. De que el ser querido sufra.
3. De que el ser querido tenga miedo.
4. De no poder ayudarlo.
5. A no poder estar cerca de él.
6. A no tener esperanzas.
7. A no hacer lo correcto.
8. A no poder decir la verdad.
9. A los gastos.
10. Al futuro impredecible.
11. A la soledad.
12. Al desamparo.
13. A que el tratamiento no sea el adecuado.
14. A tener que demostrar sus miedos.
15. A no ser lo suficientemente fuerte.
16. De no poder participar en su cuidado.

CAPITULO 4.

4.1 ¿QUÉ ES EL DUELO?

El perder o dejar algo genera en nosotros una transformación, la cual se traduce en una etapa de dolor. Todos los seres humanos cambiamos a cada instante, lo cual conlleva a abandonar lo que antes éramos o lo que antes teníamos, vamos dejando o perdiendo personas, lugares, cosas y/o etapas de nuestra vida, que aunque sea por voluntad propia generan en nosotros nostalgia o tristeza, llamándole a este proceso de pérdida “duelo”.

La palabra duelo proviene de dos vocablos latinos: Dolus, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción y Duellum, variante fonética arcaica de bellum, que significa batalla, desafío, combate.

Se define como:

“El proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido”.

El duelo puede ser experimentado ante cualquier pérdida y no necesariamente implica la muerte de un ser querido.

El duelo es un proceso, y no un estado, natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso.

Como señalan Pérez et al. (2000), gráficamente se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez, generalmente, de menor intensidad.²⁸

El luto y el duelo son formas de vivencia social dramática de la muerte de un ser querido, la función del luto es expresar la tristeza y el dolor que siente el vivo por la partida o desaparición física de un familiar o amigo.

Duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido y proviene del latín dolos que significa dolor. También es estado en el que el individuo transmite o experimenta una respuesta humana natural que implica reacciones psicosociales y psicológicas a una pérdida real o subjetiva (personal, objeto, función, status, etc.).

Para Posada, es la respuesta psicológica sentimiento y pensamiento que se presenta ante la pérdida de un ser querido; por lo tanto es fundamental entender el duelo como un proceso en movimiento, con cambios y múltiples posibilidades de expresión y no como un estado estático con límites rígidos.

²⁸ Ortego, M. d., Lopez, S., & Alvez., M. L. (s.f.). El duelo. *Artículo Ciencias psicosociales*.

Jorge Bucay, en su libro *“El camino de las lágrimas”* presenta su propio concepto:

“El duelo es el doloroso proceso normal de elaboración de una pérdida, tendiente a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad”

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia.

La magnitud del duelo ante la muerte de un ser amado va a estar relacionado a varias situaciones, como: al tipo de muerte de la persona, ya que no se vive este proceso de la misma forma cuando la muerte se da de manera imprevista a causa de algún accidente o si con meses o años de anticipación se recibe la noticia de que el sujeto tienen alguna enfermedad terminal, ya que en éste último caso, se permite elaborar el proceso antes de que el ser querido muera, así como también da oportunidad de que tanto él como sus familiares y amigos puedan concluir sus asuntos pendientes. En el momento de enfrentar la pérdida, también influye el temperamento de la persona que recibe la noticia, el papel que tenía para él o para el grupo la persona que falleció, los valores, las creencias y el tipo de relaciones familiares y de amistad que mantenga (redes de apoyo).

Es importante vivir el duelo, ya que la negación o el estancamiento pueden tener efectos considerables en el doliente. Cuando se vive el duelo aceptando el proceso, puede decirse que es la forma ideal de recuperarse de éste, ya que su función es precisamente restituir o sanar y aunque cada persona vive su sufrimiento de diferente forma, el aceptar el dolor será siempre el mejor camino. Cuando no se expresan las emociones que la pérdida ha traído consigo, las personas suelen quedarse atoradas en duelos difíciles. Estas emociones pueden ir desde la tristeza hasta el enojo con el destino, con las mismas personas que se fueron o con Dios mismo. En el caso de los familiares y amigos, es necesario dejar que la persona manifieste libremente su dolor con respecto a su pérdida, sin embargo, en muchas ocasiones cuando menciona su tristeza es reprimido por los demás y al obtener esa respuesta no lo vuelve a mencionar quedando entonces como un duelo no cubierto, lo que ocasiona que el duelo se prolongue o que se presenten conductas sintomáticas.²⁹

El duelo es un proceso normal que suele iniciarse ante una muerte anticipada. Para el paciente suele comenzar con rechazo causado por miedo a la pérdida de control, separación, sufrimiento, un futuro incierto y perdido de sí mismo. El personal puede ayudar al paciente a aceptar su pronóstico escuchando sus necesidades, ayudándole a comprender

²⁹ Gutiérrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reacción ante la muerte en la cultura del México actual".

Investigación y saberes, 4.

que puede mantener el control, explicándole como va a evolucionar la enfermedad y como se producirá la muerte y asegurándole que los síntomas físicos se van a poder controlar.

También la familia puede necesitar apoyo para manifestar su pesar. Cualquier miembro del equipo sanitario que conozca al paciente y a su familia puede ayudarlos durante este proceso y dirigirlos hacia los servicios profesionales que sean necesarios. Los médicos y otros profesionales necesitan desarrollar protocolos que aseguren el seguimiento de los miembros de la familia afectada.³⁰

DUELO INDIVIDUAL

Se describen 3 fases (Lindenmann, Brown, Schulz):

1.- Fase inicial o de evitación.

Reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del psiquismo, que perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación. Dura horas, semanas o meses. Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente.

Inicia el proceso de duelo el poder ver el cuerpo. Lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

2.- Fase aguda de duelo.

Puede durar 6 meses o más. Existe agudo dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso seudo-alucinaciones, actitudes contrarias en las posesiones del muerto (se mantienen o se hacen desaparecer), la rabia emerge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos. Estas sensaciones disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios.

Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación (aspectos positivos y negativos).todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase.

³⁰ Ed Marck H. Beers, M.D. y Robert Berkow, M.D. Manual de Merck de diagnóstico y tratamiento, décima edición

3.- Resolución del duelo - Fase final.

Gradual reconexión con vida diaria. Estabilización de altibajos de etapa anterior.

Energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla. Cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperados.

DUELO EN EL SISTEMA FAMILIAR

Bolwby establece que el duelo transita por 2 estadios posibles:

1. **Desorganización:** irrupción de afectos (etapas de shock, negación y rabia) hace que sea de paso a una renegociación de sistemas relacionales.
2. **Organización del sistema:** comienza cuando la certeza de la pérdida hace posibles nuevas realidades relacionales. Importante también es la red social que mantiene la familia. El médico puede formar parte de esta red.³¹

4.2 TEORÍAS DEL DUELO

Por consiguiente, las teorías ofrecen sistemas de referencia que ayudan a comprender el concepto y la dinámica del proceso de duelo. Cada teoría comprende una serie de fases o etapas por las que pasa el sujeto para resolver el duelo.

Sigmund Freud, con "Duelo y Melancolía", fue el primero en elaborar una teoría del duelo clara y sólida. Afirmaba que el sufrimiento de la persona en duelo es debido a su apego interno con la fallecida. En este trabajo Freud también sostenía que el objetivo del duelo es separar estos sentimientos y apegos del objeto perdido. Como resultado de un proceso de duelo el yo queda liberado de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otra persona viva. Este aspecto del desapego de la teoría ha sido cuestionado por evidencias clínicas y empíricas. Hay muchos analistas que admiten, en contextos informales, que la manera como hacen el duelo sus pacientes no coincide con la descripción de la teoría del desapego.

En 1944 *Lindemann* describe las siguientes fases en el duelo inmediato: problemas somáticos, preocupaciones relacionadas con la imagen del fallecido, culpa, reacciones hostiles y pérdida de patrones de conducta.

³¹ Magdalena Pérez Trenado. Duelo; Proceso individual, proceso familiar, proceso social.

<http://espanol.free-ebooks.net/tos.html>

Bolwsby ha sido un estudioso del tema del apego y la pérdida, él realiza una clasificación que ordena el proceso del duelo, distinguiendo cuatro fases:

- 1) Fase de embotamiento, que dura habitualmente entre algunas horas y una semana y que puede ser interrumpida por descarga de aflicción o de ansiedad extremadamente intensas.
- 2) Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida, que dura varios meses y con frecuencia, años. Muchas de las características de esta fase han de ser consideradas, no sólo como aspectos de pesar, sino también de la búsqueda efectiva de la figura pérdida, que va unida al comportamiento de apego que es una forma de conducta instintiva que se desarrolla en la persona como un componente normal y sano. En tal caso, siempre que una figura a la que se está apegado está inexplicablemente ausente, la ansiedad de separación como respuesta natural es inevitable.
- 3) Fase de desorganización y desesperación: Algún tiempo después de la pérdida, al imponerse la noción de la realidad, se intensifican los sentimientos de desesperanza y soledad, la persona acepta finalmente la muerte y cae inevitablemente en una etapa de depresión y apatía.
- 4) Fase de un grado mayor o menor de reorganización: esta última fase se inicia aproximadamente luego de un año de ocurrida la pérdida.

El duelo se encuentra en condición de aceptar la nueva situación y es capaz de redefinirse a sí mismo y al nuevo contexto, el cual no incluye a la persona perdida. Esta redefinición de sí mismo es tan penosa como determinante, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y volver a la situación previa. Hasta que no se logra esta nueva definición, no pueden hacerse planes de futuro.

Llama la atención, lo propuesto por Worden (20), quien refiere que una de las dificultades al usar el enfoque de las etapas en el proceso de duelo es que las personas no atraviesan etapas en serie; un enfoque alternativo es el utilizado por Bowlby, Parkes donde definen fases para las etapas del duelo, al igual que las etapas, se encuentran solapamientos entre las distintas fases y son poco diferentes.

Este autor expone que utilizar el concepto de tareas para entender el proceso del duelo es más acorde ya que implica que la persona en duelo ha de ser activa y puede hacer algo en su recuperación.

Las cuatro tareas del duelo propuestas por Worden son:

Tarea I. Aceptar la realidad de la pérdida: hay que aceptar que la persona está muerta, se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos en esta vida, llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional; los rituales como el funeral ayudan a muchas personas a encaminarse hacia la aceptación; tarea II trabajar la emociones y el dolor de la pérdida: es necesario reconocer y trabajar el dolor emocional y conductual o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional.

Tarea II. No se completa adecuadamente, puede que sea necesaria una terapia más adelante, en un momento en que sea difícil retroceder y trabajar el dolor que ha estado evitando

Tarea III. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y los roles que desempeñaba. Para muchas viudas y viudos cuesta un periodo darse cuenta cómo se vive sin sus maridos y sus esposas, entender que deben asumir el rol que era ejercido por estos en el hogar, las personas al asumir los roles debe desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido del mundo.

