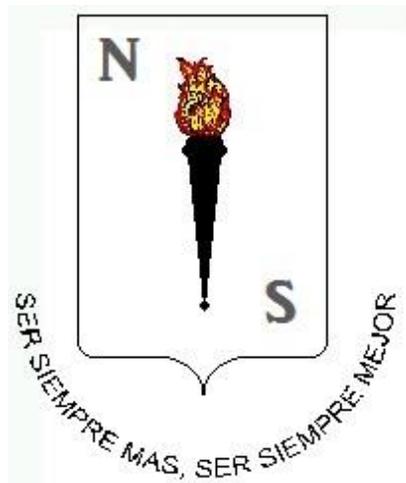


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCION TANATOLOGICA DE ENFERMERIA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:
GUADALUPE CARRILLO ÁLVAREZ

ASESORA DE TESIS:
LIC.EN.ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MCHOACÁN. 2018



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.

DEDICATORIA:

Ésta investigación al igual que los triunfos que eh tenido y tendré a lo largo de mi vida se los brindo y agradezco Dios antes que nada y a mi familia, por estas a mi lado en todo momento y apoyándome en todos los aspectos.

A mis padres: Porfirio Carrillo Govea y María de Jesús Álvarez Carrillo, que a pesar de todo confiaron en mí y me dieron su cariño y las armas necesarias para iniciar la vida lejos de casa, y aunque los 3 estábamos temerosos las cosas salieron un poco mejor de lo que esperamos, gracias por darme la vida, gracias por sus consejos, regaños, por mostrarme la vida de otra forma, los amo en verdad, me siento orgullosa de ser su hija.

A mis hermanos: que después de todo son mis impulsores de seguir adelante, gracias por todo y perdón por no estas hay cuando iniciaron un ciclo más en la escuela, cuando participaron en alguna actividad escolar o en su cumpleaños los amo en verdad, gracias.

A mis abuelos presentes y ausentes, por ser esas grandes personas que gracias a su ejemplo soy la persona que ahora es y que quiere superarse cada día más, gracias por todos sus consejos de sabiduría y por darme a los padres que hoy tengo, por educarlos de la forma en que lo hicieron. Espero nunca defraudarlos, y sé que desde algún lugar están viendo los logros de cada uno de la familia, los extrañamos mucho, y a mis abuelas presentes gracias, las amo a las dos, cada una me mostro la forma en hacer las cosas de diferente manera, pero con el mismo fin, las amo mis vuelitas gracias por soportar mis travesuras.

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a Dios por la vida y la oportunidad de estar aquí y más que nada porque me dio la hermosa familia que día a día me motiva e impulsa a seguir adelante.

Gracias papas por todo cuanto me dieron, porque siempre tienen un consejo que darme y con su ejemplo de vida eh aprendido que decisiones tomar a lo largo de mi vida.

Gracias a mis hermanos los cuales siempre estuvieron hay para hacerme reír, si enojar también, pero me apoyaron en todo momento.

A mis amigas y amigos que siempre que pudieron me apoyaron y que me enseñaron a ver la vida y hacer las cosas de diferente forma.

Agradezco a la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud y a las directoras de este a Sor Gloria Osornio y la Señorita Martita Alcaraz las cuales con sus consejos que desde el primer día de clases me apoyaron y me enseñaron muchas cosas, gracias por ayudarme a crecer profesionalmente.

Agradezco a mi maestra y asesora de tesis M.P. Yanitzia Álvarez Reyes por su tiempo y paciencia, porque aunque parecía que no, si le prestaba atención a sus clases y gracias a Dios y a ellas fue que pude hacer esta investigación.

INDICE

INTRODUCCION.....	8
INTERVENCION TANATOLOGICA DE ENFERMERIA.	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	10
PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	11
OBJETIVOS:.....	11
GENERAL	11
ESPECIFICO	11
HIPOTESIS.....	11
JUSTIFICACION	12
METODOLOGIA.....	12
CRITERIO DE INCLUSION	13
CRITERIOS DE EXCLUSION	13
CRITERIOS DE ELIMINACION	13
LIMITES.....	14
CAPITULO I	15
INTERVENCION TANATOLOGICA EN ENFERMERIA	15
Capitulo I Intervención Tanatologica de Enfermería.	17
1.- Historia de la Tanatología	17
1.1Concepto de Tanatología	18
1.2 Los objetivos de la tanatología.	18
1.3 Importancia de la Tanatología	19
2. Miedos	19
2.1 Miedos del Enfermo:	19
2.2 Miedo del Moribundo.....	19
2.3 Miedo del Familiar	20

3. Enfermería en Tanatología.....	21
4. Duelo.....	23
4.1 CARACTERISTICAS DEL DUELO.....	23
4.2 Tipos de Duelo.....	24
5. Bases de la relación Enfermera-Paciente.....	25
6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	25
6.1 PRIMERA ETAPA: VALORACION.....	25
6.2 DATOS Y VALORACIÓN.....	26
6.2.1 TIPOS DE DATOS.....	26
6.2.1.1 DATOS SUBJETIVOS.....	26
6.2.1.2 DATOS OBJETIVOS.....	26
6.2.1.3 DATOS HISTÓRICOS.....	27
6.2.1.4 DATOS ACTUALES.....	27
6.3 FUENTES DE DATOS.....	27
6.4 RECOLECCION DE DATOS.....	28
7. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO.....	29
8. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:.....	29
8.1 DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA.....	30
8.2 ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	31
8.2.1 EL ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	32
8.2.2 BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.....	32
9. TERCERA ETAPA: PLANEAMIENTO DEL CUIDADO.....	33
10. CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN DEL PLAN.....	34
CAPITULO II.....	37
CUIDADOS PALEATIVOS.....	37
AL PACIENTE.....	37
CAPITULO II CUIDADOS PALEATIVOS AL PACIENTE.....	39
1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011.....	39
1.1 CAMPO DE APLICACIÓN.....	39

2. HISTORIA DEL CUIDADO.....	39
3. CUIDADOS	42
3.1 CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	42
4.-VIRGINIA HENDERSON.....	43
5. ÉTICA DEL TRATAMIENTO PALIATIVO.....	46
5.1 CUIDADOS MÍNIMOS Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL.....	47
6. ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO TERMINAL.....	48
7. DEBERES ÉTICOS PARA EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.....	49
8. EMPLEO DE LOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS.....	51
9. DERECHOS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL.....	52
10. EUTANASIA	53
10.1. HISTORIA DE EUTANASIA.....	53
10.2 CONCEPTO DE EUTANASIA.....	54
10.3 TIPOS DE EUTANASIA	54
CAPITULO III	56
INSTRUMENTACION.....	56
ESTADISTICA	56
CAPITULO IV.....	78
ETICA.....	78
DE	78
ESTUDIO.....	78
.....	79
CAPITULO IV ETICA DE ESTUDIO.....	79
1. CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA.....	80
1.1 DISPOSICIONES GENERALES.....	80
1.2 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS	80
1.3 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS.....	81

1.4 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS	82
1.5 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION.....	82
1.6 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD	82
2 DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO	83
3. LEY GENERAL DE SALUD TITULO QUINTO.....	84
3.1 INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD	84
ANEXOS	85
ANEXO I GUION METODOLOGICO	85
ANEXO 2 CONCENTIMIENTO.....	88
Anexo 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	90
ANEXO 4 CUESTIONARIO.....	91
CONCLUSIONES.....	94
SUGERENCIAS.....	96

INTRODUCCION

La presente investigación se refiere a como es la Intervención Tanatologica en Enfermería donde se menciona que el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el tratamiento del dolor y de los cuidados permanentes al paciente terminal.

El contacto continuo con el paciente lo lleva a establecer con él una relación de cercanía y cordialidad, el profesional de enfermería debe ser capaz de responder profesionalmente al paciente, pero también humanamente ya que este esta no solo viviendo sus últimos momentos, sino también en una situación muy especial y particular que no puede vivir la persona que muere de manera repentina o que pasa sus últimos días u horas en estado de coma en un servicio de terapia intensiva.

Es importante reconocer el fuerte impacto que surge ante los familiares cuando reciben un diagnostico fatal es por eso que se le brindan servicios también a los familiares de este paciente de ahí que los cuidados deben de ser flexibles claro que esta depende de la actitud que adopta el profesional de enfermería.

Esta actitud puede ser positiva o negativa en cuanto a los resultados de su práctica profesional y tiene una consecuencia directa en el paciente.

La investigación se realizó para conocer cuáles son los cuidados que requiere este tipo de pacientes y que tipo de actitud puede presentar el personal de enfermería al momento de brindarlos así como también conocer cuáles son los tipos de duelo que puede atravesar la familia ante la pérdida de un ser querido y como es que podemos ayudarlos a superarlo.

En el marco teórico de la investigación se realizó en una serie de revistas científicas, libros de texto los cuales no rebasan más de 5 años de antigüedad con la finalidad de tener información reciente.

Para la investigación de campo una de las limitantes fue que no se respondió a alguna de las preguntas del cuestionario aplicado, o se respondió dos veces teniendo que eliminar dicha respuesta. Otra fue que el personal de enfermería al momento de responder la misma pregunta planteada de forma contraria se contraponía su respuesta y se tuvo que requerir a su eliminación.

El objetivo de la investigación es describir la intervención tanatología de enfermería, que se puede brindar al paciente y a sus familiares; así como:

decretar cuales son los cuidados paliativos que se le deben brindar al paciente.

En el primer capítulo se habla de cómo es la intervención tanatológica de enfermería ante este tipo de pacientes, se habla un poco de la historia de la tanatología, objetivos de la tanatología así mismo se habla del duelo, tipo de duelo, de los miedos que puede atravesar tanto el paciente como su familia, y del proceso de enfermería.

En el capítulo dos se habla de los cuidados paliativos, se comienza por una breve reseña del cuidado y después propiamente de los cuidados paliativos, de los cuidados mínimos y máximos para el paciente, se encuentra la teoría de Virginia Henderson donde explica las 14 necesidades del paciente, además de se toca el tema de la eutanasia, tipos de eutanasia, también se habla de los deberes éticos para el paciente en fase terminal.

En el tercer capítulo se encuentran las gráficas que muestran como fue la investigación de campo y con cada una de ellas una breve explicación de la conclusión a la que se llegó con cada una de las respuestas.

En el cuarto capítulo habla de la ética de enfermería, los deberes de los profesionales de enfermería con las personas en general, de los deberes como profesionales de enfermería que tenemos y de la ley general de salud.

INTERVENCION TANATOLOGICA DE ENFERMERIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Lejos de ser profesionales de enfermería somos seres humanos y se cree que muchos de los profesionales de enfermería tienen temor a la muerte y es por eso que muchas de las ocasiones evitamos tomar el tema y olvidamos que este proceso al igual que el nacimiento es algo totalmente natural y que la vida va de la mano con la muerte, otros pueden tomar como un reto y comienzan una lucha constante con esta y dejan de lado al paciente y se olvidan de que es un derecho del paciente y obligación del personal de medicina el proporcionarles una muerte digna.

Es aquí donde el profesional de enfermera entra en sus cuidados hacia el paciente, puesto que nuestro cliente al escuchar su diagnóstico donde se le explica el grado de la enfermedad y se le dan pocas esperanzas de vida o tratamientos cada vez más fuertes el paciente y sus familias llegan a la conclusión "ya no hay nada que hacer".

La reacción que puede tomar son totalmente distintas puesto que cada persona es diferentes una de las aptitudes que pueden tomar son: abandonar el tratamiento, sentir rencor hacia la vida incluso enojarse con Dios por mencionar algunas.

La intervención de enfermería inicia justo aquí, ya sea por tratamientos paliativos y compasivos, para ayudar a nuestro paciente a tomar las cosas de una forma más tranquilamente y orientarles de las etapas que pueden pasar.

"Aquellos que tienen la fuerza y el amor para sentarse junto a un paciente moribundo, en el silencio que va más allá de las palabras, sabrán que ese momento no asusta, ni es doloroso... Ser testigo de una muerte pacífica es como observar una estrella fugaz"

(E. Kübler-Ross)

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

¿Cómo es la Intervención Tanatología de Enfermería?

¿Cuáles son los Cuidados Paliativos al Paciente en Fase Terminal?

OBJETIVOS:

GENERAL

Describir la intervención Tanatología de enfermería, que se puede brindar al paciente y a sus familiares.

ESPECIFICO

Decretar cuales son los cuidados paliativos que se le deben brindar al paciente.

HIPOTESIS

La intervención tanatología de enfermera es el brindar un servicio de forma integral mediante el acompañamiento y orientación al paciente y su familia que atraviesa un proceso de duelo.

Los cuidados paliativos son los cuidados especiales que se le brindan a pacientes de todas las edades que por el avance de su enfermedad su organismo ya no responde a los tratamientos y solo se espera el descenso del mismo; con el único fin de darles una calidad de vida máxima reduciéndoles el sufrimiento.

JUSTIFICACION

El tema de investigación se eligió puesto que el Profesional de Enfermería en muchas de las ocasiones se enfoca más a los cuidados que se brindan al paciente enfermo y estos van orientados a la recuperación del paciente y de la orientación para que este se reintegre a la sociedad que perdió al momento de ingresar al hospital en busca de su salud y recuperación de la misma sin embargo en el mismo hospital existen pacientes que por la gravedad de su enfermedad o avance de la misma su organismo ya no responde de la misma forma a los tratamientos brindados de los cuales luego solo se espera su fallecimiento. Aquí es donde la Enfermería tiene también mucho campo de acción y debe intervenir de una forma integral tanto en el paciente como con las familiares de este.

Uno de los objetivos de esta investigación es el conocer un poco más a fondo como es la intervención tanatología de enfermería y cuáles son los cuidados paliativos que se le brindaran a los pacientes en fase terminal recordando de que es el deber de los profesionales de enfermería el proporcionar al paciente una muerte digna y para lograr esto se debe brindar cuidados paliativos de calidad.

METODOLOGIA

El objetivo de esta investigación es puro, puesto que se pretendía conocer cómo era la intervención Tanatología de Enfermería. El tiempo del fenómeno es descriptivo, se quiere conocer cómo es que aplican los cuidados paliativos a los pacientes en fase terminal. Las fuentes de Información que se ocuparon fueron libros de texto y documentos PDF, así como revistas científicas, su tiempo de estudio fue longitudinal puesto que se observó y estudio a la muestra por un

periodo de 6 meses. El área de conocimiento y tipo de fenómeno es social, debido a que los avances que se realicen son para beneficio del paciente.

CRITERIO DE INCLUSION

Para esta investigación se requiere de la colaboración de las enfermeras que trabajan en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, de la misma manera de los pacientes que estén internados en este hospital en el tiempo de investigación de campo y que pasen por la situación, la participación de los mismos será de forma voluntaria y antes de contestar algún tipo de material tendrán que firmar una carta de consentimiento informado, el cual se anexará a la investigación en el apartado correspondiente.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Para esta investigación no se ocupará de la ayuda de las personas médico, pues está enfocada a los cuidados que el personal de Enfermería brinda a los pacientes, así mismo el personal de Laboratorio, Personal de Intendencia y Mantenimiento.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Para la investigación de campo se ocupará un cuestionario el cual constará de 20 preguntas que se le aplicarán al personal de enfermería para evaluar cuanto conocimiento tienen sobre el tema de investigación.

Para la explicación de los resultados de la encuesta se seleccionarán los cuestionarios más completos, en el caso de una pregunta con doble respuesta queda fuera del conteo.

De igual manera los cuestionarios que estén contestados menos del 80%.

LIMITES

Esta investigación se llevará a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud el cual se encuentra ubicado en la calle Ignacio Zaragoza Numero 276 esquina con Eduardo Ruiz, Colonia Centro en Morelia Michoacán México. Durante el tiempo de 16 de Julio del 2016 al 31 de mayo del 2017.

Se realizará en los diversos servicios con las enfermeras que laboren en este Hospital y que se dispongan de forma voluntaria a colaborar durante los 10 meses de investigación.