Tarea IV. Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo: para muchas personas esta es la más difícil de completar, se quedan bloqueados en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida, en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida. La tarea del asesor se convierte entonces, no en ayudar la persona a renunciar al cónyuge fallecido, sino en ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Ha surgido un nuevo modelo teórico del duelo que puede verse como una alternativa o como producto de la evolución de la corriente teórica clásica:

Niemeyer realiza un análisis del proceso del duelo desde una perspectiva constructivista. Este autor define duelo: "Como una reconstrucción de significados y destaca lo particular y lo activo en el proceso de duelo, a diferencia de lo universal y pasivo de los autores más tradicionales".

La elaboración del duelo está determinada no sólo por las emociones, sino también por el contexto relacional y los significados únicos del doliente, los que tienen que ser reconstruidos después de la pérdida. La cultura y las creencias espirituales son determinantes relevantes del significado particular de la pérdida para cada persona. En términos del trabajo de duelo, este nuevo enfoque plantea, al igual que la postura más tradicional, que se necesita reconocer la realidad de la pérdida y abrirse al dolor. La diferencia se presenta principalmente en lo que se ha llamado fase de reorganización o restablecimiento, cuyo objetivo está determinado en forma importante por la concepción de lo que es un duelo

elaborado. La propuesta de Niemeyer fundamentalmente permite una mayor amplitud en los procesos que llevan la elaboración.

Esta amplitud significa que no necesariamente el duelo debe dejar ir o renunciar a la relación con la persona desaparecida; la mayoría de los deudos sigue sintiendo la presencia de la persona fallecida y manifiestan que esto les proporciona consuelo y les anima a seguir con su propia vida, las personas manifiestan tener sensaciones asociadas a la presencia de su deudo y que sienten inclusive cómo se sienta en su cama. Estas evidencias son incorporadas por Niemeyer, quien postula que la muerte transforma las relaciones con la persona querida, en lugar de ponerles fin. Esto implicaría que no es necesario distanciarse de los recuerdos del ser querido, sino convertir una relación basada en la presencia física en otra basada en la conexión simbólica, conservando esta relación que fue fundamental para nosotros en el pasado, podemos dar continuidad a una historia vital interrumpida por la pérdida, emprendiendo el duro trabajo de inventar un futuro lleno de sentido.

Por otra parte, se postula una reconstrucción de significados que permite contemplar las creencias particulares, teniendo como telón de fondo la cultura a la que uno pertenece, sin connotaciones a priori de anormalidad. Por último, la amplitud en la elaboración del duelo permite incluir el crecimiento. El mundo de la persona queda transformado por la pérdida. La reconstrucción de un nuevo mundo de significados que tenga sentido no necesariamente lleva a la normalidad previa a la pérdida, sino que da la oportunidad de llegar a un estado de mayor desarrollo personal.

Por último y sobre la base de lo expuesto, concluyo este escrito manifestando que sin duda hay que elaborar el proceso del duelo, a través del cumplimiento de sus tareas que se deben hacer por completo y a la medida de nuestras capacidades. Hay que aceptar la realidad de la pérdida por difícil que sea, así como expresar completamente todos los sentimientos respecto a ella. Posteriormente se debe aprender a vivir sin el ser querido para luego volver a interesarse por la vida y los que aún están vivos, así el ser humano reencontrará su sentido de la vida y podrá continuar vivo y motivado a pesar de las condiciones y no gracias a ellas. No debemos olvidar que el personal Médico y de Enfermería debe valorar la capacidad y los recursos que tiene la persona en duelo para poder hacer frente a sus pérdidas. Por medio de la estimulación de niveles de respuesta eficaces y del apoyo físico y emocional, sin olvidar que la integración a grupos de autoayuda también dará beneficios para la superación del duelo.³²

³² Oviedo Soto, S., & Parra Falcon, F. M. (2009). "La muerte y el duelo". *Revista Enfermería Global*(15), 5-7.

4.3 CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

H.I. KAPLAN, reconocido psiquiatra y autoridad mundial sobre el tema, define así las características de un duelo normal:

- ❖ Aturdimiento y perplejidad ante lo ocurrido
- ❖ Dolor y malestar , llanto y suspiro
- ❖ Sensación de debilidad
- ❖ Pérdida de apetito , peso y sueño
- ❖ Dificultad para concentrarse y hablar entre otros
- ❖ Sentimiento de culpa
- ❖ Negación , como si la persona fallecida no hubiera muerto
- ❖ Ilusiones con sensaciones de presencia
- ❖ Algunos fenómenos de identificación con el ser ausente

4.4 OBJETIVO DEL TRATAMIENTO DEL DUELO

El tratamiento del duelo es normalizar las funciones y las acciones del doliente que han sido alteradas por el fallecimiento del ser querido; para lograrlo se necesitan dos acciones fundamentales: la primera es darse tiempo y la segunda es darse permiso para ser auténtico esto es, viviendo de una manera natural y honesta las emociones y los sentimientos.³³

4.5 ETAPAS DEL DUELO POR LA DOCTORA KUBLER ROSS

Las etapas de morir para Kubler- Ross, psiquiatra que trabaja con gente moribunda y luego de hablar con casi 500 pacientes terminales describió en 1969 – 1970, cinco etapas en términos de la proximidad de la muerte:

Etapas del duelo según la Dra. E. Kubler Ross

1) Negación y aislamiento: la negación nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronta será sustituida por una aceptación parcial: “no podemos mirar al sol todo el tiempo”.

2) Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los por qué. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente. Suelen quejarse por

³³ Posada, S. R. (s.f.). *El manejo del duelo*. Norma S.A.

todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

3) Pacto: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4) Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza. Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste.

Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo.

5) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida del hijo y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Esperanza: es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

La autora expresa que aunque generalmente estas etapas son dadas en el orden identificado y son comunes en todos los seres humanos cuando nos vemos obligados a ajustarnos a los cambios en nuestras vidas sean positivos o negativos, no podemos perder de vista que las personas somos seres únicos, no todas pasan por estas etapas en la misma forma ni con la misma duración, quizá nos encontremos en una etapa y regresemos constantemente a otra.

CAPITULO 5.

5.1 VOLUNTAD ANTICIPADA

Es la decisión personal de ser sometido o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando se encuentre en etapa terminal y por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

La voluntad anticipada es el 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.³⁴

Espíritu de la Ley:

“Contribuir a que la persona pueda vivir con dignidad hasta el último día de su vida.”

OBJETIVO:

- ❖ Evitar la Obstinación terapéutica la cual se define como la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles con el objetivo de alargar la vida en situación de agonía.
- ❖ Proteger la dignidad de la persona en etapa terminal, proporcionando las mejores condiciones disponibles para que pueda tener una muerte digna mediante el otorgamiento de cuidados paliativos durante toda la fase de la vida.

¿Cómo se logra?

Otorgando cuidados paliativos; Art. 3, Inciso XIII, Ley de Voluntad Anticipada³⁵

Beneficios de la Ley de Voluntad Anticipada

- I. Respalda el derecho del paciente a decidir sobre los cuidados que recibirá en la última etapa de su vida

³⁴ <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/voluntadanticipada.html>

³⁵ <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

- II. Permite que los familiares y el personal de salud se enfoquen en la mejor atención disponible para el paciente
- III. Ayudar a disminuir costos de atención hospitalaria para el paciente y familia
- IV. Ayuda a reducir el desgaste en familiares y cuidadores
- V. Los familiares y cuidadores reciben información por parte del personal de salud para la correcta atención del paciente en casa
- VI. El paciente tiene la posibilidad de morir en el lugar que más le convenga (hospital-casa) recibiendo la mejor atención disponible.³⁶

5.2 EUTANASIA

Etimológicamente eutanasia significa “Buena muerte y con ese sentido aparece ya en varios contextos clásicos antiguos, con la significaciones de una muerte sin dolor y paz, aunque en nuestros días se ha convertido en un término y una discusión estelar, utilizado en diferentes contextos con valoraciones éticas y jurídicas muy distintas, pero, sorprendentemente, todas alejadas de la significación etimológica y original.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua, en su vigésimo segunda edición (2001) ofrece dos definiciones de eutanasia:

1ra. “La acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él”.

2da. “Muerte sin sufrimiento físico”

DIEZ RIPOLLES J.L., Define la eutanasia como aquel comportamiento que , de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y/o le afecta considerablemente a su calidad de vida , da lugar a la producción, anticipación, o no aplazamiento de la muerte del afectado.

Por lo tanto, los elementos que integran el concepto son:

- I. Una situación vital muy penosa para el sujeto, afectado de alguna enfermedad incurable que le causa unos graves e insufribles dolores.
- II. Una petición de muerte por parte de dicha persona
- III. La conducta del tercero que le causa la muerte³⁷

³⁶ http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

³⁷ Luis Gonzales Moran; “De la bioética al bioderecho”; Libertar, Vida y Muerte; Editorial Dykinson S.L.; 2006; Pag. 859-860

La palabra eutanasia proviene de la raíz griega eu, que significa bueno, verdadero, y del vocablo thanatos, que quiere decir muerte. Aparentemente, en su sentido original significaba “muerte sin dolor, una muerte feliz, una muerte dulce y sin sufrimiento”

La acepción de “buena muerte” fue utilizada por primera vez por Francis Bacon a finales del siglo XVI, en un sentido que no dista mucho del significado actual.

Según el Oxford English Dictionary:

“Eutanasia es la acción de inducir una muerte suave y tranquila.

La definición proporcionada en el diccionario Webster es aceptable por ser un poco más completa y precisa:

“Eutanasia es el acto de proporcionar una muerte sin dolor a las personas que sufren enfermedades incurables”

Clasificación:

Las divisiones clásicas de la eutanasia se utilizan sobre todo en las áreas de la moral y la bioética, atienden al modo como se lleva a cabo:

- I. Eutanasia activa o pasiva: Es la que surge como resultado de una acción encaminada a procurar la muerte del paciente.

Según Bernhard Haring: “Es la institución planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte antes”

Según Paul Sporken: -“Consiste en la intervención en el proceso de morir”

- II. Eutanasia pasiva o negativa: consiste en abstenerse de proporcionar un tratamiento
- III. Eutanasia negativa: Es la suspensión de tratamiento cuando se considera que, más que prolongar la vida, este prolonga la agonía.
- IV. Eutanasia directa: es la realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente.
- V. Eutanasia indirecta: la acción en que la muerte o la abreviación de la vida puede resultar como efecto secundario no pretendido en sí. ³⁸

³⁸ Daniel Behar; “Cuando la vida ya no es vida “¿EUTANASIA?; Editorial Pax México; 2007; 1ra Edición. Pág. 12

Se entiende que conceptual de manera completa “eutanasia”, “distanasia” y “ortotanasia” no es fácil, considerando la complejidad del tema. Sin embargo, en un ambiente de trabajo en el cual, frecuentemente, el profesional puede encontrarse con algunas de esas situaciones, conocer el tema es de extrema importancia. La eutanasia, actualmente, está conceptualizada como la retirada de la vida del ser humano por consideraciones humanísticas con la persona o con la sociedad.

5.3 DISTANASIA:

Se refiere a la prolongación innecesaria del sufrimiento de una persona con una enfermedad terminal, mediante tratamientos o acciones que de alguna manera “calman” los síntomas que tiene y tratan de manera parcial el problema, pero con el inconveniente de estar prolongando la vida sin tomar en cuenta la calidad de vida del enfermo.

5.4 ORTOTANASIA:

Vocablo nuevo de la tanatología acuñado en la última década, consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte en corto plazo, se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo, se continúa con las medidas beneficiadas que disminuyen o suprimen el dolor y otras molestias, se procura que el paciente esté cómodo, movilizándolo, alimentándolo, realizando aseo y las curaciones que sean necesarias, se administran sedantes y analgésicos con la frecuencia que requiera.³⁹

³⁹ Gaceta Médica de México; Art. “La bioética ante la muerte”; vol. 137, Núm. 3 ; mayo- junio 2001, Pág. 273

HIPÓTESIS

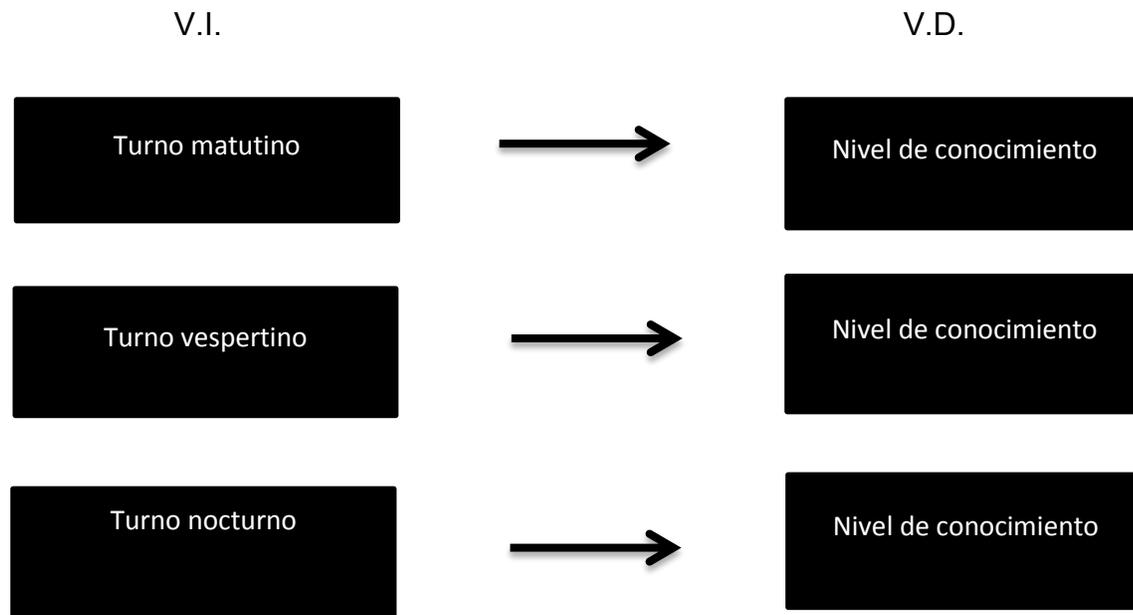
Los enfermeros del Hospital General de México del turno matutino de las unidades de Medicinas Internas presentan un mayor nivel de conocimientos en comparación a los enfermeros del turno vespertino y nocturno.

DISEÑO DE ESTUDIO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre la tanatología del personal de enfermería de las Unidades de Medicinas Internas de los diferentes turnos en el Hospital General de México?

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES



DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: **Nivel de conocimiento**

Definición conceptual: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

Escala de medición: Ordinal Cualitativo

Unidad de medición: Alto 81 - 100
Medio 70 -80
Bajo <70

Variable Independiente: **Turno matutino**

Definición conceptual: La palabra matutino se emplea generalmente para referirse a aquello que es propio de las horas de la mañana o que está vinculado con las mismas.

Escala de medición: Ordinal Cualitativo

Unidad de medición: Matutino
Vespertino
Nocturno

Variable independiente: **Turno vespertino**

Definición conceptual: es un adjetivo que hace referencia; a aquello perteneciente o relativa a la tarde.

Escala de medición: Ordinal Cualitativo

Unidad de medición: Matutino
Vespertino
Nocturno

Variable independiente: **Turno nocturno**

Definición conceptual: aquello que tiene lugar durante la noche, luego de la tarde.

Escala de medición: Ordinal Cualitativo

Unidad de medición: Matutino
Vespertino
Nocturno

Variable: **EDAD**

Definición Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona

Escala de medición: Escalar

Unidad de medición: Años

Variable: **GÉNERO**

Definición conceptual: Característica genotípica que divide a los seres humanos en dos grupos sexuales.

Escala de medición: cualitativa nominal

Unidad de medición: H – Hombre

M – Mujer

Variable: **ESTADO CIVIL**

Definición conceptual: Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra.

Escala de medición: Nominal cualitativa

Unidad de medición: Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Unión libre

Otros

Variable: **NIVEL PROFESIONAL**

Definición conceptual: Empleo o trabajo que el ser humano ejerce y por el recibe una retribución económica.

Escala de medición: Cualitativa Nominal

Unidad de medición: Enfermera auxiliar

Enfermera general

Licenciatura en enfermería

Enfermera especialista

Variable: **EXPERIENCIA LABORAL**

Definición Conceptual: Práctica prolonga en el trabajo o tiempo laborado en años

Escala de medición: Escalar

Unidad de medición: 1 año

2 a 5 años

Más de 5 años

Variable: **ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN**

Definición conceptual: Periodo transcurrido desde el día en que se obtuvo algún empleo.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Años

Variable: **CAPACITACIÓN / INTERVENCIONES EDUCATIVAS**

Definición Conceptual: Estrategia puesta en acción cuyo proceso u objetivo intenta mejorar e interferir en los conocimientos del individuo.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Si
No

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Variable: **CIENCIA TANATOLÓGICA**

Definición Conceptual: Es un estudio interdisciplinario del moribundo y de la muerte.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Si
No

Variable: **OBJETIVO DE LA TANATOLOGÍA**

Definición Conceptual: Principio primordial que pretende o está enfocado.

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medición: SI
NO

Variable: **LABOR TANATOLOGÍA**

Definición Conceptual: Consiste el procurar el bien morir, cubriendo y apoyando según las necesidades del paciente.

Aspectos: Apoyo
Acompañamiento
Consejería

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: Totalmente de acuerdo
En desacuerdo
Indiferente

Variable: **PIONERA DE LA TANATOLOGÍA**

Definición Conceptual: Persona que empezó a estudiar a la muerte, a las personas moribundas y los cuidados paliativos “Elizabeth Kubler Ross”

Escala de Medición: Intervalar cuantitativa

Unidad de Medición: Tanatologo Weissman
Dr. George Engel
E. Kubler R.

Variable: **LA MUERTE**

Definición Conceptual: Es el cese o terminación de la vida, y la ausencia de los signos fisiológicos vitales.

Aspectos: Muerte clínica
Muerte encefálica
Muerte súbita

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: Cese o terminación de la vida
El principio de una nueva vida
Estado por el cual todos los seres humanos pasaremos

Variable: **ESTADO AGÓNICO**

Definición Conceptual: Es un estado que precede a la muerte, y agotamiento total de las reservas fisiológicas, que progresa de forma irreversible.

Aspectos: Deterioro físico
Alteración del nivel de conciencia
Pérdida de tono
Enlentecimiento de la circulación

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: De acuerdo
En desacuerdo
Indiferente

Variable: **CARACTERÍSTICAS DE LA MUERTE**

Definición Conceptual: Es el valor propio que se da a la muerte

Aspectos: Universal
Natural
Única
Definitiva
Necesaria

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: parcial, cotidiana, innecesaria, temporal
Universal, natural, necesaria, única
Indefinida, indeterminable, adecuada

Variable: **ENFERMO TERMINAL**

Definición Conceptual: Es la persona desahuciada, moribunda; que es diagnosticada por el médico y que tiene la probabilidad de morir.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Si
No

Variable: **HOSPICE**

Definición Conceptual: Es un centro de atención a los enfermos terminales, se crean para buscar un acercamiento positivo y donde se interactúa con un equipo interdisciplinario.

Escala de Medición: Nominal Cualitativo

Unidad de Medición: Cierto
Falso

Variable: **DERECHOS DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL**

Definición Conceptual: Es un orden normativo que protege y apoya a los pacientes

Escala de Medición: Nominal Cualitativo

Unidad de Medición: Si
No

Variable: **MEDICINA PALIATIVA**

Definición Conceptual: Es la asistencia sanitaria que se presenta a las personas a las que padecen una enfermedad progresiva, en situación avanzada o terminal.

Aspectos: Ayuda en síntomas físicos
Apoyo emocional
Apoyo social
Apoyo espiritual

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Correcta
Incorrecta
Indiferente

Variable: **OBJETIVO DE MEDICINA PALIATIVA**

Definición Conceptual: Se enfoca al control de los signos y síntomas físicos que presenta el paciente en tu etapa terminal.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: Cierto
Falso

Variable: **CUIDADOS PALIATIVOS**

Definición Conceptual: Son una serie de técnicas que se le brindan al paciente en etapa terminal.

Aspectos: Asistencia total
Asistencia activa
Asistencia continúa

Escala de Medición: nominal cualitativa

Unidad de Medición:

Pacientes terminales cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo
Pacientes terminales cuya enfermedad si responde al tratamiento curativo
Pacientes terminales con tratamientos curativos

Variable: **DUELO**

Definición Conceptual: Proceso por el que atraviesa una persona ante la enfermedad o ante la muerte de un ser querido.

Escala de Medición: Nominal Cualitativa

Unidad de Medición: De acuerdo
En desacuerdo
Indiferente

Variable: **OBJETIVO DEL DUELO**

Definición Conceptual: Normalizar las funciones y las acciones del doliente que han sido alteradas por el fallecimiento del ser querido.

Acciones fundamentales:

- Darse tiempo
- Darse permiso de ser auténtico

Escala de Medición: Nominal

Unidad de Medición: Totalmente en desacuerdo.
En desacuerdo.
Indiferente.
De acuerdo.
Totalmente de acuerdo.

Variable: **ETAPAS DEL DUELO**

Definición Conceptual: Describe los procesos por los que pasa una persona ante la pérdida de su ser querido.

Aspectos: Negación
Ira
Negociación
Depresión
Aceptación

Escala de Medición: nominal

Unidad de Medición: CIERTO-FALSO

METODOLOGÍA:

En el presente trabajo se investigó el Nivel de Conocimiento sobre Tanatología, en el personal de enfermería adscrito al área de Medicina Interna de los diferentes pabellones (103-108-110) así como de los diferentes turnos laborales (matutino, vespertino y nocturno) del Hospital General de México; con una muestra de 66 enfermeros (as) a los cuales se les aplicó un instrumento que constó de 20 reactivos dividido en tres secciones; la primera sección incluyó datos personales del personal encuestado, la segunda sección de datos laborales y la tercera sobre la materia de Tanatología, para medir el nivel de conocimiento del personal laboral, así como indagar sobre la aplicación de dichos conocimientos en su práctica profesional diaria con sus pacientes y sus familiares.