CAPITULO I

INTERVENCION TANATOLOGICA EN ENFERMERIA



CAPITULO I

INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA DE ENFERMERÍA

Capitulo I Intervención Tanatologica de Enfermería.

1.- Historia de la Tanatología

Es importante situarse 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; 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. El término Tanatología, "La ciencia de la muerte", fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos que culminaron en la teoría de la fagocitosis. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal. En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en 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 de la casa a las instituciones hospitalarias.

La Tanatología moderna comienza en 1969 con la Dra. Elisabeth Kübler- Ross. Formándose así una nueva especialidad LA TANATOLOGIA.

El Dr. Alfonso Reyes Zubiría fue alumno de la Dra. Kübler-Ross, y es considerado como el pionero de la Tanatología en México. Fundó la Asociación Mexicana de Tanatología A.C. (AMTAC), el 18 de noviembre de 1998 y es Presidente y Fundador de la Asociación Mexicana para el estudio y prevención del Suicida, A.C. (MARIÑO, 2016)

1.1 Concepto de Tanatología

Es una filosofía amplia y multidisciplinar (incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, étnicos, jurídicos y filosóficos), que busca desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a vivir con ella, educando para la vida y la muerte a niños, adolescentes y adultos para podamos no sólo vivir sino también morir con dignidad. La tanatología moderna comienza en los años sesenta con la Dra. Elisabeth Kübler-Ross. (RAMIREZ, 2016)

La tanatología es una rama de la medicina cuya función es facilitar al enfermo terminal los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito, así como ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

1.2 Los objetivos de la tanatología.

- Promover calidad de vida en el paciente terminal
- Atención al sufrimiento psicológico.
- Acompañamiento en su estado de sufrimiento y confusión
- Acercamiento y atención a las relaciones que le sean significativas
- Escucha de sus últimas voluntades y asuntos pendientes.
- Atención al dolor físico

- Ayudar al hombre en aquello a lo que tiene derecho primario y fundamental: a morir con dignidad, plena aceptación y total paz.

1.3 Importancia de la Tanatología

Trascendencia verdadera no reconocida aun por muchos. El estudio debe empezar con una clara visión de lo que es el hombre, lo primero que es conocer el ser humano: sus necesidades, emociones, respuestas, para entender y comprender sus dolores.

2. Miedos

2.1 Miedos del Enfermo:

- Miedo a su propia muerte y a que pasara después de su muerte.
- Miedo a lo desconocido, a los cambios físicos.
- Miedo a no ser bien atendido y sentirse una carga.
- Miedo a no poder vivir mas.
- Miedo a la soledad.
- Miedo a no recuperar la salud.
- Miedo a ser olvidado.
- Miedo a la despedida y separación de sus seres queridos.
- Miedo a no poder decir lo que siente.
- Miedo a que lo entierren.

2.2 Miedo del Moribundo

- Miedo a que pasara después de morir.
- Miedo a perder el cuerpo, miedo a donde ir a su alma?
- Miedo a la identidad(ser un caso más)
- Miedo a perder el sentido o significada a la vida.
- Miedo a que no perdonen sus errores.
- Miedo a dejar a su familia y que esta se divida.
- Miedo a dejar sus proyectos inconclusos, que surjan problemas financieros.

2.3 Miedo del Familiar

- Miedo a perder el ser querido.
- Miedo a que el ser querido sufra.
- Miedo del que el ser querido tenga miedo.
- Miedo de no poder ayudarlo.
- Miedo a no estar cerca de él.
- Miedo y no tener esperanzas.
- Miedo al rechazo y a causar lastima.
- Miedo a enfrentar la situación económica.
- Miedo a perder lo que les une con el enfermo, perder el amor.
- Miedo a que el tratamiento no sea el indicado.

3. Enfermería en Tanatología

La muerte no es un hecho o un instante; es un proceso que inicia desde el momento de nuestra concepción. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas, temores, oportunidades, angustias, opciones y es inherente a la vida, va de la mano en cada instante en nuestro largo caminar.

Nosotros como seres humanos y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos debemos incluirla en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla, ya que ésta amplía nuestro horizonte vital; el cual dará un sentido y significado a nuestro diario trabajar que nos conducirá a una trascendencia en donde no sea posible vivir en un plano estéril, como el que sólo se limita a pasar por el mundo sin dejar huella en su caminar. En 1858 Florence Nightingale escribió, que el objeto fundamental como enfermeras es “Situación al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”. La profesión de enfermería es: Una ciencia, pero también un arte.

Hay que aceptar la muerte con humildad y humanidad, para pasar del curar al aliviar. Se tiene un compromiso ético con cada uno de los pacientes, 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, en compañía de un profesional de enfermería.

La enfermera debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor. Virginia Henderson en el año de 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 que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude,

además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”.

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”. La profesión de enfermería no sólo debe de basarse a su labor teórica, sino que debe de integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus pacientes, lo cual le permitirá madurar, crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento.

El personal de enfermería ante la agonía y la muerte debe de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que le exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeras. Durante el actuar como profesionales se dan cuenta que es importante trazarse objetivos y planear nuestras actividades; por lo que es vital en su quehacer conocer la percepción que el paciente tiene de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, de la cual dependerá en gran parte del concepto que tengan de ellas mismas en su papel de enfermera; de sus propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que tengan.

Lo primero que hay que hacer para lograr establecer es aceptarse y conocerse a si mismos. En 1964 Windeenbach dijo: “Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente”. Esta influencia terapéutica no sólo llega al paciente, sino que se hace extensiva a la familia, amigos y equipo de salud; ésta debe de tener un

beneficio en común. (Velazco, 2000)

4. Duelo

Es un proceso de adaptación que tienen que afrontar las personas que sufrieron la pérdida de un ser querido el cual es vital y estresante.

4.1 CARACTERISTICAS DEL DUELO

1. Es un proceso único e irrepetible, dinámico y cambiante momento a momento y un evento variable de persona a persona y entre familias, culturas, sociedades.
2. Se relaciona inequívocamente con la aparición de problemas de salud: o el riesgo de depresión en viudos/as se multiplica por cuatro durante los primeros años o casi la mitad de viudos/as presentan ansiedad generalizada o crisis de angustia en el primer año o aumenta el abuso de alcohol y fármacos; la mitad de las viudas utilizan algún psicofármaco en los 18 primeros meses de duelo o entre un 10-34 % de los dolientes desarrollan un duelo patológico.
3. Aumenta el riesgo de muerte principalmente por eventos cardiacos y suicidio; los viudos tienen un 50% más de probabilidades de morir prematuramente, durante el primer año.
4. La población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, incrementando el consumo de recursos, quizá por la pérdida de las redes sociales y con ellas de muchos de los recursos clásicos para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo). En un reciente estudio realizado en atención primaria, la tasa promedio anual de consultas al centro de salud resultó ser un 80% mayor entre los dolientes que en el resto de la población. En otros estudios se obtienen resultados similares; en viudas el número de consultas se dispara en un 63% en los 6 primeros meses y en viudos se multiplica por cuatro durante los 20 primeros meses.

4.2 Tipos de Duelo

1. Duelo anticipado (premuerte). Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida hasta el final, por la ansiedad y el miedo. Deja profundas huellas en la memoria.

2. Duelo agudo (muerte y peri muerte). Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por la anestesia emocional e incredulidad ante lo que se está viviendo.

3. Duelo temprano: desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Tiempo de negación, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor incontenible, profundo sufrimiento y llanto.

4. Duelo intermedio (meses, años después de la muerte). Tiempo a caballo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormenta emocional y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autorreproches, donde continúan las punzadas de dolor intenso y llanto, y en el que se reinicia lo cotidiano, comenzándose a percibir progresivamente la realidad de la muerte, es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos; Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Este período dura entre uno y dos años.

5. Duelo tardío (años -¿de 2 a 4 años?- después de la muerte). Transcurridos entre 2 y 4 años, el doliente puede haber establecido un modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta. Y aunque

sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, dejan de ser invalidantes.

6. Duelo latente (con el tiempo...) A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente pre duelo, aunque sí parece llegarse con el tiempo a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se dispara en cualquier momento ante estímulos que recuerden.

5. Bases de la relación Enfermera-Paciente.

- Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades del paciente.
- La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla.

6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

6.1 PRIMERA ETAPA: VALORACION

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

6.2 DATOS Y VALORACIÓN

En el contexto de la valoración de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. Organizar de forma sistemática la información necesaria para diagnosticar las respuestas sanitarias del usuario e identificar los factores que intervienen. Posteriormente, esta base de datos será la base para las restantes fases del Proceso de Enfermería: Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

6.2.1 TIPOS DE DATOS

Durante la valoración, el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos tipos.

6.2.1.1 DATOS SUBJETIVOS

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Esta información no puede ser determinada por el profesional de enfermería con independencia de la interacción o comunicación con el individuo. A menudo se obtienen datos subjetivos durante la historia de enfermería, como son las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo y sobre el estado de salud del usuario.

Algunos ejemplos son las descripciones que hace el usuario del dolor, la debilidad, la frustración, las náuseas o el desconcerto.

La información proporcionada por otras fuentes distintas al cliente, por ejemplo la familia, los consultores y otros miembros del equipo de atención sanitaria, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos.

6.2.1.2 DATOS OBJETIVOS

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física del usuario.

Algunos ejemplos de datos objetivos son la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la presencia de edema y el peso.

Durante la valoración de un usuario, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos. A menudo, estos hallazgos se justifican entre ellos, como sucede en caso de un usuario cuya incisión se abrió tres días después de la intervención. La información subjetiva proporcionada por el usuario, “noto como estallan los puntos”, fue válida por los hallazgos objetivos del enfermero: palidez, diaforesis, hipotensión y evisceración intestinal a través de la incisión.

6.2.1.3 DATOS HISTÓRICOS

Otra consideración a tener en cuenta al describir los datos se refiere al elemento tiempo. En este contexto, los datos pueden ser históricos o actuales (Bellack y Bamford, 1984). Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado. Estos datos son especialmente importantes para identificar las características de la salud normal del usuario y para determinar experiencias pasadas que pudieran tener algún efecto en el estado de salud actual del usuario. Algunos ejemplos de datos históricos pueden ser la hospitalización o cirugía previa, los resultados del ECG, las pautas de eliminación normales o enfermedades crónicas.

6.2.1.4 DATOS ACTUALES

Por contraste, los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en este momento. Algunos ejemplos son tensión arterial, vómitos o dolor postoperatorio. Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas, para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del cliente.

6.3 FUENTES DE DATOS

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas fuentes se clasifican como primarias o secundarias. El usuario es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el usuario puede hacer con mayor previsión como son

compartir las percepciones y sensaciones personales sobre salud y enfermedad, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio cliente. Estas en aquellas situaciones en las que el cliente no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos proporcionados por el usuario.

Entre las fuentes secundarias se encuentran los familiares o seres queridos del cliente, personas del entorno inmediato del mismo, otros miembros del equipo de atención sanitaria y el registro clínico. Familiares, amigos y colaboradores pueden proporcionar también datos históricos oportunos relacionados con las características normales del cliente en su hogar, en el trabajo y en los ambientes de actividades de ocio.

Cada una de estas fuentes secundarias puede contribuir a su base de conocimientos y así ampliar los datos disponibles para comparar y evaluar las repuestas del usuario.

Las personas del entorno hospitalario más cercano al usuario pueden proporcionar también más información. Los visitantes pueden confirmar su opinión de que el usuario está menos comunicativo hoy que en días anteriores. Otros usuarios pueden ofrecer datos actuales sobre acontecimientos que se producen cuando no está usted presente. Por ejemplo, el usuario de otra cama puede confirmar su impresión de que un usuario de edad avanzada pasó por encima de las barras laterales y se cayó de la cama.

6.4 RECOLECCION DE DATOS

La recogida sistemática y continua de datos es la clave para realizar una valoración exacta de sus usuarios. En esta parte se comentará el establecimiento de prioridades en la recogida de datos, los métodos utilizados

para ello y los métodos para favorecerla.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del usuario que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. Por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar. Uno de estos mecanismos es la jerarquía de necesidades humanas.

7. SEGUNDA ETAPA: DIAGNOSTICO

Esta etapa comprende:

Procesamiento de datos.

1. Clasificarlos según patrones y según datos claves para cada patrón.
2. Interpretar los datos:
 - Buscar datos claves que indique riesgos, potencialidades signos y síntomas.
 - Usar razonamiento inductivo o deductivo. Analizar y Deducir.
3. Validar la interpretación de los datos. Frente a sus conocimientos y de los demás del grupo profesional o de profesionales afines.

Errores en el procedimiento de datos:

1. En la recolección.
2. En la interpretación.
3. En la falta de conocimientos clínicos.

8. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

“Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que

se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. Carpenito Lynda ó “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una terapia que está bajo la responsabilidad del profesional de Enfermería Shoemaker, 1984”.

8.1 DIAGNOSTICO CLÍNICO DE ENFERMERÍA

También se le denomina por varios autores como Kim Mija y Carpenito Linda, problemas fisiológicos y problemas colaborativos respectivamente.

Declaraciones inferenciales, hechas por el profesional de enfermería que describe alteraciones fisiológicas que impiden el funcionamiento óptimo del individuo y que por lo tanto dirigen la realización de acciones de Enfermería independientes e interdependientes.

Que es un diagnóstico de enfermería y que no es:

NO ES: * Necesidades de tratamiento.

- Equipos
- Problemas de las enfermeras al dar el cuidado.
- Diagnósticos médicos.
- Signos ni síntomas.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Metas de tratamientos.
- Problemas de personal.
- Tratamientos.

- Exámenes diagnósticos.

SON PROBLEMAS DE SALUD DEL SUJETO.

- Respuestas humanas a la enfermedad.
- Respuestas humanas frente a la salud: Prevención, Promoción, mantenimiento

Los profesionales de enfermería son responsables de: Diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas de salud.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales. Esas funciones independientes comprenden:

- Formas de prevención y promoción.
- Formas de rehabilitación

8.2 ESTRUCTURA DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

La estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o Espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el

problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre sí en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.

NANDA, ya tiene para uso de los profesionales de enfermería, 78 problemas, denominados categorías diagnósticas y que como tales representan conjuntos de signos y síntomas aprobados en la 7ª conferencia de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería, NANDA

8.2.1 EL ENUNCIADO DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Los enunciados de diagnóstico de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Los enunciados constan de dos partes. El problema y la etiología. No puede ser únicamente la parte problema, pues las categorías que describen los problemas son muy generales y no serían los diagnósticos el resultado de una valoración completa.

Las dos partes del enunciado se enlazan con la frase “relacionado con o más simplificado: r/c o Problema/etiología (P/E).

8.2.2 BENEFICIOS DEL USO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

1. Sirve de enfoque para el proceso de enfermería, lo fortalece. Sirve para dirigir las intervenciones de enfermería porque los tratamientos que propone están relacionados con el diagnóstico.

2. Acelera la comunicación entre las enfermeras. Se garantiza un sistema rápido de comunicación al consolidar una cantidad de información en frases cortas.

3. Clarifica las funciones independientes del profesional de enfermería y

aumenta la acreditación de enfermería. Los diagnósticos de enfermería describen y categorizan el contenido de la práctica independiente de enfermería. En últimas los diagnósticos de enfermería tendrán ordenada una terapia de enfermería que se asocia con ellos y enfermería será responsable de dichas terapias.

4. Construyendo un primer nivel para construir un cuerpo de conocimiento único para enfermería.

5. Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación de enfermería.

9. TERCERA ETAPA: PLANEAMIENTO DEL CUIDADO.

Esta tercera etapa se inicia con los diagnósticos de Enfermería y concluye cuando se registra las intervenciones del cuidado de Enfermería. Consta de cuatro partes: selección de prioridades, determinación de los resultados esperados, determinación de las acciones para lograrlos y registro del plan.

La selección de prioridades. Como resultado de la valoración enfocada según interés de enfermería se llegan a la identificación de un número variado de diagnósticos ya que enfermería potencialmente puede identificar múltiples facetas de la funcionalidad del individuo que se afectan en un momento dado como respuestas humanas a una condición anormal.