TIPO DE ESTUDIO

- De acuerdo con el periodo en que se capta la información, el estudio es retrospectivo porque cuya información se obtuvo anteriormente a su planeación con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretende realizar.
- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado, el estudio es transversal; estudio en el cual se mide una sola vez las variables.
- De acuerdo con la comparación de las poblaciones, el estudio es comparativo; estudio en el cual existen dos o más poblaciones y donde se quieren comparar algunas variables para constatar una o varias hipótesis centrales.
- De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, el estudio es observacional; estudio en el cual el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

UNIVERSO DE TRABAJO

N= Personal de enfermería de las unidades de las medicinas internas del Hospital General de México.

TÉCNICA PARA EL CONTROL DE LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS

Por lo anterior la técnica para controlar las diferencias entre los sujetos será la selección homogénea ya que esta consistirá en hacer que los grupos sean comparables de una variable extraña.

TÉCNICA PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS

La técnica para controlar las diferencias situacionales es la aleatorización porque se les dará la misma oportunidad a los sujetos de ser seleccionados.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
Con base.	Sin base	Que no contesten el cuestionario completo.
Medicina interna 110, 108, 103.	otros servicios	Cuestionario incompleto.
Con antigüedad mínimo 2 años.	Con antigüedad menor a 2 años.	Pérdida de cuestionario.
Contesten cuestionario completo.	Sin contestar cuestionario.	
Antigüedad institucional de ≥ 3 años.	< 3 años.	

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

La característica del grupo experimental es en grupo formado por los sujetos del estudio que cumplen con los criterios y reciben la acción de la variable independiente.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO CONTROL

La características del grupo control grupo formado por los sujetos del estudio que cumple con los criterios de inclusión y que no recibe la acción de la variable independiente (reciben la acción de la variable independiente secundaria).

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El procedimiento que se utilizará para obtener la muestra es que se captará a todo el personal de enfermería del Hospital General de México que cumpla con la característica de pertenecer a la unidad de medicina interna 110, 108 y 103, personal de los diferentes turnos matutino, vespertino y nocturno.

ÁMBITO GEOGRÁFICO:

El Hospital General de México es una institución de asistencia pública perteneciente a la Secretaría de Salud de México forma parte de una red de 6 hospitales que presten salud pública en la zona central del País, se encuentra ubicado en la colonia Doctores a unos pasos de la estación Hospital General de la línea 3 del metro de la ciudad de México.

El Hospital General de México cuenta con especialidades como Oncología, clínica del dolor, Gastroenterología, Medicina Interna, Dermatología, Nefrología, Urología, Ginecología, Cirugía General, Oftalmología, Geriátría, Infectología, Reumatología, Psicología y Nutrición

Se llevará a cabo en una unidad del sector salud “Hospital General de México” en las Unidades de Medicina interna 110, 108 y 103, de los respectivos turnos laborales (turno matutino, turno vespertino y turno nocturno).

LOS RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARÁN

- Pasante de la Lic. Enfermería y Obstetricia Felipe Hidalgo Guadalupe
- Pasante de la Lic. Enfermería y Obstetricia Díaz García Diana Paola

LOS RECURSOS MATERIALES

Para la presente investigación los materiales que se utilizarán son propios de la institución.

EI FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

El presente estudio es autofinanciable por los propios recursos de la institución.

EL LÍMITE DE TIEMPO EN LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación 27 de septiembre del 2013 al 20 de julio del 2014

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El presente trabajo se inicia con la elaboración del protocolo, donde se inicia haciendo la pregunta de investigación y de ahí se formulan los objetivos, posteriormente se inicia el planteamiento del problema con las variables independientes y dependientes del estudio de investigación. Se continua con el marco teórico así como los antecedentes ; se continua con la definición operacional y las escalas de medición de las variables; posteriormente se elabora la hipótesis, se describe el tipo de estudio así como el universo de estudio que se toma en cuenta para la presente investigación, continua con las técnicas aplicadas para el control de las diferencias de los sujetos en estudio así como las diferencias situacionales; se selecciona los criterios de inclusión , no inclusión y exclusión que participarán en dicho estudio, se describe las características del grupo experimental , así se describe el procedimiento para realizar la muestra; y se inicia el instrumento de investigación.

RESULTADOS.

Análisis de datos:

En este capítulo se presentan los hallazgos y el análisis de los datos de este estudio; los datos se representan basados en los objetivos de esta investigación.

La población estudiada pertenece al Hospital General de México:

En primer lugar presentamos una descripción de las características de la población; encontramos datos socio-demográficos recopilados en la muestra poblacional total de personal de enfermería que labora en el Hospital General de México en el área de Medicina Interna 103, 108 y 110 así como de los 3 respectivos turnos laborales.

Se muestra que el personal estudiado de las Medicinas Internas de los respectivos turnos laborales el 68% es casados, un 26 % son solteros y un 6% en unión libre.

En esta tabla se visualiza que más de la mitad de la muestra es decir un 82 % profesan la religión católica, siguiendo que el 8% son creyentes y que una mínima parte del 6 % son cristiano y el 5% pentecostés. (Ver tabla 1).

TABLA 1.

DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo:		
Mujeres	53	80%
Hombres	13	20%
Estado civil:		
Soltero	17	26%
Casado	45	68%
Unión libre	4	6%
Religión:		
Católico	54	82%
Cristiano	4	6%
Pentecostés	3	5%
Creyente	5	8%

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 1 "datos personales" aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

La siguiente tabla presenta el número de edades de los pabellones de las medicinas internas del Hospital General de México. (Ver tabla 2)

TABLA 2.

EDADES DEL PERSONAL ENFERMERO

TURNO MATUTINO	FRECUENCIA	TURNO VESPERTINO	FRECUENCIA	TURNO NOCTURNO	FRECUENCIA	TOTAL
26-30	6	21-25	4	21-25	1	
31-35	5	26-30	2	26-30	4	
36-40	9	31-35	5	31-35	4	
41-45	6	36-40	2	36-40	9	
46-50	2	41-45	1	41-45	1	
		46-50	1	46-50	3	
				51-55	1	
TOTAL	28		15		23	66

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 1 “datos personales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Lugar de origen de la población estudiada dentro de las Medicinas Internas de los respectivos turnos laborales. (Ver tabla 3).

TABLA 3.

Lugar de origen	# Frecuencia	% Frecuencia
Distrito Federal	37	56%
Estado de México	13	19.2
Hidalgo	2	3%
Morelos	5	7.5%
Oaxaca	2	3%
Michoacán	1	1.5%
Chihuahua	1	1.5%
Puebla	3	4.5%
Chiapas	1	1.5%
Sonora	1	1.5%

N=66

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 1 “datos personales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

El siguiente cuadro representa la antigüedad en el servicio de Medicina Interna del personal enfermero (a) de los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno. (Ver tabla 4).

Tabla 4.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

	U- 103			U-108			U-110		
	2 años	3-5 años	> 6 años	2 años	3-5 años	> de 6 años	2 años	3-5 años	>6 años
TURNO MATUTINO	0	2	6	2	2	6	0	3	7
TURNO VESPERTINO	1	1	3	0	2	3	1	3	1
TURNO NOCTURNO	1	2	5	0	4	5	0	2	3

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 2 “datos laborales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

El siguiente cuadro representa la antigüedad Institucional de Medicina Interna del personal enfermero (a) de los turnos laborales matutino, vespertino y nocturno. (Ver tabla 5).

ANTIGÜEDAD INSTITUCIONAL

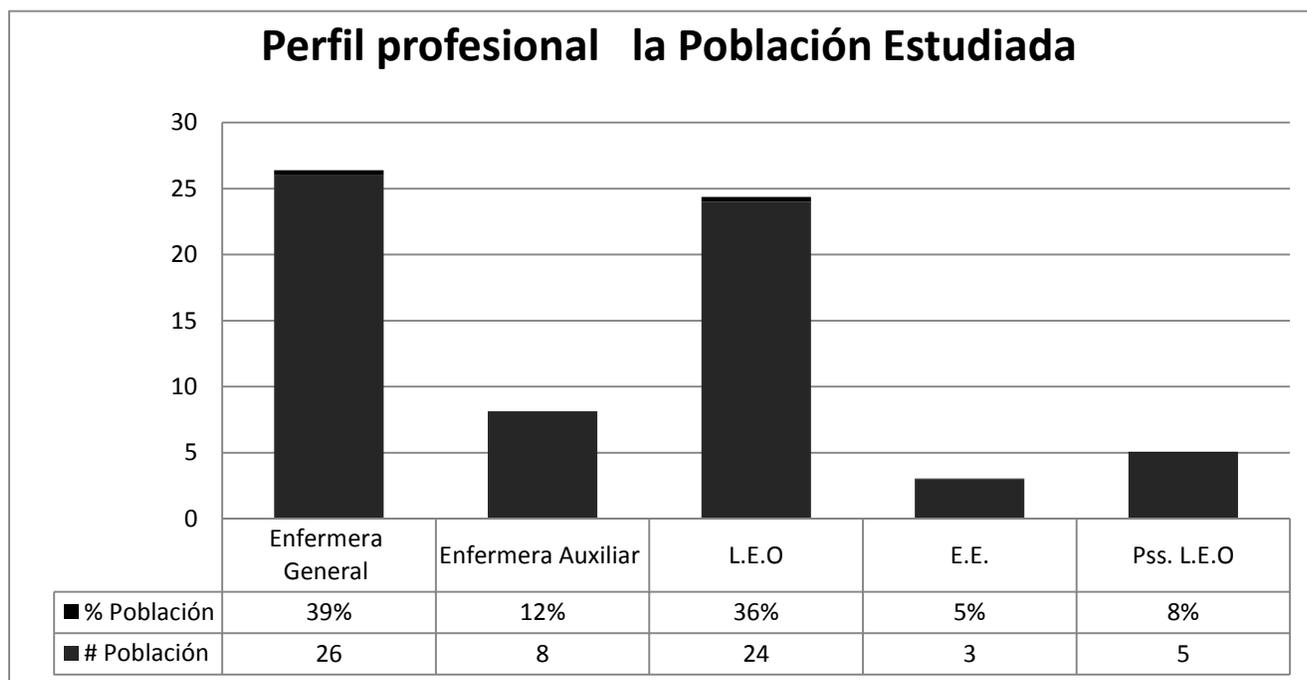
TABLA 5.

	U-103			U-108			U-110		
	2-3 años	3-6 años	>7 años	2-3 años	3-6 años	>7 años	2-3 años	3-6 años	>7 años
TURNO MATUTINO	0	0	8	0	3	7	0	2	8
TURNO VESPERTINO	0	1	4	0	1	4	0	3	2
TURNO NOCTURNO	0	1	7	0	0	9	0	2	4

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 2 “datos laborales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

De acuerdo al perfil profesional de la población encuestada encontramos que hay un 39% de personal de enfermería general, siendo que un 36 % son licenciados en enfermería y obstetricia y personal con especialidad se observa un resultado bajo con un 5 % al igual que enfermería auxiliar con 12% y pasantes con un 8 % (ver grafica 1).

Gráfica 1:



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 2 “datos laborales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Se pudo observar que dentro de una población total de 66 enfermeros (as), 34 personas no llevaron en su formación de enfermería o no presento en su plan de estudios dicha materia “ Tanatología” , de la cuales solo 18 personas se han capacitado o actualizado constantemente ; dando una cifra de 14 del personal que no se actualiza . (Ver tabla 6).

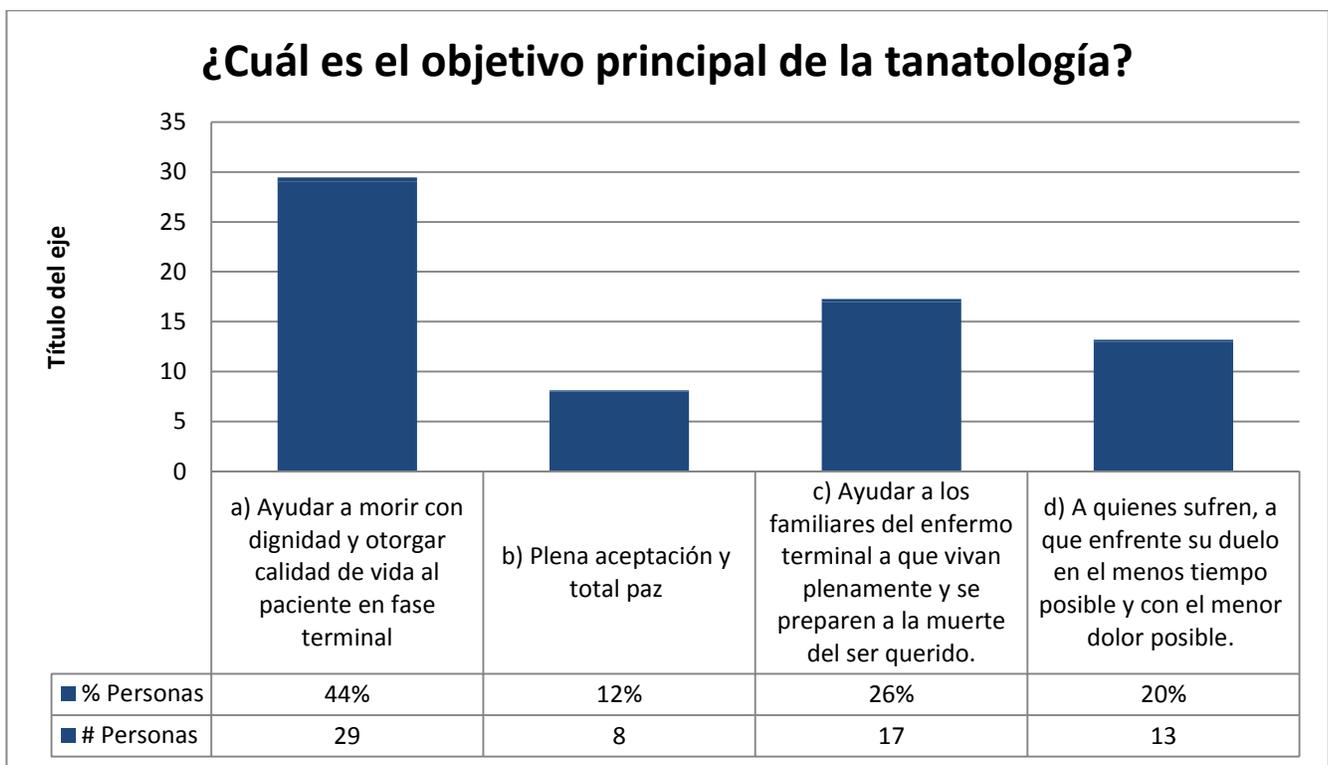
TABLA 6.

FORMACIÓN ACADÉMICA				
Si	32	enfermeras	48.4%	<u>Si se capacitaron 18 enfermeras (os)</u> No se capacitaron 14 enfermeras (os)
No	34	enfermeras	51.5%	<u>Si se capacitaron 18 enfermeras (os)</u> No se capacitaron 16 enfermeras (os)
TOTAL	66	enfermeras	100%	

Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 2 “datos laborales” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Encontramos que el porcentaje más alto es de 44 % de la población estudiada tiene presente y conoce el objetivo de la tanatología. (Ver *grafica 2*).

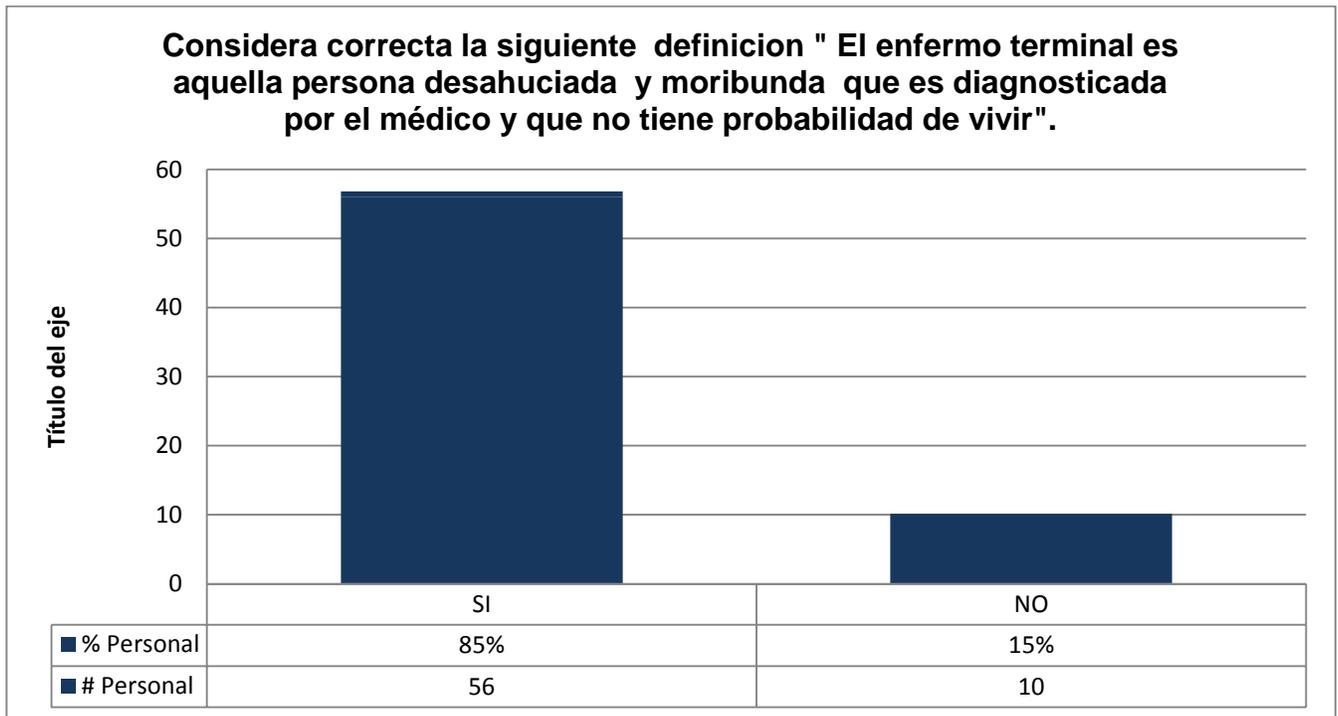
Gráfica 2



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Se observa en la gráfica que el personal de enfermería del Hospital General de México conoce la definición del enfermo terminal con un 85 % y vemos que el restante 15 % no sabe cuál es dicha definición (ver grafica 3).

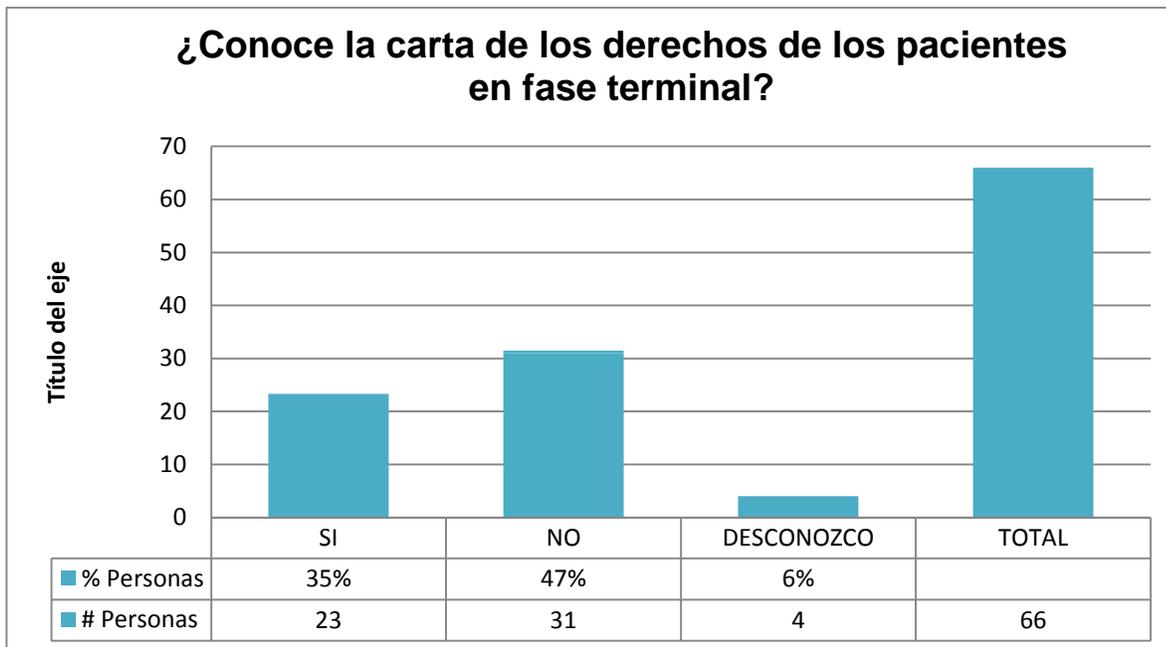
Gráfica 3.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

La importancia de los Derechos del enfermo en etapa terminal que todo profesional de salud en el área de enfermería así como de las demás áreas que debe conocer, nos arrojó en la muestra obtenida que el 47% desconoce dicha carta y un 35% conoce dicha carta la cual aplica en su labor profesional (ver grafica 4).