También es cierto que para garantizar la efectividad y hacer buen uso de recursos, enfermería debe decidir las prioridades en materia de diagnóstica por la imposibilidad de planear para los problemas encontrados.

Determinar prioridades es una habilidad cognitiva que requiere desarrollar un pensamiento crítico en el momento de decidir sobre los siguientes aspectos:

1. ¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
2. ¿Qué problemas son responsabilidad exclusiva del profesional de enfermería?
3. ¿Qué problemas deben tratarse con el concurso de otros profesionales?

4. ¿Qué problemas se pueden tratar aplicando planes de cuidado protocolizados o estandarizados?

5. ¿Qué problemas no están incluidos en los planes estandarizados?

Las prioridades se establecen según Kozier Erb, teniendo en cuenta el momento de definir la prioridad:

a. La importancia vital del problema encontrado o según el concepto de triage.
b. La jerarquización de las necesidades básicas, de acuerdo a la teoría de Maslow.

c. La prioridad que les da el usuario.

d. Los planes de tratamiento médico

e. Los recursos de enfermería.

f. El interés particular del programa que se ofrezca por razones preestablecidas. Determinación de los resultados esperados, objetivos o metas. Las respuestas reales o potenciales del usuario son considerados problemas y se enuncian utilizando las categorías diagnósticas de Enfermería. Los resultados esperados son situaciones que implican cambios totales, parciales o si no hay cambios, por lo menos se espera que no haya empeoramiento de la respuesta humana disfuncional.

Los resultados deben dirigirse a la primera parte del diagnóstico. Estos resultados ayudan a definir conductas a fin de demostrar que se ha corregido, disminuido o prevenido el problema.

10. CUARTA ETAPA: EJECUCIÓN DEL PLAN.

La elaboración del plan se inicia generalmente tan pronto se tiene elaborado el plan, es decir, muy pronto después de la administración y de la preparación de la valoración seguida del diagnóstico. En algunas unidades como Urgencias, UCI; Salas de Parto hay protocolos preestablecidos como planes y una vez que se

identifica los problemas se procede a actuar con base en los protocolos.

A los profesionales de Enfermería se les identifica más que todo por lo que hacen, más que por los problemas que tratan. Actualmente, para desarrollar el conocimiento de enfermería se está enfatizando en que enfermería determine los problemas que pueden tratar, las metas que pretende alcanzar y las acciones más adecuadas para solucionar dichos problemas.

En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan.

De acuerdo con los planes y la condición del usuario, la ejecución del plan puede estar a cargo del usuario y otros miembros del equipo para actuar bajo la dirección del profesional de Enfermería.

En el paciente ambulatorio lo ejecuta el paciente mismo y los miembros de su familia; algunas veces la familia puede participar en el cuidado interhospitalario.

En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas.

Las capacidades para tomar decisiones, la observación y la comunicación son aspectos significativos que aumentan las probabilidades de éxito durante la ejecución tanto del profesional de Enfermería como de los miembros del equipo de salud.

11. QUINTA ETAPA: EVALUACION

La quinta etapa del Proceso de Enfermería ha sido en muchos casos olvidada,

argumentando que no es fácil cumplir con ella, bien por falta de tiempo o porque las etapas que la han precedido tampoco han sido cumplidas a cabalidad. (Marjory, 1985)

CAPITULO II

CUIDADOS

PALEATIVOS

AL PACIENTE.



CAPITULO II CUIDADOS PALEATIVOS AL PACIENTE

1. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-011

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.

1.1 CAMPO DE APLICACIÓN.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que, de manera específica, cuenten con un área o servicio para la prestación de servicios de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal.

Los cuidados paliativos se deberán proporcionar con absoluto respeto, trato digno y profesional a los enfermos en situación terminal, evitando en todo momento incurrir en acciones extraordinarias o desproporcionadas.

El médico tratante, deberá recomendar al enfermo en situación terminal y a su familia, tutor o representante legal, la participación de profesionales o técnicos en otras disciplinas que puedan coadyuvar en la prestación de los cuidados paliativos al paciente.

El médico tratante, será el responsable de indicar o prescribir un plan de cuidados paliativos, el cual deberá ser explicado en forma comprensible y suficiente al paciente, familiar, tutor o representante legal.

Para poder iniciar con el plan de cuidados paliativos indicado o prescrito por el médico tratante, se deberá recabar la carta de consentimiento informado, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana.

2. HISTORIA DEL CUIDADO.

El cuidado, desde su origen, se ha definido como un acto propio de casa ser

humano, cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vía y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. Se perfila alrededor de dos ejes que nacen juntos, coexisten y se complementan: el bien y el mal. El bien es todo aquello que hace vivir y el mal corresponde a la enfermedad y la muerte. El bien debe estar sobre el mal, negando en todo momento su existencia.

Desde tiempos inmemorables, los trabajos llevan satisfacer las necesidades de la vida diaria han sido asignados a hombres o mujeres por separado, dependiendo de sus características.

Para ello se ha tenido en cuenta la necesidad del empleo de la fuerza, la delicadeza, la atención, la dedicación, y el tiempo fuera del hogar. Por ejemplo, el sexo masculino se convierte en centro de fuerza y dominio por su capacidad de lucha, que traspasa los límites del hogar, para buscar la subsistencia propia y de su familia.

El principio de todos los cuidados ha sido vinculado, históricamente con las funciones desarrolladas para mantener la vida y el bienestar, lo cual origina las prácticas de cuidado cotidiano, desarrollados por la mujer del hogar, con sus hijos, con ella misma y con el hombre\compañero. La aplicación del cuidado corresponde al reconocimiento de una función social, aquella que se elabora alrededor de la fecundidad, que participa de forma directa en las situaciones que contribuyen al matrimonio y desarrollo de la vida. Las mujeres han curado gracias al contacto con la naturaleza, han forjado su saber transmitiéndolo de unas a otras. Sus actividades de cuidado están enfocadas en el bienestar durante toda la vida, desde el momento del nacimiento hasta la muerte.

La cultura del cuidado en la mujer tiene sus raíces en el cuidado corporal, donde este es el centro de aprendizaje e instrumento único y perfecto, digno de preservar. Los cuidados tienen como foco de atención el cuerpo del recién nacido, sin olvidar los momentos importantes de la vida, como la pubertad, la gestación, el parto, etc. Estos estimulan los sentidos, abarcan lo concerniente a

mantener el cuerpo en un entorno sano; por lo tanto, es necesario recordar que la muerte está en el cuerpo, de ahí surgen las costumbres y rituales mortuorios, desarrollados en ese momento exclusivamente por la mujer.

Otro aspecto importante en el origen del cuidado es la alimentación; las mujeres se encargaban de obtener recursos a través de las cosechas, por lo que se destacaron en la economía alimentario y obtuvieron, al tiempo, experiencia en las bondades curativas de las plantas.

Procesos tan importantes como higiene, fecundidad, maternidad, parto y lactancia son ejemplos de cómo el cuidado es innato en el ser humano, especialmente en la mujer.

El reconocimiento del valor social al cuidado corporal se basa en la experiencia vivida e interiorizada en su propio cuerpo, donde la anciana se constituye en la maestra y adquiere un reconocimiento para iniciar a las mujeres en el cuidado, por su amplia experiencia.

Con el paso del tiempo y la formación de comunidades, este cuidado desarrollado por la mujer se extiende a personas fuera de su núcleo familiar, sin remuneración, y que el trabajo de cuidar es considerado un servicio y eso significa solidaridad se quita importancia al factor económico, que lleva a la devaluación económica de esta importante labor y se pierde la reciprocidad entre el cuidado y el cuidador.

Con la llegada del cristianismo, se genera un cambio en el concepto de cuidado, donde las mujeres que lo brindan, basadas en el cuerpo y la alimentación, se convierten en transmisoras de creencias y ritos paganos, por lo que son juzgadas y perseguidas por la sociedad cuando son catalogadas como brujas.

Las crisis socioeconómicas que marco durante el siglo IV el desmorramiento del imperio grecorromano originan una cultura donde el elemento fundamental es el desprecio de la sexualidad; el alma se contrapone al cuerpo, que es la prisión del alma. La iglesia se apropia de los conocimientos que se deben utilizar para el

cuidado, y surgen las denominadas mujeres consagradas, cuyas características eran la virginidad y la dedicación a los pobres y enfermos.

Ellas convirtieron su trabajo en una función social, que debe ser ejercida de por vida, entregando a Dios votos de castidad. Estas mujeres, que permanecen en claustros y monasterios, deben ser portadoras de todos los valores morales y religiosos, deben dedicarse a la oración y su elemento principal en el cuidado es la palabra y el consuelo.

El estado de mujeres consagradas, insertas en una sociedad impositiva desde los puntos de vista moral y espiritual, hace pensar en la devaluación de la mujer como ser individual, que pierde su esencia, su autocuidado y hasta su higiene, por el rechazo al cuerpo, que las obliga a permanecer en un estado de abandono por el simple hecho de ser mujeres y tener que dedicarse al cuidado de otros.

3. CUIDADOS

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte, actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo o independizarse lo más rápidamente posible.

3.1 CONCEPTO DE CUIDADOS PALIATIVOS.

Los cuidados paliativos están totalmente dirigidos al paciente en fase terminal y la familia, los cuales no se enfocan solo a la enfermedad.

Los cuidados paliativos cuya finalidad son aliviar el sufrimiento del paciente y facilitar la transición de la vida a la muerte, también hacen parte de los cuidados ordinarios.

4.-VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City y muere en marzo de 1996. Fue en 1921 cuando se gradúa como enfermera en la escuela del ejército, y al año siguiente inicia su trayectoria como docente que completa con la investigación, y que no abandona hasta su muerte.

Después, acepto un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing Service de Nueva York.

En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant hospital de Virginia.

Entró al Teacher College de la universidad de Columbia, donde se licencio como profesora y donde posteriormente realizó un master.

En 1929 trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1953 ingresa a la universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de enfermería.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la universidad de Yale y recibe 9 títulos honoríficos.

El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Virginia Henderson se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración. Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la

independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento

3º.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7º.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8º.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9º.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Cuidado: Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Ella plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

(Arena, 2012)

5. ÉTICA DEL TRATAMIENTO PALIATIVO.

Cuando no es posible curar al paciente, queda en primer plano el aliviar su sufrimiento, que es éticamente obligatorio y justifica plenamente las actuaciones paliativas, que consiguen tal finalidad.

La enfermera trata que los pacientes en situación terminal tienen obligación de estar bien entrenada en el manejo de los diversos niveles de analgesia y aplicar en cada caso el conveniente para la situación del enfermo. Si no consigue un eficaz control del dolor o se requieran técnicas especializadas debe poner al enfermo en manos del especialista médico indicado.

Cuando el enfermo se encuentra moribundo y el objetivo es conseguir el máximo control del dolor, se pueden utilizar pautas de sedación en las que exista la capacidad de despertar y llevar o seguir una conversación lúcida.

Existe la obligación ética de no privar de la consciencia de sí mismo sin verdadera necesidad. Sin embargo, cuando se pretende la supervisión de la sensación dolorosa, si existen motivos serios, se puede evitar el dolor, aunque lleve consigo una supresión o disminución de la consciencia. Si de la aplicación

de algún fármaco se siguiera un acortamiento de la vida como efecto no buscado, no habría tampoco inconveniente en administrarlo.

5.1 CUIDADOS MÍNIMOS Y MEDIDAS DE SOPORTE VITAL

Los cuidados otorgados a un paciente en fase terminal no son aplicados como medios para preservar la vida, sino que se aplican en razón de una asistencia éticamente obligada, que debe buscar sobre todo la humanización de esa fase final de la vida del paciente, aun cuando pueda permanecer o fallecer.

Los médicos tomarán las medidas necesarias para curar y conseguir la mejor calidad de vida con el enfermo recuperable, así como las decisiones de limitación del tratamiento, o pase del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos.

La enfermera es el profesional más preparado para hacer de intermediaria del paciente, conocer sus deseos y situaciones familiares y hacer llegar esa información al médico antes de tomar decisiones, debe velar por el cumplimiento de las voluntades anticipadas del paciente si es que existen.

Los cuidados de enfermería, cuando excepcionalmente han de ser aplicados por técnicas especiales, pueden perder su carácter de obligatoriedad y convertirse en cuidados extraordinarios o desproporcionados. Se estima que los cuidados básicos para mantener la vida humana son la hidratación y la alimentación.

La hidratación por la sonda nasogástrica o por vía endovenosa es habitualmente beneficiosa para un enfermo terminal. Esto contribuye al bienestar del paciente y ayudan psicológicamente evitando que se siente abandonado. Sin embargo en el caso del paciente agónico se producen alteraciones fisiológicas que hacen difícil el equilibrio electrolítico, por lo que la hidratación por cualquiera de las vías no aportara beneficios y se convertirá en un cuidado extraordinario, y tal vez solamente justificable para que la familia no piense que se tiene en abandono a su paciente moribundo.

6. ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO TERMINAL.

La alimentación se considera un cuidado mínimo pero no necesariamente de cualquier modo. Sería un cuidado ordinario alimentar por sonda nasogástrica y si se espera una supervivencia razonable podría también incluirse la alimentación por gastrostomía.

La nutrición parenteral habitualmente se puede considerar como un cuidado extraordinario, pues plantea mayores de aplicación por su costo elevado, para su aplicación se requiere que el paciente se encuentre hospitalizado, debe ser controlada por la enfermera y el médico y no exenta de riesgo. (Leon, 2010)

El juicio de proporcionalidad de estos cuidados, recae tanto sobre la familia como sobre la enfermera, aunque la orden última es del médico.

Las enfermeras que atienden al paciente deben tener en cuenta los siguientes principios:

- Que conforme se acerca un paciente a la muerte se vuelve cada vez más desinteresado por la comida y en menor medida la toma de líquidos.
- Los pacientes inapetentes son incapaces de disfrutar de una comida abundante.
- Que sus necesidades calóricas son mucho menores.
- Que no está comprobado que la terapia nutricional mejore la calidad de vida de un paciente.
- En necesario tener en cuenta las preferencias del paciente, presentación y preparación de las dietas especiales. Otra forma de ayudarles es hacerles poco énfasis en su pérdida de peso.

7. DEBERES ÉTICOS PARA EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

Es éste uno de los cometidos de todo el equipo sanitario, pero especialmente de la enfermera, que deberá realizarlo de acuerdo con la familia y con las sucesivas etapas emocionales de adaptación, que se presentan en mayor o menor medida en todos los casos: deseos de conocer o de confirmación del diagnóstico, shock con fuerte conmoción interna, fase de negación, enfado, negociación o pacto, depresión, resignación y aceptación final. El médico debe informar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento al paciente, de modo general, pero es misión de la enfermera comprobar que el paciente lo ha entendido, y ayudarle a asimilar la información.

En los actuales Códigos de ética de Enfermería está muy presente la importancia de la actuación directa de la enfermera para resolver los problemas éticos que se presentan en la atención, en su papel de promover la autonomía del paciente: a través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona que es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería; "La enfermera debe verificar que las personas (paciente, familia, acompañante) reciban información suficiente para aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos.

También puede superar la barrera de distancia que con frecuencia se interpone entre los médicos y los pacientes, y establecer un diálogo con tiempo suficiente para desarrollar una relación de ayuda, que normalmente el médico no puede realizar. Los pacientes terminales experimentan una serie de inquietudes con preguntas que en ocasiones no se atreven a hacer ni a sí mismos; temores que expresarán en la medida en que encuentren enfermeras a su lado que sean sensibles y comprendan lo que subyace en sus comentarios y dudas; dependencias físicas y psíquicas que pueden desmoralizarles y hacerles perder su propia autoestima y dignidad personal

En definitiva, buscan encontrar un sentido a lo que les ocurre, precisamente a ellos. Pueden y deben encontrar en las enfermeras que les atienden una gran

ayuda para adaptarse a ese proceso del morir, a esa despedida de sus seres queridos, antes de entrar en la inconsciencia. Y las enfermeras deben estar preparadas, profesionalmente también, para prestar este cuidado plenamente humano, en condiciones más difíciles de atención al paciente. En definitiva, se trata de saber disponer al paciente para una muerte afrontada con dignidad. Para esto se necesita resolver una serie de puntos:

1. Lo primero es que el paciente sepa que se está muriendo. De este modo podrá resolver sus asuntos, tomar sus disposiciones, cumplir sus promesas o simplemente despedirse. Se tiende con excesiva frecuencia a ocultar el diagnóstico por parte de la familia, con la aquiescencia del médico, y es deber de la enfermera en esos casos intervenir a favor del propio paciente con prudencia, pero con claridad. Puede haber excepciones, pero no deben convertirse en la regla general.