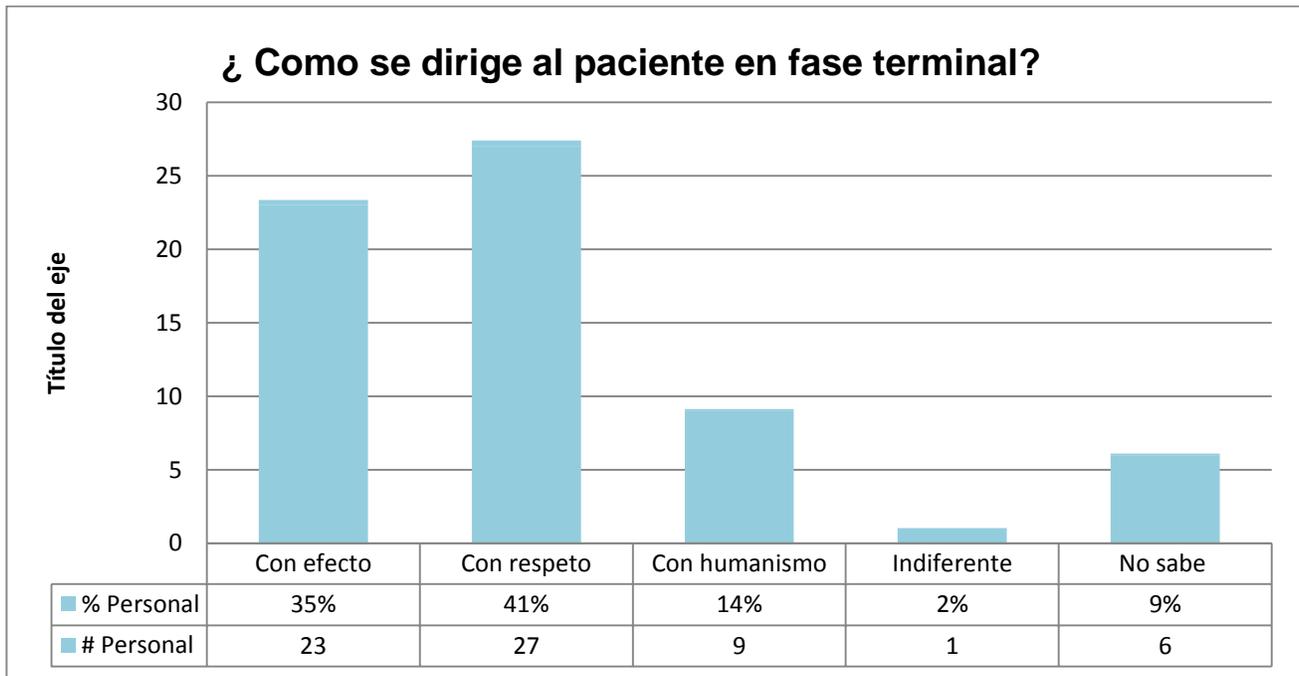
Gráfica 4.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Se pudo observar que el personal enfermero estudiado se dirige de una forma acertada hacia el paciente en etapa terminal y a la familia; lo que llama la atención es que un porcentaje bajo de la población estudiada refiere no saber cómo dirigirse al paciente en etapa terminal; siendo esta una carrera holística, humanística y científica. (Ver grafica 5)

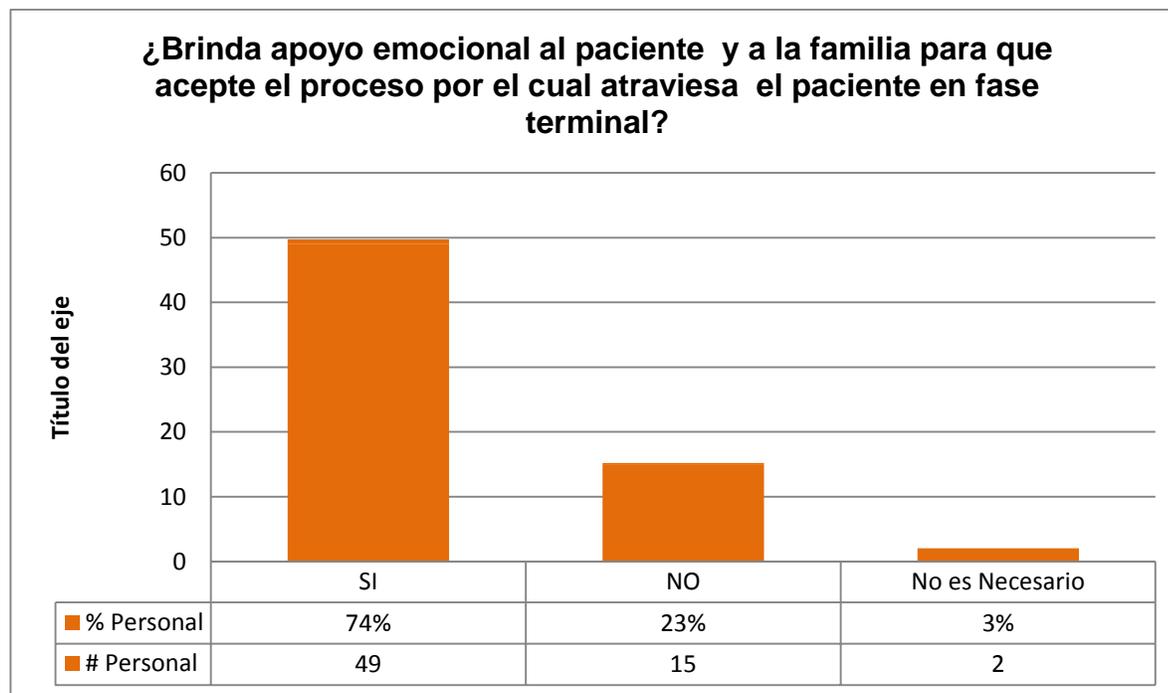
Gráfica 5.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Encontramos que un 3% del personal enfermero cree que no es necesario brindar apoyo emocional al paciente y a la familia, siendo que un 74% sabe que si es necesario brindar apoyo emocional; por ende un 23% cree que no es necesario el apoyo emocional. (Ver gráfica 6)

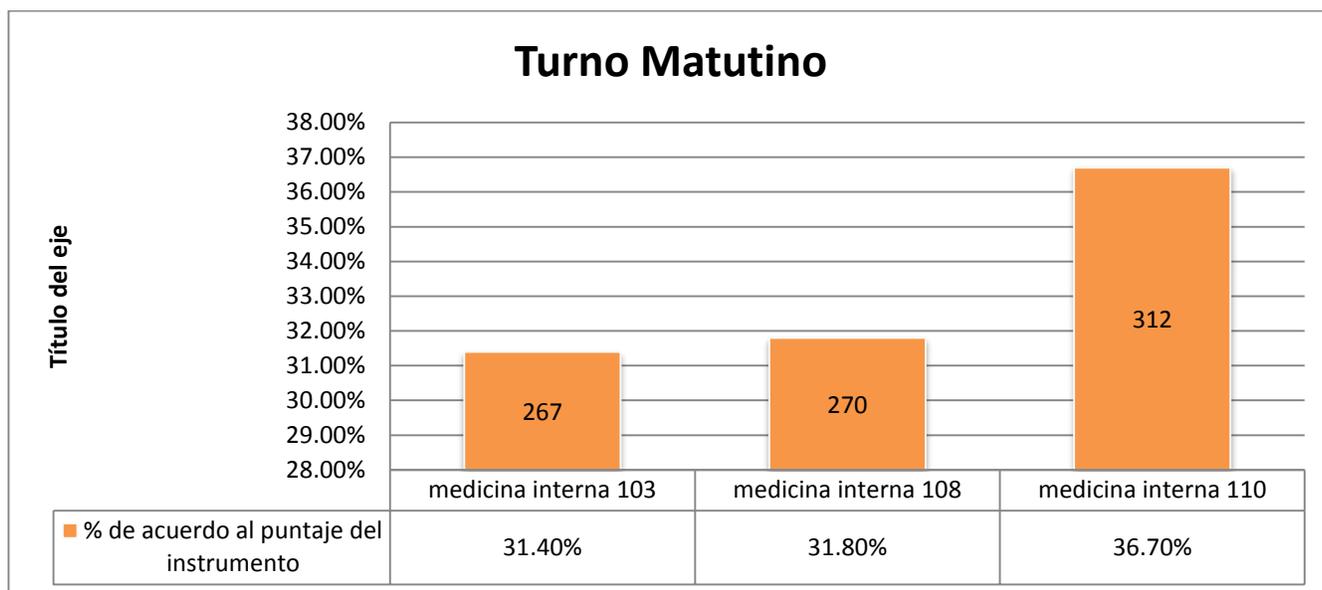
Gráfica 6.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Encontramos que el personal de enfermería del Turno Matutino de la Medicina Interna 110 tiene un alto nivel de conocimiento con un 36.7% de acuerdo al puntaje del instrumento a diferencia de las Medicinas Internas 103 y 108 con un 31.4% y 31.8% (ver gráfica 7).

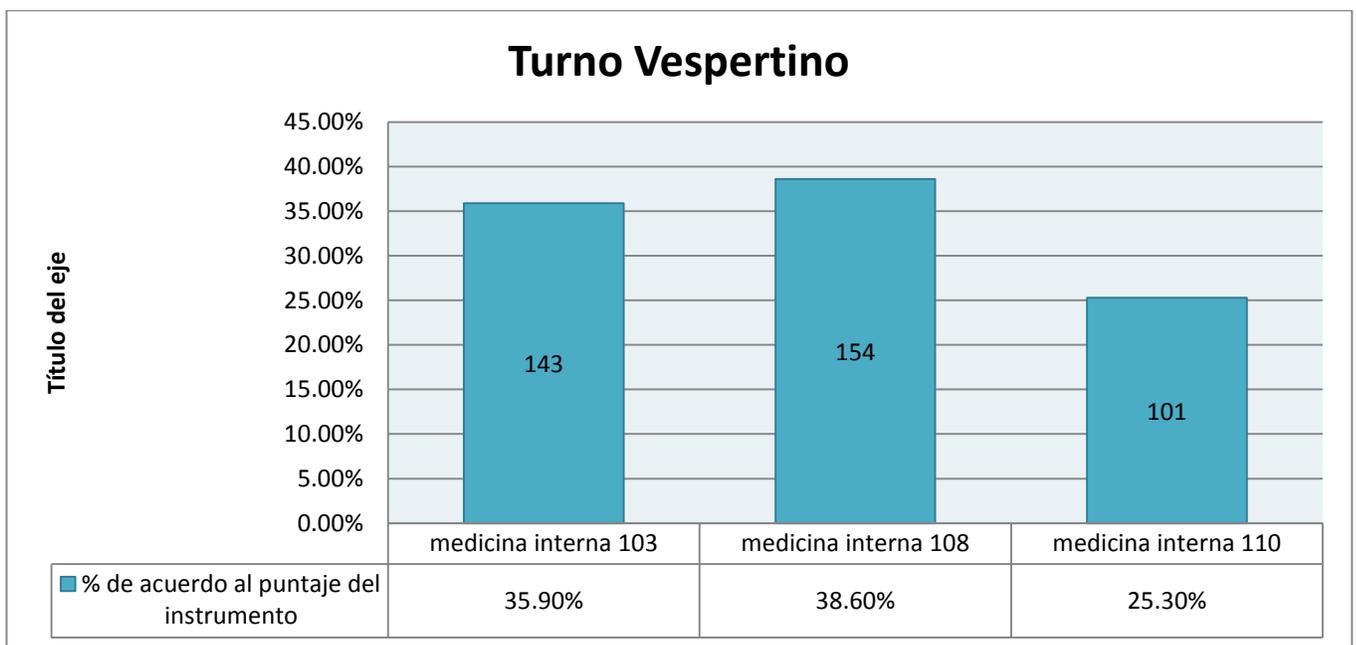
Gráfica 7.



Fuente: *Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).*

Se pudo observar que en el Turno Vespertino el personal de enfermería de la Medicina Interna 108 tiene un alto nivel de conocimiento con un 38.6% de acuerdo al puntaje del instrumento y la Medicina Interna 103 con un 35.9% a diferencia de la Medicina Interna 110 con 25.3%. (Ver grafica 8)

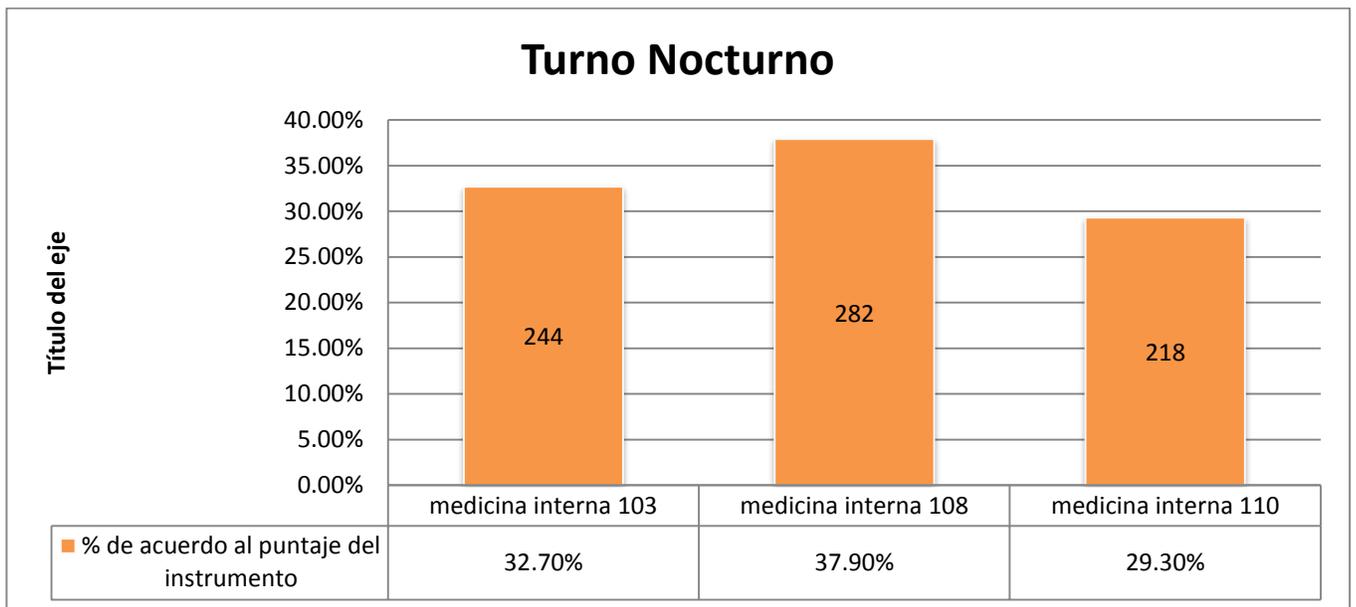
Gráfica 8.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Se encontró que el personal de enfermería de la Medicina Interna 108 del Turno Nocturno tiene un alto nivel de conocimiento con un 37.9% de acuerdo al puntaje del instrumento y la Medicina Interna 110 un bajo nivel de conocimiento con un 29.3%. (Ver grafica 9.)

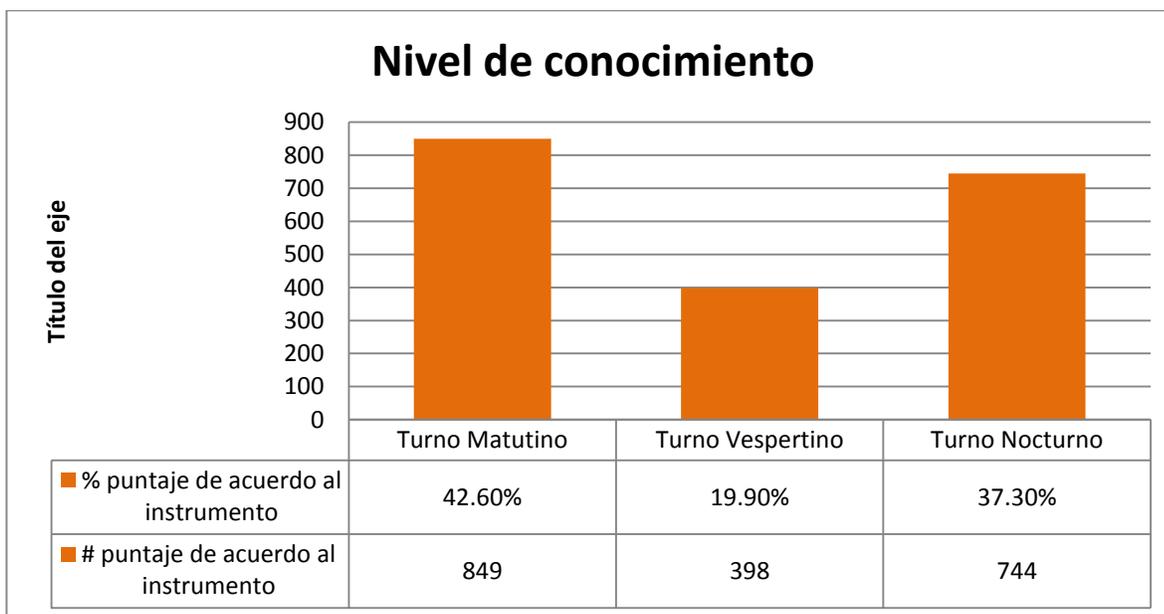
Gráfica 9.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

Encontramos que el personal de enfermería del Turno Matutino tiene un alto nivel de conocimiento con un 42.6% a comparación que el Turno Vespertino que tiene un bajo nivel de conocimiento con 19.9% y el Turno Nocturno con un 37.3%. (Ver grafica 1o).

Gráfica 10.



Fuente: Instrumento de valoración de conocimientos, sección 3 “conocimientos del tema” aplicado al personal enfermero laboral de las Medicinas Internas del Hospital General de México (2013/2014).

DISCUSIÓN:

La enfermería es humanística cuyo aspecto esencial es atender la necesidad de la persona sana o enferma, el realizar cuidados y proporcionar autocuidados para el mantenimiento de la salud, siempre se ha caracterizado por ser una ciencia humanística, un arte innato con grandes valores, la cual con el paso del tiempo se ha ido desarrollando o integrando nuevas áreas de conocimiento como es el área de la tanatología, en la antigüedad o en años pasados era una profesión practicada eminentemente por la mujer, en la actualidad y en esta investigación se demostró también que esta profesión ha ido creciendo y ha integrado al sexo masculino en la práctica.

También se demostró con base en resultados estadísticos que el personal de enfermería adscrito al servicio de Medicina Interna del turno matutino a diferencia de los demás turnos laborales tiene un mayor conocimiento sobre tanatología ; también es importante mencionar como dice Elizabeth Kubler Ross en su libro “ la tanatología y sus campos de aplicación” que en nuestros tiempos hay poco conocimiento sobre la ciencia tanatológica y es por eso que el personal enfermero tiene poco conocimiento sobre cómo apoyar a un enfermo en etapa terminal y como ayudar a sus familiares, es muy importante que el personal de enfermería se capacite en los aspectos tanatológicos y logre esa sensibilidad que se requiere para enfrentar día a día la gran cantidad de pacientes terminales que atiende y los decesos que se presentan para brindar la ayuda que se espera de las y los enfermeros para dar un acompañamiento óptimo en estas situaciones de estrés emocional y sentimental como lo describe la Dra. E. Kubler Ross, no solamente a los que agonizan sino también a familiares y amigos.

Aunque el altruismo es una cualidad esencial en esta profesión, para ser competente en ella hace falta algo más; el personal laboral enfermero que predomina lleva más de 10 años de antigüedad institucional lo que implica que en su formación académica posiblemente no llevaron tal asignatura, por lo tanto en esta investigación se concluye que el 50% no tuvo en su plan de estudios dicha materia, y un poco más de la mitad de la población estudiada si se capacitó, pero esto implica que las enfermeras necesitan de conocimiento profesional, y preparación sobre dicho tema, o más cursos de tanatología y prácticas profesionales.

En la licenciatura de enfermería es de gran importancia que este profesional conozca los derechos del paciente en fase terminal, ya que más de la mitad de la población estudiada no conoce la carta de los derechos del enfermo terminal, esto indica que el profesional de enfermería debe disponer de la información necesaria y de esta manera tener las bases suficientes para proporcionar una mejor atención al paciente, y reconocer su autonomía, su individualidad, con creencias, valores, raza, religión y costumbres diferentes.

En dicho estudio se tomó la decisión de rechazar la hipótesis nula ya que aplicando la prueba no paramétrica X^2 para K independiente con una $X^2_c =$ de 6.25 con un α 0.5

Obteniéndose una $\chi^2_e = 10.43$ con una P menor de 0.05, por lo que sí existe Diferencia Estadísticamente Significativa en el nivel de conocimiento del Turno Matutino en comparación con el Turno Vespertino y Nocturno de las medicina internas adscritas a los pabellones y de esta manera se logra confirmar la hipótesis de demostrar que el Turno matutino posee un alto nivel de conocimiento sobre tanatología comparado con las medicinas internas del turno vespertino y nocturno.

CONCLUSIÓN:

El personal de enfermería en su formación académica anteriormente no recibía las bases teóricas suficientes de enfermería tanatológica.

Dentro de las instituciones públicas de salud; en los servicios (en este caso Medicinas Internas del Hospital General de México), es insuficiente la actualización y capacitaciones del personal de enfermería.

El personal enfermero se inclina más a proporcionar cuidados de tipo físico dejando atrás lo espiritual y psicosocial y de esta manera los principios bioéticos de la profesión. La calidad del cuidado enfermero que merecen quienes más sufren; tanto pacientes como sus familiares, por la pérdida inminente de la vida propia o del ser querido, solamente lo pueden dar enfermeras (os) conscientes y empáticos del dolor y sufrimiento de los que protagonizan la etapa terminal.

SUGERENCIAS

1. Con este tipo de estudio se puede abrir una línea para investigar las necesidades de capacitación del personal de enfermería del Hospital General de México enfocadas sobre tanatología, en todos los servicios.
2. Esta base de datos nos puede servir para hacer un diagnóstico situacional de la capacitación que tienen para los enfermeros (as) de los diferentes servicios del hospital General de México.
3. Se propone investigar las necesidades de los propios pacientes terminales y su familia sus dudas, cuidados concretos y ayuda efectiva al paciente y familia.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a _____ 2014

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto ser partícipe en el estudio de nivel de conocimiento sobre tanatología que tiene el personal de enfermería en el hospital general de México de las áreas de medicina interna de los diferentes turnos.

Estoy consciente de que uno de los procedimientos que se utilizan para lograr el objetivo consistirá en la aplicación de un cuestionario y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee sin ser afectado a mi persona.