2. Es necesario que el enfermo pueda seguir siendo, en cierto modo, agente, y no mero paciente. Por ello debe intervenir en las decisiones sobre su enfermedad o sobre su persona. Es tarea de la enfermera comprobar que efectivamente ha comprendido la información dada por el médico, antes de que el paciente firme el protocolo de consentimiento, si no lo ha hecho en la consulta, como suele ser frecuente. En gran parte depende de las enfermeras que el consentimiento sea un proceso de información y no un mero trámite burocrático en nuestros hospitales.

3. Hay que preservar en la medida de lo posible la autonomía y autocontrol del paciente. La sensación de menor dignidad resulta de la excesiva dependencia y la pérdida de control de las funciones orgánicas.

4. Deberá mantener en la medida de lo posible ciertas actividades y relaciones familiares, sociales y profesionales. Sentirse persona implica ser capaz de

relacionarse.

5. Se debe proteger la pérdida de la imagen corporal. Hay que evitar que el enfermo se sienta desfigurado o depauperado. Muchas veces esos cuidados los realizará la propia familia o auxiliares, pero la enfermera debe supervisarlos.

6. Al enfermo se le debe facilitar el apoyo espiritual si lo desea, y la enfermera puede facilitar al paciente o a sus familiares la información. (Francisco Javier Leon Correa , 2008).

8. EMPLEO DE LOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS.

¿Hasta qué punto hay que agotar con un enfermo todos los medios terapéuticos? ¿Es ético emplear curas costosas y difíciles aunque den solo una pequeña esperanza de éxito? ¿Es obligatorio poner todos los medios disponibles en cada caso, para mantener a un enfermo en vida el mayor tiempo posible? ¿Se puede o se debe prolongar artificialmente la vida? No siempre hay que recurrir a toda clase de remedios posibles. Hasta ahora se hablaba de remedios “ordinarios” o “extraordinarios” para mantener la vida. Ahora, por la imprecisión del término y los rápidos progresos de la terapia, se prefiere hablar de medios “proporcionados” y “desproporcionados”. Para realizar el juicio de proporcionalidad habrá que tener en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios, y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales.

Con estos elementos habrá datos suficientes para decidir un tratamiento que prolongue la vida o para conformarse con los medios paliativos que la Medicina puede ofrecer., sin caer nunca en el encarnizamiento terapéutico. En nuestra opinión el problema afecta más a enfermos que reciben terapias intensivas y sus familiares, que a pacientes en situación Terminal en general, o que están en atención domiciliaria. Entre los profesionales de enfermería que se dedican a los cuidados paliativos, parece que estos dilemas están en parte resueltos en las

guías clínicas. Aplicando el principio terapéutico o de beneficencia, que lleva a enjuiciar cada situación buscando el bien del enfermo, y el principio de autonomía, que lleva a respetar el derecho del paciente a intervenir en la toma de decisiones sobre el tratamiento a realizar, se puede encontrar una solución ética para cada situación concreta.

La decisión sobre proporcionalidad tiene que tomarla el médico, pero ya comentamos que la tarea de la enfermera es proporcionar los datos necesarios de la valoración subjetiva del paciente o la familia sobre las decisiones, así como los aspectos clínicos que desde enfermería piense deben tenerse en cuenta.

La enfermera debe estar presente en esta toma de decisiones que no le competen exclusivamente al equipo médico. Está claro que cuando el paciente está en situación irreversible, no hay que agotar todos los medios terapéuticos, que no es ético el encarnizamiento terapéutico, que no es finalidad de la medicina mantener a un paciente con vida el mayor tiempo posible, sino por el contrario ayudar a que tenga la mayor calidad de vida posible en esos momentos finales de su vida. Y aquí entran los cuidados paliativos como función primordial de la enfermera, junto a los demás profesionales, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, fisioterapeutas.

La enfermera es, en los servicios de salud, la que lleva directamente la gestión de los cuidados; Por tanto, debe unificar la gestión de los cuidados paliativos y participar previamente en las decisiones sobre limitación de tratamientos, para conseguir que efectivamente se comiencen los cuidados paliativos cuando son necesarios, sin que se produzca abandono del paciente, velando porque se respeten sus derechos. (Francisco Javier Leon Correa , 2012)

9. DERECHOS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL.

Los derechos del paciente son concreción de los derechos humanos primordiales, que fundamentan también la reflexión sobre valores y principios en Bioética. Tienen derechos a recibir un cuidado especializado con el fin de

minimizar los riesgos de morir o de quedar incapacitados; a obtener de sus médicos información acerca de su condición; a negarse a ciertos tratamientos dentro del marco permitido por la ley; a ser visitados por sus seres queridos, sin que esto interfiera en las regulaciones de cada UCI.

Al recibir la asistencia religiosa por parte del ministro o sacerdote de su credo; a que se les ayude en gestiones de orden legal o personal que consideren importantes en su situación vital; a que toda información relativa al cuidado de su enfermedad sea tratada como confidencial; y finalmente, derecho a ser atendidos en forma personalizada, con especial referencia al trato respetuoso y considerado. Las enfermeras deben velar por el cumplimiento total cabal de estos derechos por parte de todos los profesionales que se encuentren relacionados con el paciente. (Francisco Javier Leon Correa , 2012)

10. EUTANASIA

La interpretación exclusivamente etimológica proveniente del griego, donde el prefijo eu que significa bueno y el sustantivo thánatos que equivale a muerte, sugiere “buena muerte” está muy lejos de aclarar las múltiples situaciones que se encontrarían comprendidas en esta sencilla expresión.

La eutanasia debe examinarse hoy como una realidad, aplicable o no, en situaciones ciertas y comprobables y no simplemente como un ejercicio teórico ajeno a las circunstancias y contingencias que ocurren cotidianamente. (Carlos R. Gherardi, 2013)

10.1. HISTORIA DE EUTANASIA

El término “eutanasia” fue introducido por Francis Bacon en 1605, quien la propuso con el único fin de diseñar una nueva y futura práctica médica que cumpliera con el objetivo de aliviar y apaciguar los últimos momentos de la vida. Este afirmó que la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores, no solo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación sino también en cuanto puede llegar a servir para procurar una muerte

fácil y tranquila.

Parece probable, que en los inicios de la creación del vocablo este no tuviera nada que ver con todos aquellos actos voluntarios para procurar la muerte sino que estaría más acorde con ser una descripción breve de la armonía del ambiente, de la paz interior y la facilidad biológica del tránsito definitivo en que en condiciones óptimas y adecuadas deberían caracterizar el instante mismo y último de la vida terrena de los seres humanos.

A finales del siglo XIX el sentido de este vocablo cambia debido a que se empezó a utilizar cada vez más para describir la siguiente situación: poner en fin, es decir, acaba de una manera deliberada, la vida de un enfermo terminal.

Los nazis, durante la Segunda Guerra Mundial, llamaron “eutanasia” a su programa de genocidio lo cual contribuyo a que se tergiversara aún más el sentido y significado de este término.

Es así como las distintas modalidades de la eutanasia antecedieron por siglos a las propuestas de Bacon y de los nazis; podría decirse que son tan antiguas como la historia del ser humano. Sus principales causas seria de índole cultural, filosófica, ética, intelectual y afectiva. (Cuello, 2005)

10.2 CONCEPTO DE EUTANASIA

Proceso mediante el cual se le ayuda a terminar con la vida de un paciente que sufre alguna enfermedad cuyo pronóstico de evolución es desfavorable para la vida, efectuada por un tercero cuyo objetivo es en propio beneficio del paciente.

10.3 TIPOS DE EUTANASIA

Eutanasia Agónica.- Consiste en provocar la muerte sin sufrimiento, de un enfermo ya desahuciado

Eutanasia Lenitiva: Consiste en suprimir o aliviar en lo posible el dolor físico causado por una enfermedad que se presenta como mortal

Eutanasia Suicida.- Es el propio sujeto que recurre a la utilización de medios

letales para acortar o suprimir su vida.

Eutanasia Homicida.- la cual ofrece dos formas principales; una mas leve, técnicamente llamado homicidio piadoso, que consiste en el acortamiento de la vida de un semejante para liberarle de las taras anejas a una enfermedad terrible, a una deformación física o a una vejez angustiosa.

La segunda es la eutanasia eugenico-economica o social cuyo objetivo es eliminar vida humanas que se consideran una carga para la sociedad, las llamadas vidas sin valor vital. Eutanasia Negativa.- Logra sus fines omitiendo cualquier tipo de ayuda medica al enfermo; se conoce científicamente como ortotanasia; existe también la distanasia que consiste en omitir los medios considerados extraordinarios para prolongar artificialmente la vida de un enfermo con proceso patológico irreversible.

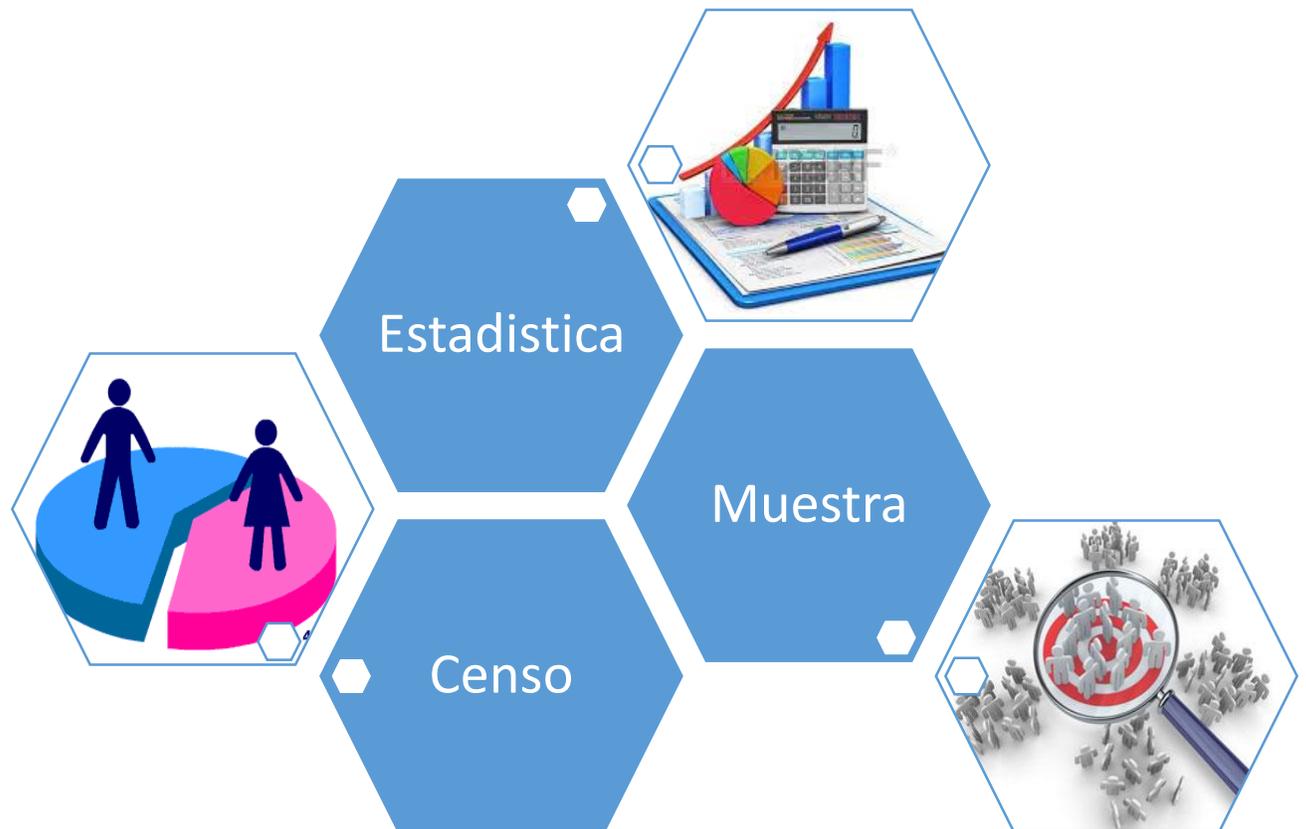
Eutanasia Positiva.- Provoca la muerte por medio de una intervención adecuada, generalmente mediante la intervención de un fármaco. (Cuello, 2005)

CAPITULO III

INSTRUMENTACION

ESTADISTICA

CAPITULO III
INSTRUMENTACION
ESTADISTICA

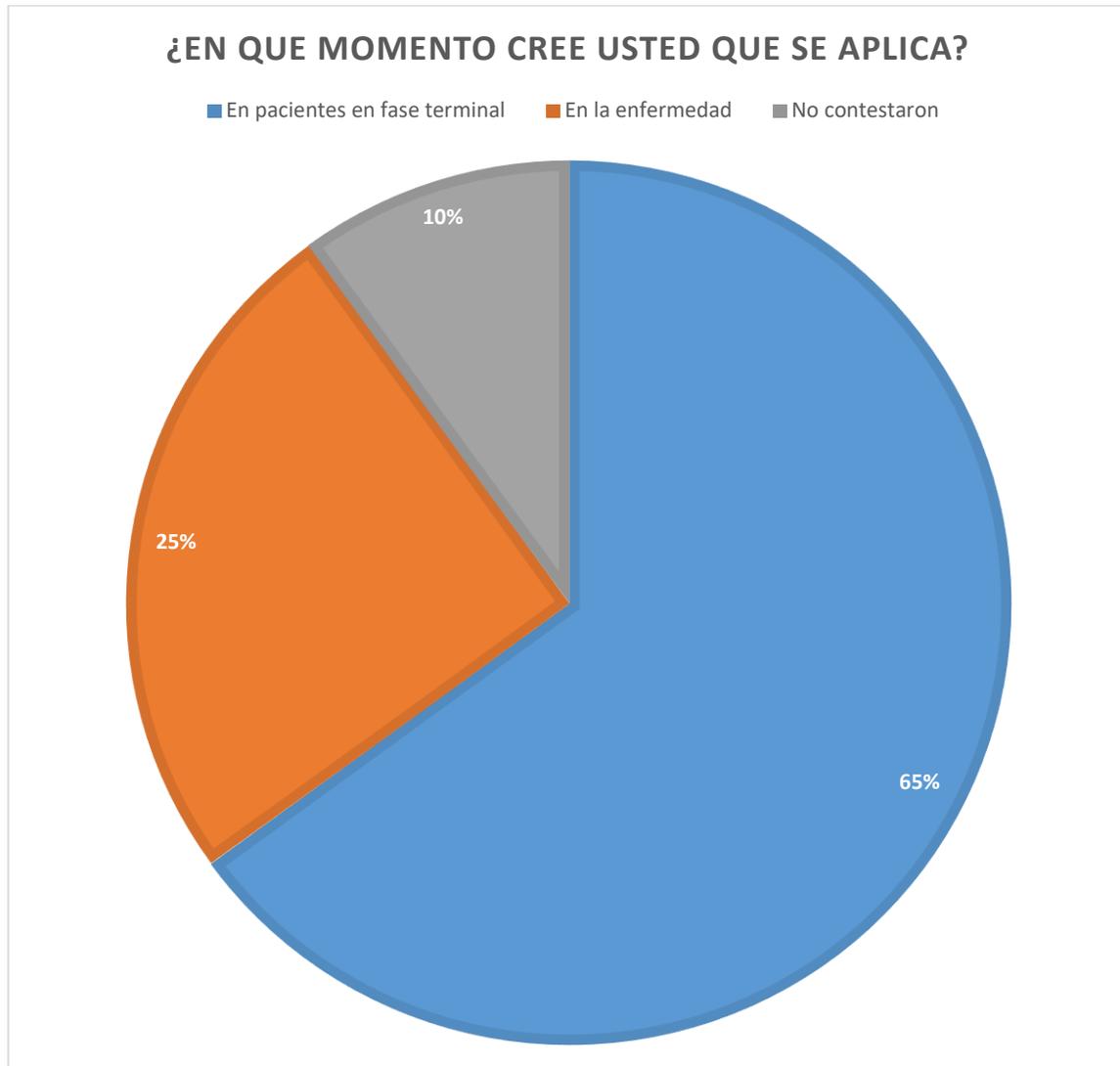


1.- ¿Sabe usted cual es el concepto de Tanatología?