FIRMA

Investigadoras:

Pasante de L.E.O Díaz García Diana Paola

Pasante de L.E.O. Felipe Hidalgo Guadalupe



INSTRUMENTO

OBJETIVO:

El presente cuestionario tiene la finalidad de medir el nivel de conocimiento sobre tanatología en el personal de enfermería de las diferentes medicinas internas así como los respectivos turnos laborales.

Solicitamos de la forma más cordial de su consentimiento y autorización para la realización de este cuestionario que consta de 21 reactivos, el cual se hará de forma anónima y de la manera más discreta.

INSTRUCCIONES: Marque con una X la alternativa seleccionada y con letra legible de molde. Evite el uso de corrector así como tachaduras o encimar las respuestas.

Sección 1. DATOS PERSONALES

Edad: _____

Género: H M

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Otros

Religión: _____

Lugar de origen: _____

Nivel socioeconómico: _____

Sección 2: DATOS LABORALES

Unidad de Medicina Interna 110 108 103

Turno: Matutino Vespertino Nocturno

Perfil profesional:

ENFERMERA GENERAL

ENFERMERA AUXILIAR

LICENCIATURA

ENFERMERA ESPECIALISTA

Experiencia Laboral:

1 año

2 a 5 años

Más de 5 años

Antigüedad del servicio:

2 años

3 años a 5 años

Más de 6 años

Antigüedad Institucional

2-3 años

3-6 años

>7 años

Capacitaciones o intervenciones educativas: Si No

Tipo: _____

Dónde: _____

Duración: _____

¿Durante su formación como enfermera curso alguna capacitación sobre la tanatología?

Curso

Taller

Especialidad

Postgrado

Sección 3: CONOCIMIENTOS DEL TEMA

Instrucciones: Lea atentamente cada una de las preguntas y responda honestamente lo que considere correcto, evite tachar, encimar, y usar corrector.

1. ¿Conoce cuál es el objetivo principal de la tanatología?

- a) Ayudar a morir con dignidad y otorgar calidad de vida al paciente en fase terminal
- b) Plena aceptación y total paz
- c) El ayudar a los familiares del enfermo terminal a que vivan plenamente y se preparen a la muerte del ser querido
- d) A quienes sufren, a que enfrenten su duelo en el menor tiempo posible y con el menor dolor posible

2. La labor tanatología consiste en procurar el bien morir, cubriendo y apoyando según las necesidades del paciente en etapa terminal.

CIERTO FALSO

3. ¿Quién fue la pionera de la tanatología?

- a) Tanatólogo Weissman
- b) Dr. George Engel
- c) E. Kubler R.

4. ¿Cuál es la definición correcta de un Hospice?

- a) Es un centro de cuidados y atención para todos los pacientes
- b) Son centros de atención al enfermo terminal
- c) Son centros de diagnóstico y tratamiento para los pacientes

5. ¿Es correcta la definición de estado agónico?

“Estado que precede a la muerte y agotamiento total de la reserva fisiológica que progresa de manera irreversible.”

- a) En desacuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indiferente

6. ¿Cuáles características de la muerte considera que son las correctas?

- a) Parcial, cotidiana, innecesaria, temporal.
- b) Universal, natural, necesaria, única
- c) Indefinida , indeterminable, adecuada

7. ¿Considera correcta la siguiente definición: “El enfermo terminal es aquella persona desahuciada y moribunda que es diagnosticada por el médico y que no tiene probabilidad de vivir”?

- a) Si
- b) No

8. Considera que un Hospice es un centro de cuidados y atención para todos los pacientes

- a) Cierto
- b) Falso

9. ¿Conoce la Carta de los Derechos de los Pacientes en Fase Terminal?

- a) Sí
- b) No
- c) Desconozco

10. ¿Cree usted que la carta de los Derechos de los Pacientes en Fase Terminal, es de utilidad a los profesionales de enfermería para poder proporcionar un cuidado holístico e integral?

- a) Sí
- b) No
- c) No es necesario

11. “ La medicina paliativa es la asistencia sanitaria que se le presenta a las personas que padecen una enfermedad progresiva en situación avanzada o terminal”

- a) Correcta
- b) Incorrecta
- c) Indiferente

12. El objetivo de la medicina paliativa es el control de signos y síntomas que presenta el paciente en etapa terminal.

- a) Cierto
- b) Falso

13. ¿Sabe a quién va dirigido el uso de los cuidados paliativos?

- a) Pacientes terminales cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo
- b) Pacientes terminales cuya enfermedad si responde al tratamiento curativo
- c) Pacientes terminales con tratamientos curativos

14. ¿Es correcta la siguiente definición: “el duelo es un proceso por el que atraviesan todas las personas cuando tiene un familiar enfermo”?

- a) De acuerdo
- b) En desacuerdo
- c) Indiferente

15. ¿A qué se refiere la siguiente oración: “normalizar las funciones y las acciones del doliente que han sido alteradas por el fallecimiento de un ser querido”?

- a) Objetivo del duelo
- b) Definición del duelo
- c) Etapas del duelo

16. ¿Sabe cuáles son las fases del proceso duelo, por la cual atraviesan los pacientes en fase terminal?

- a) Negación, ira, negociación, depresión y aceptación
- b) Apatía, angustia, desconfianza e inseguridad
- c) Dolor, ansiedad e impaciencia
- d) No atraviesan por ningún proceso

17. ¿Considera que al aplicar apoyo tanatológico los profesionales de enfermería al paciente en fase terminal le permita alcanzar calidad de vida y una muerte con dignidad?

- a) Sí
- b) No
- c) Desconozco

18. ¿Cómo se dirige al paciente en fase terminal?

- a) Con afecto
- b) Con respeto
- c) Con humanismo
- d) Indiferentemente

e) No sabe

19. ¿Brinda apoyo emocional al paciente y a la familia para que acepte el proceso por el cual atraviesa el paciente en fase terminal?

a) Sí

b) No

c) No es necesario

20. ¿Cree que los profesionales de enfermería deben estar capacitados y concientizados sobre el tema de la tanatología, para poder brindar cuidados tanatológicos de calidad, calidez, efectivos viendo al paciente de manera holística e integral?

a) Sí

b) No

c) No es necesario

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación para la salud descrita a continuación:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

Fracción I.- Menciona que es una investigación donde se emplean técnicas y métodos de investigación documental donde el cual no hay presencia de modificaciones que puedan dañar la integridad física, psicológica y social del personal que participa en el estudio.

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación. (REG)

Bibliografía

- 1- Gutierrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reaccion ante la muerte en la cultura del Mexico actual". *Investigacion y saberes*, 4.
- 2- Margarita Bravo Mariño. Tanatóloga y Psicoterapeuta Corporal. Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079.
www.tanatologia.entornomedico.net
- 3- Margarita Bravo Mariño. Tanatóloga y Psicoterapeuta Corporal. Revista Digital Universitaria 10 de agosto 2006 • Volumen 7 Número 8 • ISSN: 1067-6079.
www.tanatologia.entornomedico.net
- 4- Ruy Pérez Tamayo “ El médico y la muerte; (
http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/Ponencia_Agosto.pdf)
- 5- Gutierrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reaccion ante la muerte en la cultura del Mexico actual". *Investigacion y saberes*, 4.
- 6- Acerca de la muerte , curso de tanatología; 1ra Edición, 2002 ; Instituto colombiano de estudios Bioéticos ; página 23
- 7- Daniel Behar; “Cuando la vida ya no es vida “¿EUTANASIA?; Editorial Pax México; 2007; 1ra Edición. Pág. 46-48
- 8- Salas, R. R., Colorado, G. G., Perusquia, M. d., & Ituarte, M. G. (Noviembre de 2004). Tanatología, aspectos sociales, éticos y legislación. *Bioética y tanatología*, 20-22.
- 9- Argelia Lara S., Antonio C. Tamayo V.; Sandea P. G. C; “Manejo del paciente terminal”; PAG. 283
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172291086.pdf>
- 10--"Bioética en la red". (11 de Octubre de 2005). Recuperado el 15 de Noviembre de 2013. <http://www.bioeticaweb.com>
- 11-Behar, D. (2003). *El buen morir*. D.F., México: Pax México.
- 12-Guadalupe, D. M. (Mayo-Agosto de 2009). "La tanatologia y sus campos de aplicacion". *Horizonte sanitario*, 8(2), 30-31.
- 13-“ Psicología del desarrollo”. Ed. Medica Panamericana.
- 14-Sociedad Española de cuidados paliativos, Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice.

- 15-Española, C. (2007). Manual para la humanización de los gericultores y auxiliares geriátricos
- 16-Calvo, A. Z. (s.f.). El enfermo terminal y la muerte. *Revista Bioética y ciencias de la Salud*, 5(2)
- 17-Fundación Pro derecho a morir dignamente; Derechos del paciente terminal.
- 18-Manual de Medicina Paliativa; Editores Dr. Rodrigo López; Dr. Flavio N; Dra. Paulina T.; Pág. 5 <http://cuidadospaliativos.org/archives/medicinafinal.pdf>
- 19-M.A. Benítez del Rosario y A. Asensio F. "Fundamentos de los cuidados paliativos"; Pág. 51; Enero 29. ; Artículo 44.619
- 20-Calvo, A. Z. (s.f.). El enfermo terminal y la muerte. *Revista Bioética y ciencias de la Salud*, 5(2)
- 21-Saunders DC. Principles of symptom control in terminal care. *Med. Clin. North Am.* 1982; 66:1169-1183.
- 22-M.A. Benítez del Rosario y A. Asensio F. "Fundamentos de los cuidados paliativos"; Artículo 44.619 Pág. 50- 51; Enero 29.
- 23-Ed Marck H. Beers, M.D y Robert B. El manual Merck "Diagnóstico y tratamiento". Décima edición;; Pág. 2515-2516
- 24-Ortego, M. d., Lopez, S., & Alvez., M. L. (s.f.). El duelo. *Artículo Ciencias psicosociales*.
- 25-Gutiérrez, J. G. (Septiembre-Diciembre de 2011). "La reacción ante la muerte en la cultura del México actual". *Investigación y saberes*, 4.
- 26-Ed Marck H. Beers, M.D. y Robert Berkow, M.D. Manual de Merck de diagnóstico y tratamiento, décima edición.
- 27-Magdalena Pérez Trenado. Duelo; Proceso individual, proceso familiar, proceso social. <http://espanol.free-ebooks.net/tos.html>
- 28-Oviedo Soto, S., & Parra Falcon, F. M. (2009). "La muerte y el duelo". *Revista Enfermería Global*(15), 5-7.
- 29-Posada, S. R. (s.f.). *El manejo del duelo*. Norma S.A.
- 30-<http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/voluntadanticipada.html>
- 31-<http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>

32-http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=162

33-Luis Gonzales Moran; “De la bioética al bioderecho”; Libertar, Vida y Muerte; Editorial Dykinson S.L.; 2006; Pag. 859-860

34-Daniel Behar; “Cuando la vida ya no es vida “¿EUTANASIA?; Editorial Pax México; 2007; 1ra Edición. Pág. 12

35-Gaceta Médica de México; Art. “La bioética ante la muerte”; vol. 137, Núm. 3 ; mayo- junio 2001, Pág. 273