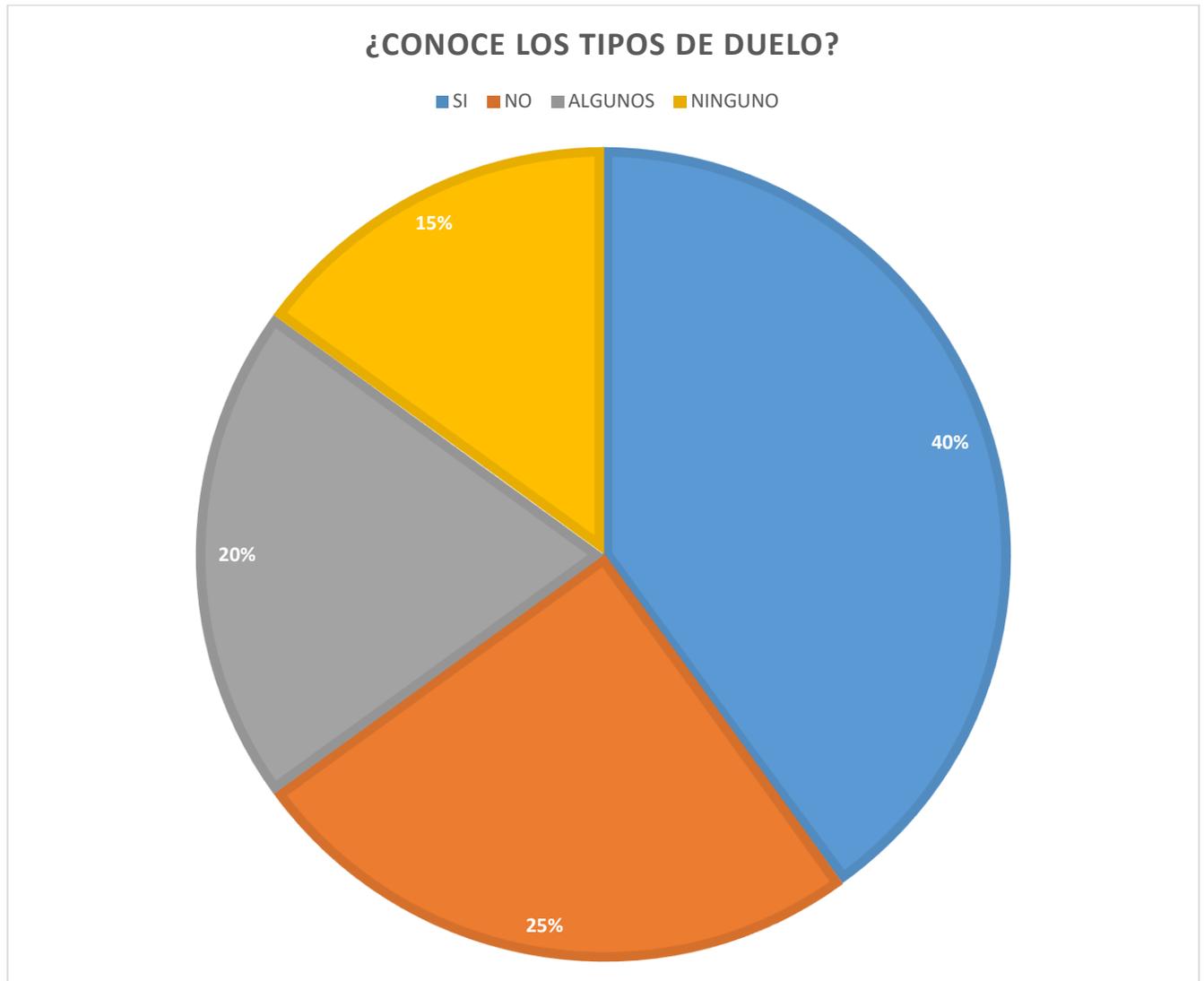
El 65% de la muestra sabe el concepto de Tanatología y un 35% tiene una ligera idea del concepto más no es del todo correcto.

2.- ¿En qué momento cree usted que se aplica?



Del total de la muestra un 65% sabe a qué tipo de pacientes se le brinda este tipo de cuidados, el 25% no especifica en qué etapa se aplican y un 10% no respondió a la pregunta.

3.- ¿Conoce los Tipos de Duelo?



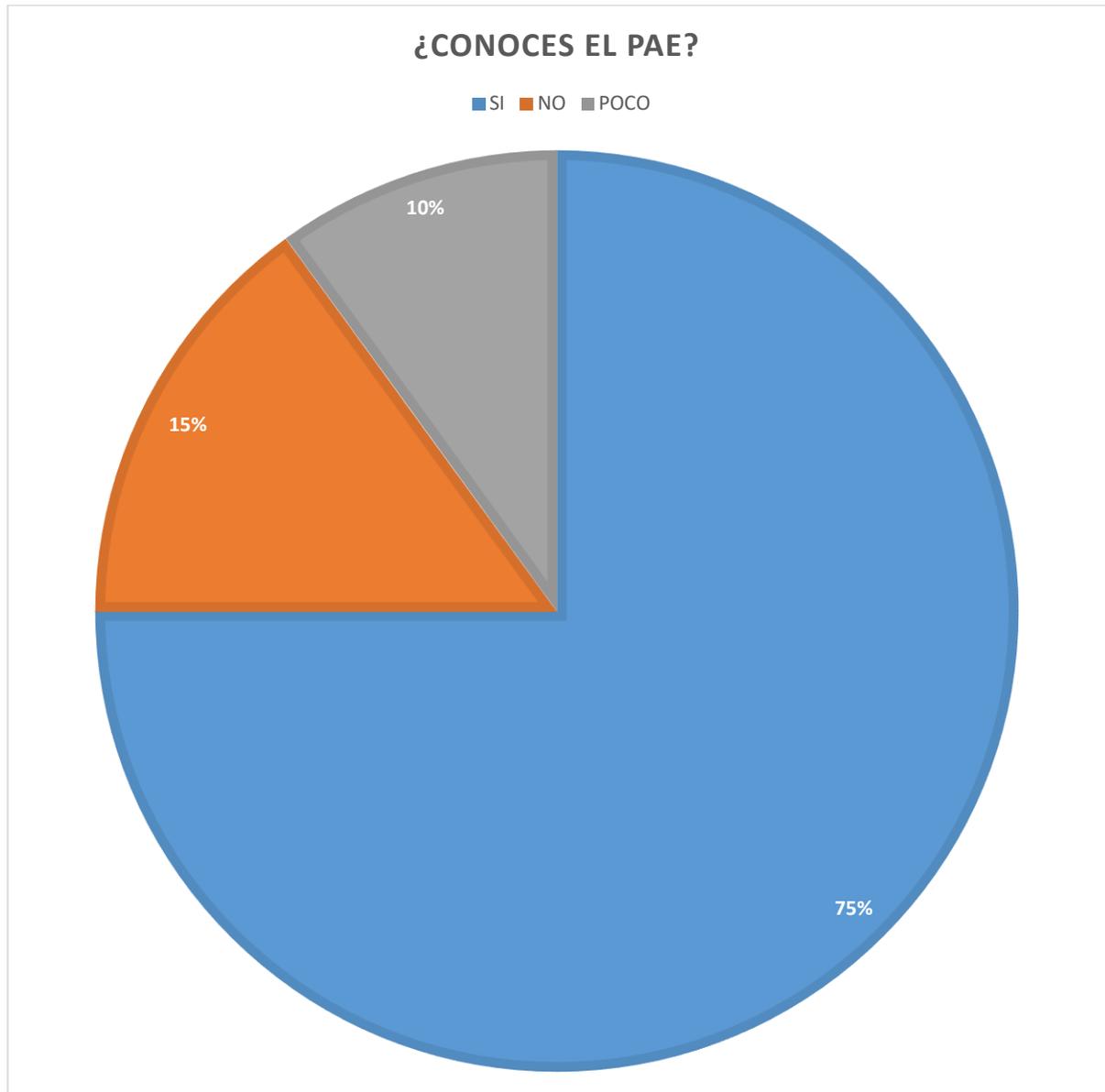
Del total de la muestra solo un 40% conoce los tipos de duelo más comunes, un 25% no los conoce, un 20% conoce más de 3 tipos de duelos y un 15% no conoce ninguno.

4.- ¿En qué teórica te basas para brindar cuidados a tu paciente?



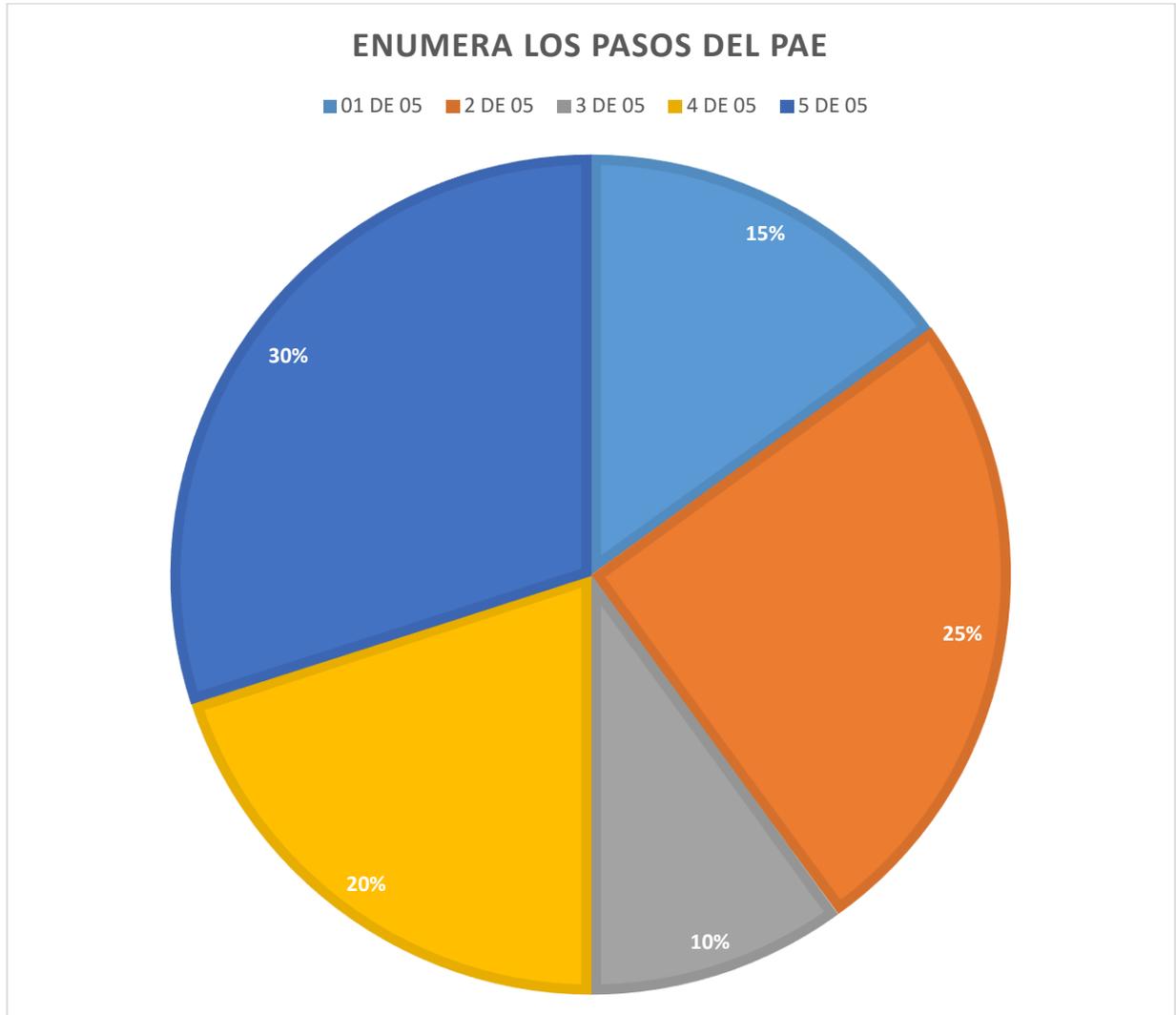
Del 100% de la muestra el personal de enfermería declaró que un 60% basa sus cuidados en el modelo propuesto por Florence Nightgale, un 35% en Virginia Henderson y solo un 5% en Dorotea Orem

5- ¿Conoces los PAE?



De la muestra un 75% conoce el Proceso de Atención de Enfermería y expresan que basados en él y en los modelos de las Teóricas brindan sus servicios a sus pacientes; un 15% no lo conoce y un 10% lo conoce muy poco.

6.- Enumera los pasos en los que consiste este método:



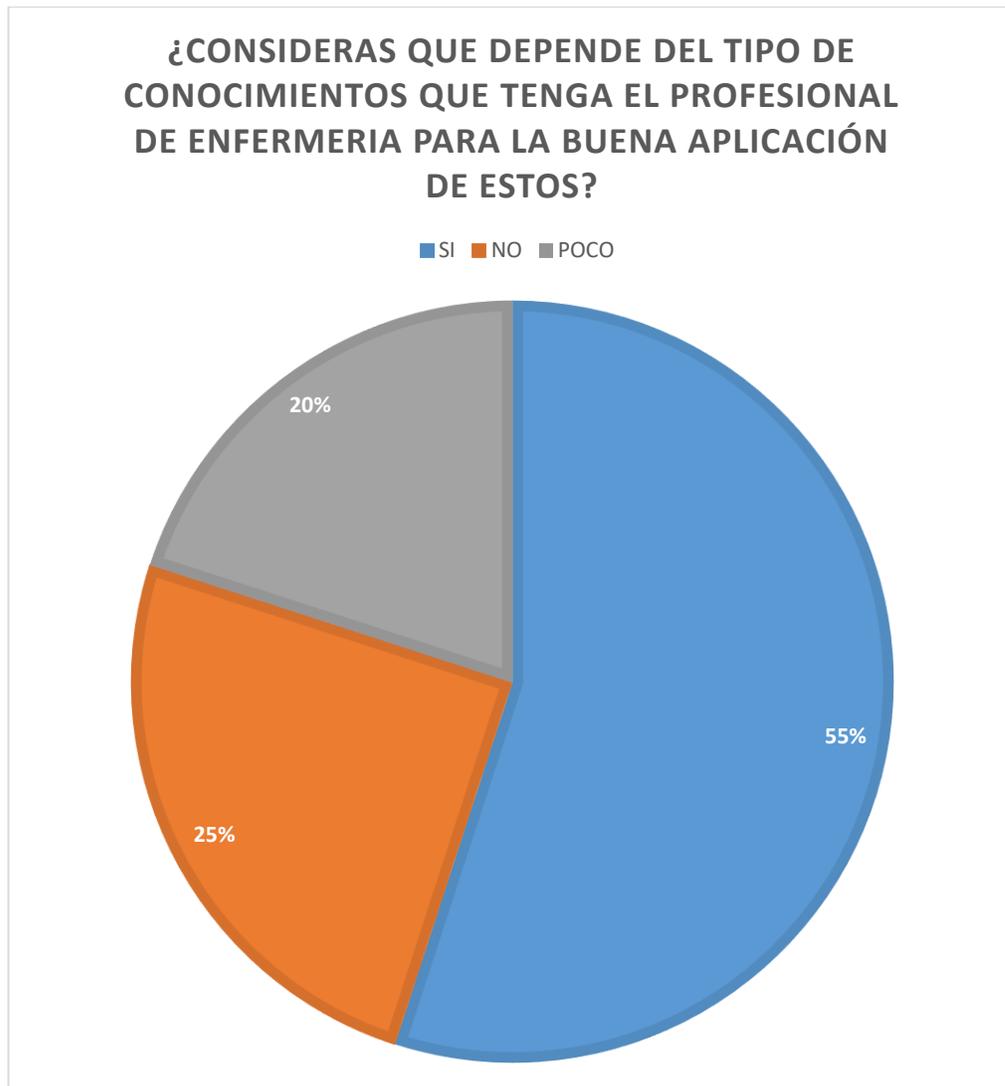
En esta parte de la encuesta se realizó un listado con las partes de PAE en desorden, en donde los participantes tenían que ordenarlos conforme al orden, parámetros graficados se establecieron conforme cuantos reactivos correctos de los cinco; los resultados fueron que solo un 33% sabe el orden de las etapas de PAE ósea 5 de 5 , un 22% sabe 4 etapas de 5, un 10% sabe 3 etapas de 5; un 25% conoce 2 etapas de 5 y un 15% solo conoce 1 etapa de las 5.

7.- ¿Cuáles consideras tu que son los cuidados paliativos?



Un 40% de la muestra expresa que los cuidados que se tienen que brindar a estos pacientes son solo cuidados de sostén; un 25% nos dice que solo depende de la alimentación; un 20% manifiesta que los cuidados son evitar el dolor y es el 15% los que piensan en ayudar al buen morir.

8.- ¿Consideras que depende del tipo de conocimientos que tenga el profesional de enfermería para la buena aplicación de estos?



La grafica muestra que el 55% de la muestra afirma que el profesional de enfermería para poder brindar un buen servicio de calidad; 25% consideran que los cuidados que se le brinden al paciente tiene que estar indicados por el paciente y el 20% concuerdan con que no solo depende del conocimiento teórico si no que tiene que haber práctica.

9.- ¿La experiencia del profesional de enfermería se ve reflejada en los cuidados que le proporciona a su paciente?



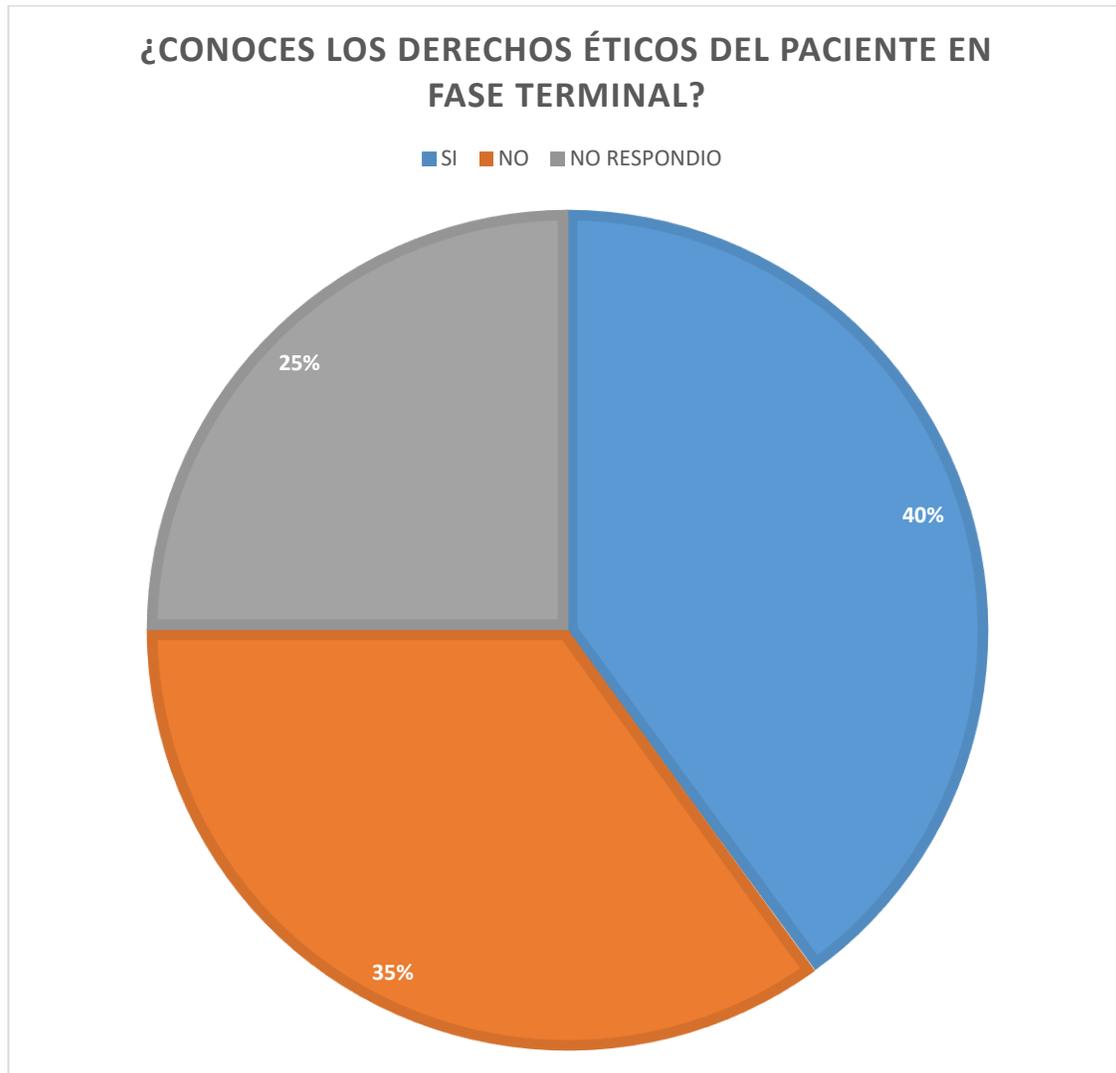
Del total de la muestra el 70% está de acuerdo en que la experiencia de la enfermera se ve reflejada en los cuidados para su paciente y el otro 30% expresa que las no importa el nivel de experiencia de la enfermera para poder aplicar buenos cuidados al paciente.

10.- ¿Consideras que el mostrar afectividad ante este tipo de pacientes muestre vulnerabilidad ante el demás equipo?



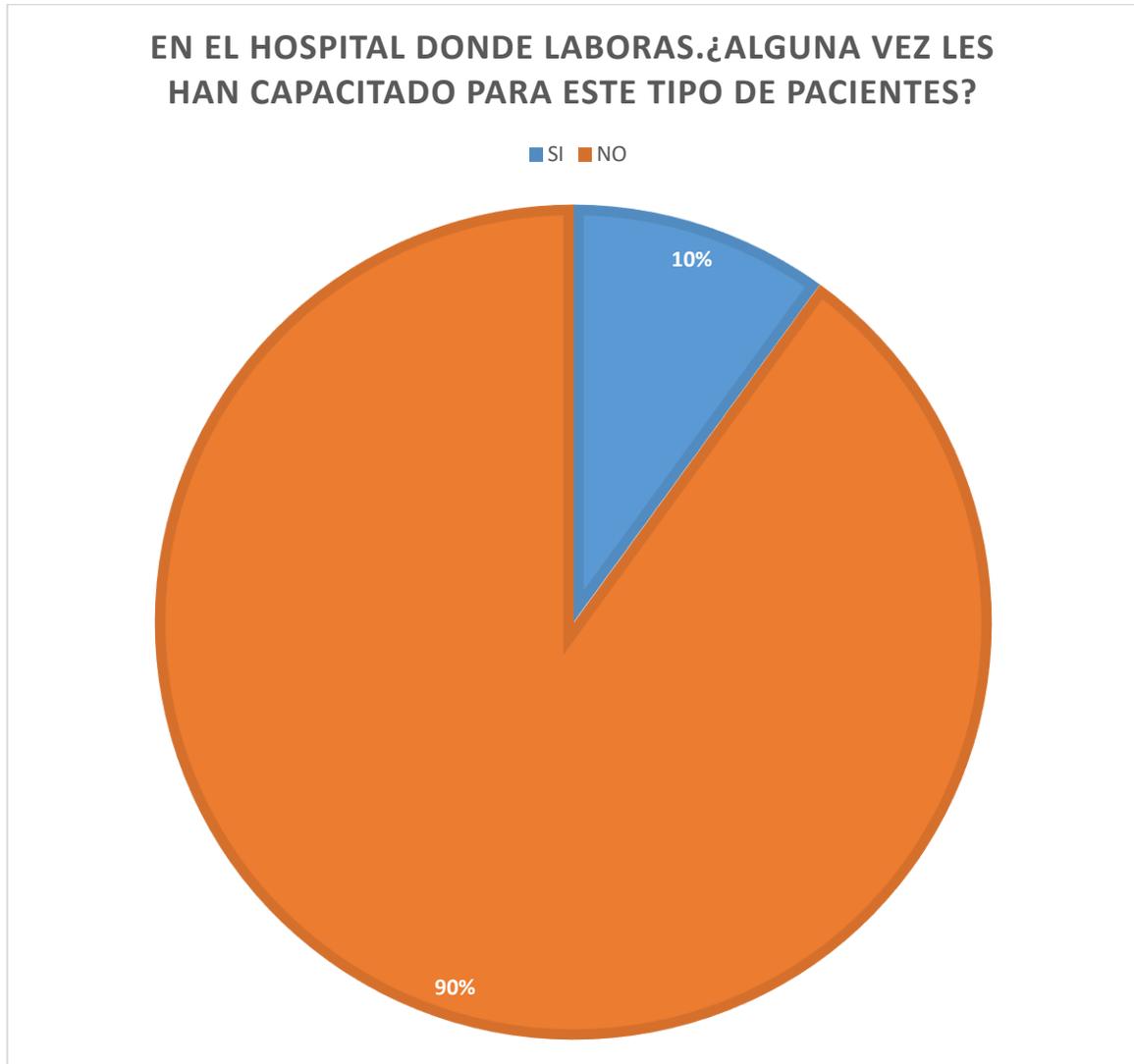
De la toma de muestra se muestra que el 70% considera que el hecho de mostrar afectividad al paciente no hace mostrar al personal de enfermería vulnerable y el otro 30% no está de acuerdo en mostrar afectividad.

11.- ¿Conoces los derechos éticos del paciente en fase terminal?



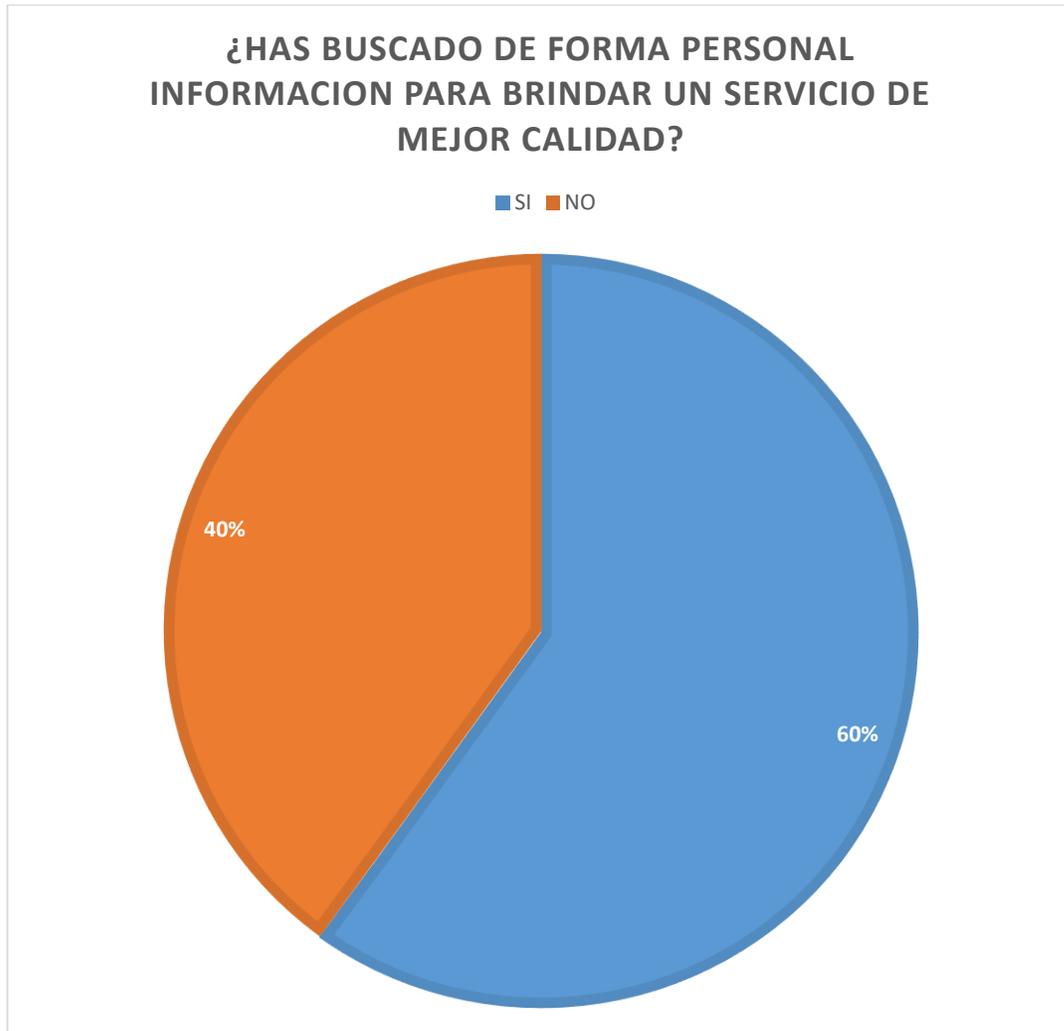
Del total de la muestra el 40% establece que conoces los derechos del paciente en fase terminal, el 35% dice no conocerlos y el 25% no respondió la pregunta.

12.-En el hospital donde laboras, ¿alguna vez les han capacitado para este tipo de pacientes?



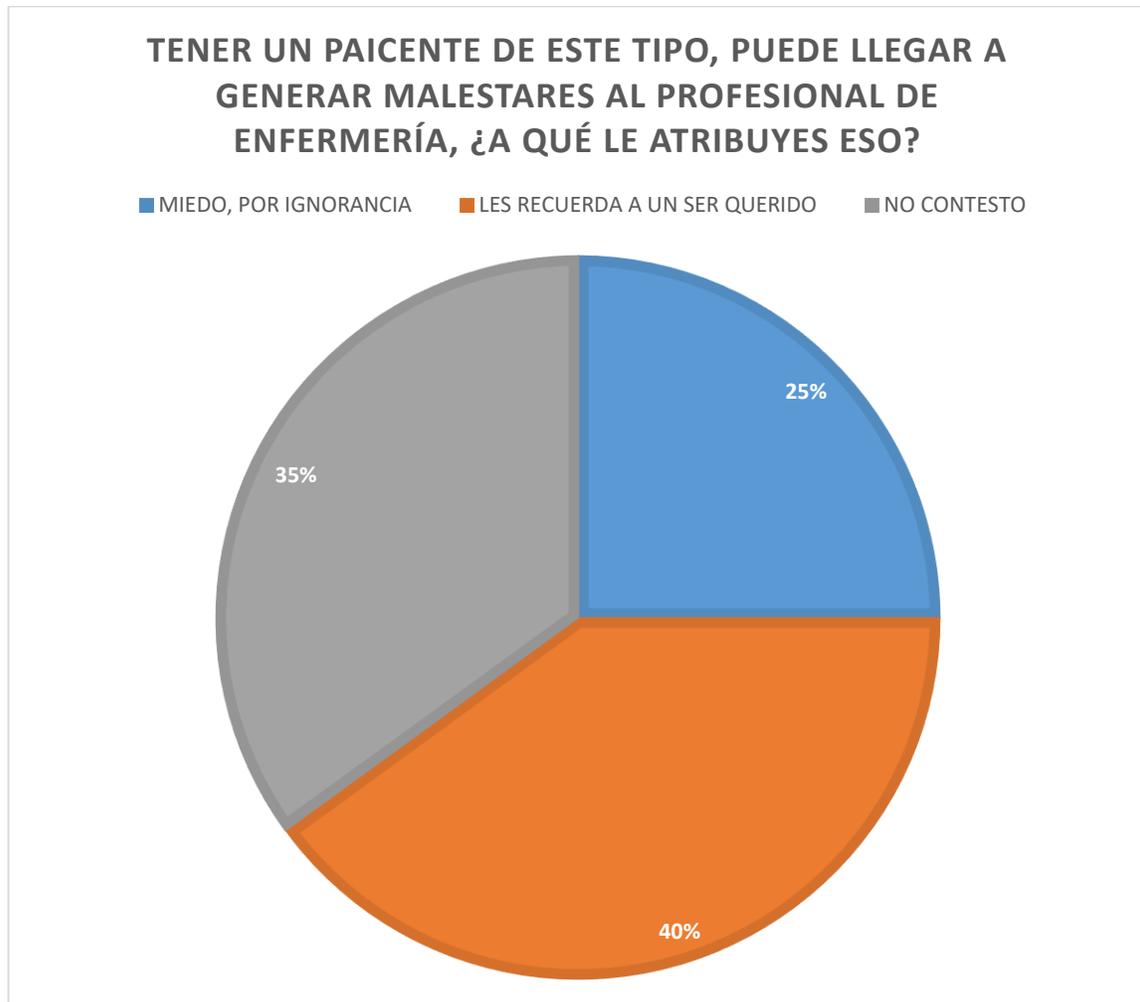
El resultado de esta pregunta afirma en un 90% que no se les brinda algún tipo de capacitación sobre este tipo de pacientes, un 10% no respondió a la pregunta.

13.- ¿Has buscado de forma personal información para la brindar un servicio de mejor calidad?



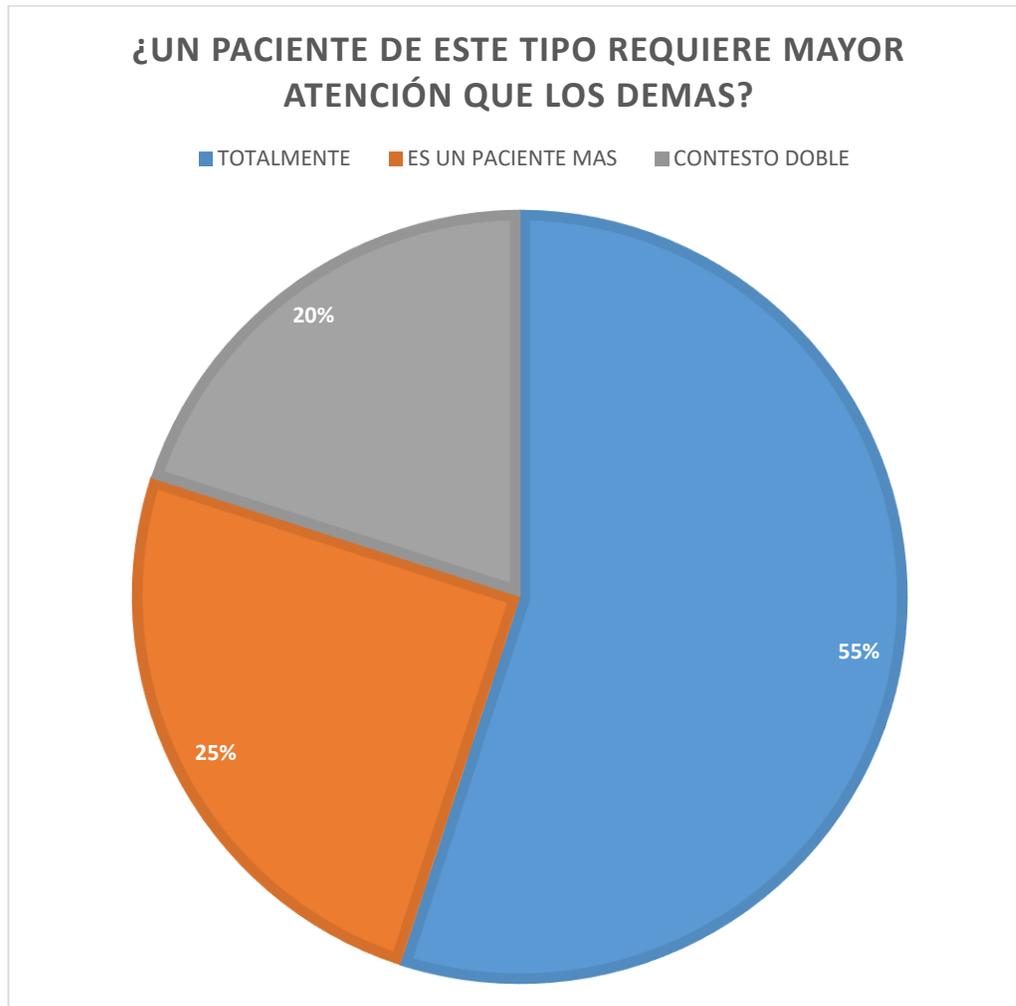
La muestra asegura en un 60% que busca información de forma personal para brindar un servicio de mejor calidad y calidez a pacientes en fase terminal y un 40% no se molesta en buscar información.

14.- Tener un paciente de este tipo, puede llegar a generar malestar al profesional de enfermería, ¿a qué le atribuyes eso?



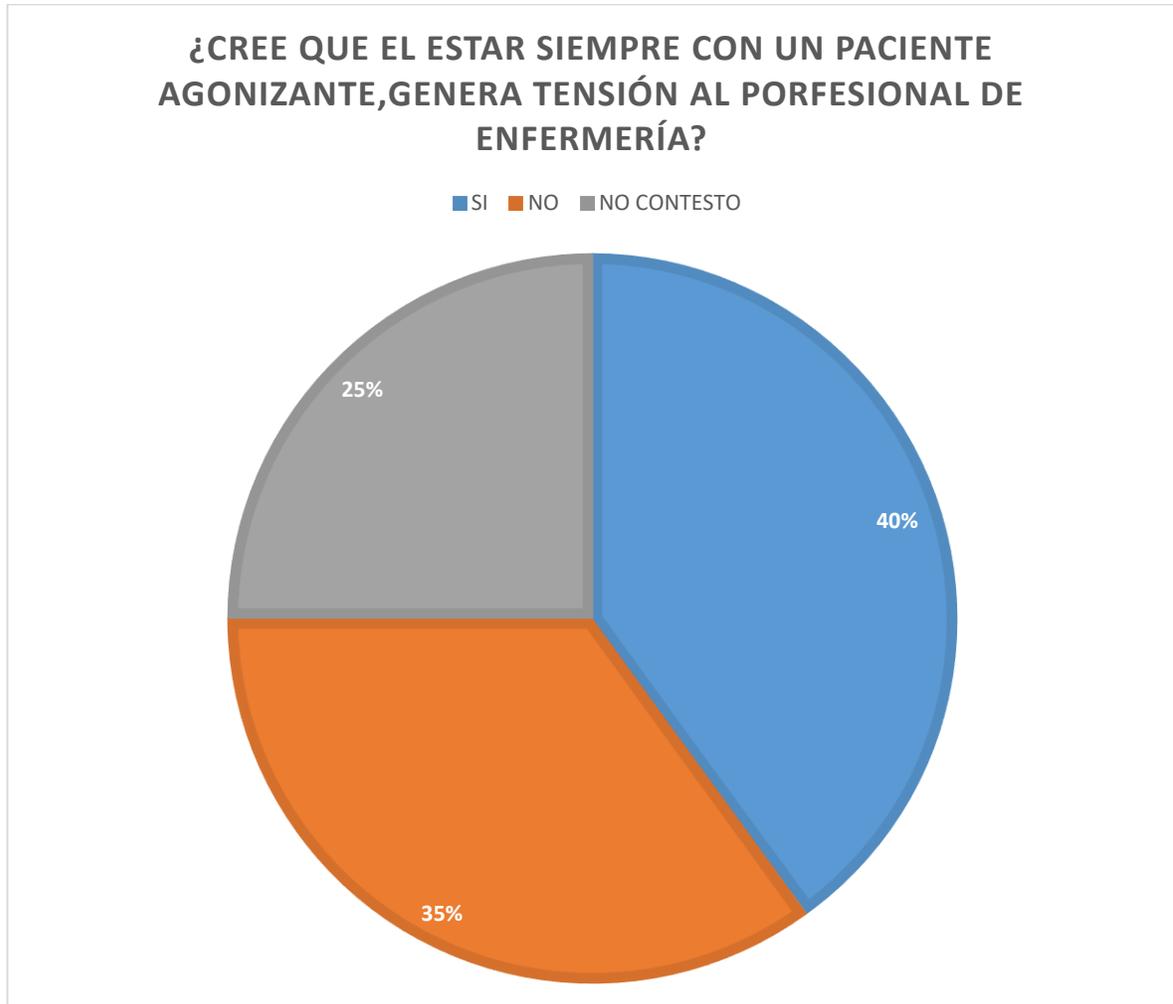
El 40% de la muestra afirma que no quieren tener pacientes por que les recuerda a un ser querido, el 25% por miedo a que no saber hacer los procedimientos que requiere un paciente en esta fase en caso de ser necesario y un 35% no contesto por nada.

15.- ¿Un paciente de este tipo requiere mayor atención que los demás?



El 55% afirma que un paciente en fase terminal requiere de la mayor atención posible que se le pueda brindar más justifican que no por eso descuidan a sus demás pacientes, un 25% aseguran que la calidad de sus servicio es igualitaria y que al momento de darles un servicio especial seria discriminante, lamentablemente un 20% contesto doble a la pregunta y se desechan sus respuestas.

16.- ¿Cree que el estar siempre con un paciente agonizante, genera tensión al profesional de enfermería?



El 40% afirma que un paciente en fase terminal si genera tensión al profesional de enfermería más justifican que lo hacen por compadecer el sufrimiento que padece el paciente y su familia, el 35% dice que no tiene por qué generar tensión y un 25% dejo la pregunta en blanco.

17.- ¿Estás de acuerdo con la Eutanasia?



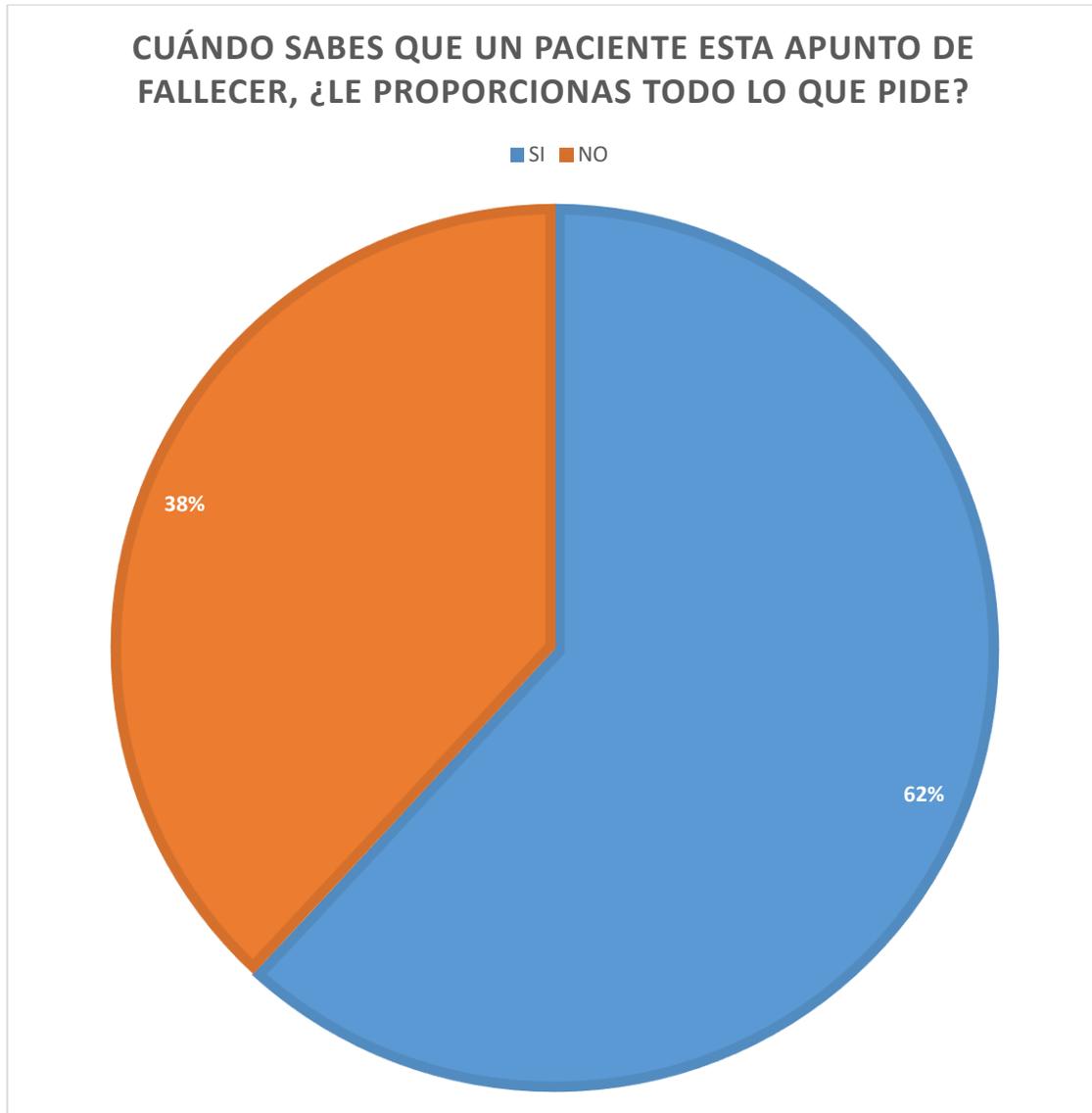
El 65% no está de acuerdo con la eutanasia pues afirman que es quitarle la vida a un ser humano, o ir en contra de los designios de la Dios y un 35% está de acuerdo dice que es mejor evitarle más sufrimiento a los pacientes.

18.- Si un paciente te pidiera que lo desconectarán ¿lo arias?



Un 60% de la muestra no desconectaría al paciente aunque este se lo pidiera, pes dice que es un suicidio además de que no están consciente que es lo que quieren, un 30% si los desconectarían pues dicen que es para evitar más sufrimiento a su paciente y un 10% no contesto.

19. Cuándo sabes que un paciente está apunto de fallecer, ¿le proporcionas todo lo que pide?



Los resultados de esta pregunta arrojan que un 62% si le daría todo lo que el paciente le pidiera pero un 38% no está de acuerdo en cumplirle lo que pide sus pacientes pues afirman que le puede ocasionar algo contraproducente al mismo.

20.- ¿Cuál es tu concepto sobre muerte digna?

Las personas encuestadas expresan varios conceptos a continuación se muestran algunos:

1.- Que el paciente este lo más cómodo posible, sin dolor y en compañía de su familia en su hogar.

2.- Ofrecer al paciente una muerte tranquila y sin dolor.

3.- Es un derecho que todo paciente tiene desde el momento de nacer y que como profesional de enfermería tenemos que ofrecerle a los pacientes sin discriminación.

CAPITULO IV

ETICA

DE

ESTUDIO



CAPITULO IV ETICA DE ESTUDIO

1. CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERIA

1.1 DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero. - El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

1.2 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo. - Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. - Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. - Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto. - Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto. - Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo. - Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo. - Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno. - Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

1.3 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo. - Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero. - Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo. - Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero. - Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto. - Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto. - Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto. - Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

1.4 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo. - Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión. Artículo décimo noveno. - Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo. - Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero. - Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedigna y actual o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo. - Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

1.5 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero. - Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto. - Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto. - Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

1.6 DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto. - Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo. - Poner a disposición de la comunidad sus servicios

profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo. - Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

2 DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio. 10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales

3. LEY GENERAL DE SALUD TITULO QUINTO

3.1 INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;

IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

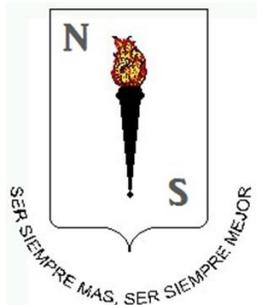
ANEXOS
ANEXO I GUIÓN METODOLÓGICO

TEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACION	VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES	OBJETIVOS	HIPOTESIS
Intervención Tanatológica en Enfermería	<p>¿Cómo es la intervención tanatológica de enfermería?</p> <p>¿Cuáles son los cuidados paliativos al paciente en fase terminal?</p>	<p>independientes: Intervención tanatológica de enfermería.</p> <p>dependiente: Cuidados paliativos al paciente.</p>	<p>Intervención tanatológica; es la intervención que se realiza a una persona que se encuentra en un proceso de duelo, con el fin de establecer una relación de ayuda en donde el doliente pueda identificar sus propios recursos y hacer uso de ellos, para la</p>	<p>Determinar la intervención tanatológica de enfermería, que se puede brindar al paciente y a sus familiares.</p> <p>Determinar cuáles son los cuidados paliativos que se le deben brindar al paciente.</p>	<p>La intervención tanatológica de enfermera es el brindar un servicio de forma integral ya sea mediante el acompañamiento y orientación hacia el paciente y su familia que atraviesa un proceso de duelo.</p>

			<p>elaboración saludable del mismo.</p> <p>Cuidados paliativos; el objetivo de los cuidados paliativos es ayudar a los pacientes con una enfermedad grave a sentirse mejor. Estos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas</p>		<p>Los cuidados paliativos son los cuidados especiales que se le brindan a pacientes de todas las edades que por el avance de sus enfermedad es su organismo ya no responde a los tratamientos y solo se espera el descenso del mismo; con el único fin de darles una calidad de vida máxima</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea. Cuando los pacientes se sienten mejor en estas áreas, tienen una mejor calidad de vida.</p>		<p>reduciéndolo es el sufrimiento.</p>
--	--	--	---	--	--

ANEXO 2 CONCENTIMIENTO



TEMA: Intervención Tanatología en Enfermería

Responsable: Guadalupe Carrillo Álvarez

Asesora: María de la Luz Balderas Pedrero

En la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se está realizando un estudio sobre la Intervención Tanatología en Enfermería, cuyo objetivo es Describir la intervención Tanatología de enfermería, que se puede brindar al paciente y a sus familiares.

La información que usted aporte será confidencial y únicamente será utilizada para los resultados de la investigación, quedando en anonimato su nombre y datos personales.

La información que usted proporcione será de mucha utilidad para la investigación, por lo cual se le invita a colaborar en este trabajo sin embargo su participación es voluntaria, de manera que usted está en su derecho de no participar si así lo desea, en caso de que usted requiere alguna aclaración podrá solicitarla en el momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Habiendo contado con la información proporcionada sobre la investigación y habiendo tenido la oportunidad de hacer preguntas, de recibir respuestas que me dejen satisfecha y entendiendo que tengo derecho a no responder el cuestionario, sin que esto tenga consecuencias para mi trabajo, ACEPTO participar en la investigación.

Morelia, Michoacán

Nombre y firma de la participante.

Nombre y firma de la responsable.

ESCUELA DE ENFERMERIA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

A QUIEN CORRESPONDA:

En virtud de que se están realizando trabajos de investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud se le solicita con toda atención el permiso para realizar la investigación Intervención Tanatología de Enfermería para lo cual se requiere información sobre el número total de 20. Este estudio se llevará a cabo por la alumna Guadalupe Carrillo Álvarez del 8vo Semestre Grupo 70-10, asesorados por la María de la Luz Balderas Pedrero.

Sin otro particular por el momento, me es grato enviarle un cordial saludo.

Atentamente:

LE. Martha Alcaraz Ortega

Anexo 3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES.	UL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MARZ.	ABRIL.	MAYO
Elaboración del protocolo.	*	*									
Elaboración del marco teórico	*	*	*								
Elaboración de instrumentos				*							
Prueba del instrumento					*	*					
Recopilación de información							*				
Análisis y ordenación de datos.								*			
Revisión General de toda la información									*		
Elaboración del informe final										*	
Exposición de los trabajos y datos										*	
Publicación del Artículo											*

a) Florencia Nigthingale b) Virginia Henderson c) Ninguna

5.- ¿Conoces los PAE? a) Si b) No

6.- Enumera los pasos en los que consiste este método:

Valoración..... ()

Intervenciones..... ()

Criterios de resultado..... ()

Evaluación..... ()

Diagnostico..... ()

7.- ¿Cuáles consideras tu que son los cuidados paliativos?

8.- ¿Consideras que depende del tipo de conocimientos que tenga el profesional de enfermería para la buena aplicación de estos? a) Si b) No

¿Porqué?:_____

9.- ¿La experiencia del profesional de enfermería se ve reflejada en los cuidados que le proporciona a su paciente? a) Si b) no

10.- ¿Consideras que el mostrar afectividad ante este tipo de pacientes muestre vulnerabilidad ante el demás equipo? a) Si b) no

11.- ¿Conoces los derechos éticos del paciente en fase terminal? a) Si b) No

12.-En el hospital donde laboras, ¿alguna vez les han capacitado para este tipo de pacientes? a) Si b) No

13.- ¿Has buscado de forma personal información para la brindar un servicio de mejor calidad? a) Si b) No

14.- Tener un paciente de este tipo, puede llegar generar malestar al profesional de enfermería, ¿a qué le atribuyes eso?

- a) Miedo, por ignorancia b) Les recuerda un ser querido

15.- ¿Un paciente de este tipo requiere mayor atención que los demás?

- a) Totalmente b) Es un paciente más

¿Porqué?_____

16.- ¿Cree que el estar siempre con un paciente agonizante, genera tensión al profesional de enfermería? a) Si b) no

¿Porqué?_____

17.- Estas de acuerdo con la Eutanasia a) si b) no

¿Porqué?_____

18.- si un paciente te pidiera que lo desconectarán ¿lo arias? a) Si b) no

¿Porqué?_____

19.- Cuando sabes que un paciente está apunto de fallecer, ¿le proporcionas todo lo que pide? a) si b) no

¿Porqué?_____

20.- ¿Cuál es tu concepto sobre muerte digna?

CONCLUSIONES

Al término de la investigación se llega a la conclusión de que se resolvió la pregunta de la investigación que al inicio de la misma se menciona.

Se llegó a la conclusión de la importante intervención de la enfermería hacia los pacientes en fase terminal puesto que se encuentran cursando por la última etapa de la enfermedad y de la vida pudiendo ser muy dolorosa para el mismo.

Para que el profesional de enfermería pueda brindar un servicio de holístico hacia el paciente debe estar capacitada en todos los aspectos y estar en constantemente actualización a lo cual se concluye que la muestra no está acostumbrada a recibir capacitación que le brinda la institución.

Una conclusión más fue que el personal del Hospital donde se aplicó el cuestionario refleja que es un personal que brinda sus servicios de una forma superficial puesto que reciben capacitaciones por parte de la institución pero ninguna sobre la Tanatología y Cuidados Paliativos y se ven en la necesidad de aplicarlos conforme a lo que vieron en la universidad de procedencia siendo estos un poco antiguos.

Un reducido porcentaje de la muestra tiene una corta idea de lo que es el proceso del "Duelo" y del deber que como profesional de enfermería tiene no solo con el paciente terminal, sino también con sus familiares, mediante la explicación del proceso por el cual pudieran pasar al momento de la pérdida y de orientando y haciendo a la idea de que la muerte es un proceso fisiológico e inevitable, así como ayudarles a superar alguna de las etapas del Duelo donde pudieran estar estancados, además de dar puntos clave a familiares que los hagan detectar a tiempo si alguien está pasando por este y donde podrán darles la atención que requiere y haciéndoles valer su derecho de una muerte digna.

Ose llego a la conclusión de que el personal de enfermería solo se enfoca por aliviar el dolor del paciente en fase terminal y es correcto marcando un indicio de

ayudar al bien morir pero olvida por completo otras necesidades que también son importantes como es la alimentación, la eliminación, el sueño etc.

Una conclusión más obtenida es que el profesional de enfermería ve reflejados en su paciente terminal a algún familiar que paso por una situación similar y trata de brindarle los cuidados de la forma más gentil posible.

Así como que este tipo de pacientes causan un estrés laboral de forma inconsciente por el temor de no saber actuar ante una situación de urgencia.

Se concluye que los profesionales de enfermería en su mayoría están en contra de la Eutanasia puesto que refieren que un valor fundamental es el de preservar la vida de la persona y al aplicarlo sienten que traicionan este, además de ir en contra de los designios de Dios, aun si el mismo paciente fuese quien se los pidiera.

Así como también un grupo reducido de la muestra está de acuerdo en aplicarla justificando que así terminarían con el sufrimiento por el cual está pasando el paciente.

Recordando la hipótesis menciona que: La intervención tanatología de enfermera es el brindar un servicio de forma integral mediante el acompañamiento y orientación hacia el paciente y su familia que atraviesa un proceso de duelo.

Los cuidados paliativos son los cuidados especiales que se le brindan a pacientes de todas las edades que por el avance de su enfermedad su organismo ya no responde a los tratamientos y solo se espera el descenso del mismo; con el único fin de darles una calidad de vida máxima reduciéndoles el sufrimiento.

Tomando en cuenta las conclusiones se puede observar que la hipótesis concuerda con los resultados; los profesionales de enfermería brindan los cuidados paliativos y orientan a los familiares ante el proceso de Duelo así como los apoyan emocionalmente al momento de la pérdida.

SUGERENCIAS

- Brindar capacitaciones frecuentemente sobre la Tanatología y Los Cuidados Paliativos puesto que como profesionales de enfermería se está en contacto con el ser humano en todas las etapas de la vida y estamos descuidando esta que no por ser la última es menos importante.
- Brindar cursos de superación personal con la intención de despertar el interés de capacitación constante y superación laboral y personal.
- Evaluar constantemente al personal con la intención de detectar las deficiencias de teoría y/o práctica para organizar la capacitación correspondiente.

GLOSARIO

AUTONOMIA.- Capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás.

DEFICIT.- Es la escases o deficiencia de alguna cosa que es vital para el buen funcionamiento orgánico y sistémico.

DESCONCIERTO.- Desorden o confusión sobre alguna idea.

DESMORONAR.- Destruir una cosa no material poco a poco.

DIAGNOSTICO.- Es un juicio o calificación que se realiza mediante la observación de signos y síntomas.

DISTANACIA.- Es lo completamente opuesto a la eutanasia, se trata de la oposición que tiene el paciente, los familiares y hasta los médicos de que morir.

FRUSTRACION.- Sentimiento de desesperación y tristeza que se produce cuando las expectativas de una persona no se ven satisfechas al no poder conseguir lo pretendido.

LOGOTERAEUTA.- Persona especializada en patología del lenguaje que trata a los enfermos afectos de trastornos de la comunicación verbal.

MENSURABLE.- Algo que se puede medir.

NAUSEAS.- Ascos o malestar del estómago.

NEGACION.- Mecanismo de defensa inconsciente por el que se evitan los conflictos emocionales y la ansiedad por el rechazo de determinados pensamientos.

PREMORTEM.- Antes de morir.

SINTOMA.- Se considera a cualquier fenómeno mórbido fuera de lo normal.

TRIAGE.- Método de selección y clasificación de pacientes.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- ASTUDILLO W., MENDINUETA C., ASTUDILLO E. CUIDADOS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL Y ATENCIÓN A SU FAMILIA. EDITORIAL EUNSA, NAVARRA, ESPAÑA.
- 2.- CARLOS R.GHERARDI.(2013).EUTANASIA.BUENOS AIRES: MEDICINA
- 3.- COLELL B, LIMONERO G Y OTERO M. ACTITUDES Y EMOCIONES EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE Y LA ENFERMEDAD TERMINAL. INVESTIGACIÓN EN SALUD, AGOSTO VOL. V, NUM. 002
- 4.- CORDERO Y, JIMÉNEZ A, Y MARRERO R. ACTITUD ANTE LA MUERTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL TURNO DE 7 A.M. A 1 P.M. Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN AL PACIENTE MORIBUNDO Y SUS FAMILIARES. UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO DECANATO DE MEDICINA. 2003 P. 22
- 5- CUELLO,M.C(2005).EUTANASIA.BOGOTA:ILUSTRADO
- 6- DE CASTRO P. LA MUERTE, FINAL DE LA VIDA HUMANA. IN: MONGE MA, EDITOR. MEDICINA PASTORAL, CUESTIONES DE BIOLOGÍA, ANTROPOLOGÍA, MEDICINA, SEXOLOGÍA, PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, 3 EDICIÓN REVISADA ED. BARAÑAÍN (NAVARRA), ESPAÑA: EUNSA; 2003.
- 7.-DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAOLA 2015
- 8.-FERRATER M. EL SENTIDO DE LA MUERTE. EDITORIAL SUDAMERICANA. BUENOS AIRES, ARGENTINA; 2009.
- 9.- FRANCISCO JAVIER LEON CORREA . (2012). ENFERMERIA Y PACIENTE TERMINAL. ENFERMERIA UNIVERSITARIA ENEO-UNAM, 40.
- 10.- GINEBRA,2005, REVISADA 2010 LA FUNCION DE LA ENFERMERA QUE DISPENSA CUIDADOS A LOS PACIENTES MORIBUNDOS Y A SUS FAMILIARES DECLARACION DE POSICION DEL CONSEJO INTERNACIONAL

DE ENFERMERIA,

11.- GÓMEZ-BATISTE ALENTORN, X., ROCA CASAS, J., PLADEVALL CASELLAS, C., GORCHS FONT, N., GUINOVART GARRIGA, C. ATENCIÓN DOMICILIARIA, MONOGRAFÍAS CLÍNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.ED. DOYMA, BARCELONA, R M LÓPEZ Y N MAYMO (EDITORES), 1991: 131-149.

12. GOMEZ SANCHO, M. CUIDADOS PALIATIVOS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LOS ENFERMOS TERMINALES. ICEPSS, 1994, LAS PALMAS, GRAN CANARIA.

13- HERNANDEZ SAMPIERI, ROBERTO Y COL"METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION" MEXICOED, MC GRAW HILL 2005

14.- LUNA F, SALLES A. DECISIONES DE VIDA Y DE MUERTE. BUENOS AIRES: EDITORIAL SUDAMERICANA, 1995.

15.- MARIÑO, M. B. (2016). ¿QUE ES LA TANATOLOGIA? REVISTA DIGITAL UNIVERSITARIA, 3-10.

16.- MARJORY, G. (1985). NURSING DIADNOSIS. MCGRAW HILL.

17.- MAQUEO VMP. EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA TANATOLOGÍA REV. MEXICANA DE ENFERMERA CARDIOLÓGICA 2000; 8 (1-4);69-73

18.- NORMA OFICIAL MEXICANA

19.- RAMIREZ, (2016). LOGOTERAPIA Y TANATOLOGIA . LOGOTERAPIA, 74.

20.- SANZ ORTIZ, J. LA ENFERMEDAD TERMINAL EN EL CÁNCER. EN: MEDICINA GENERAL Y CÁNCER.MANUAL CLÍNICO. DOYMA (ED). BARCELONA. J. ESTAPÉ E I. BURGOS (DIRECTORES), 191: 173190

21.- SANZ ORTIZ, J. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS (EDITORIAL) MEDICINA CLÍNICA (BARCELONA), 1989; 92:143-145

22.- VELAZCO, M. D. (2000). EL PAPEL DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGI .
REVISTA MEXICANA DE ENFERMERIA CARDIOLOGICA.