



Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

## Taller de Producción de Tesina

Tema: "Actitud del personal de Enfermería ante la muerte del paciente terminal".

Autor:

Claudia Sonia López

Mendoza, Julio de 2012

**“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.**

**Tribunal Examinador.**

- Presidente:.....
- Vocal 1:.....
- Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el: ...../...../.....

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todas aquellas personas que siempre estuvieron y están junto a mí, como son mis hijos y amigos, quienes en todo momento me alentaron y fueron mi sostén espiritual para llevar adelante esta gran ilusión, la cual gracias a su apoyo incondicional hoy se transforma en realidad.

También quiero agradecer a todo el cuerpo docente de esta casa, quienes con paciencia, esmero y entrega, hicieron posible este logro, el cual sin ellos hubiera sido imposible.

Y por supuesto, mi más profundo agradecimiento a Dios, quien me sostuvo en sus brazos en momentos de desazón, y cuando creí que mis fuerzas se agotaban, dándome a través del Espíritu Santo, la sabiduría y la fortaleza, dones sin los cuales jamás lo hubiera logrado

## **PRÓLOGO**

**Como enfermera profesional y estudiante del ciclo de Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, base mi trabajo, en la investigación sobre la “actitud del Personal de enfermería ante la muerte del paciente terminal”, en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo.**

**Este trabajo, está basado en la observación del comportamiento del enfermero frente a diversas situaciones críticas, a las cuales se enfrenta diariamente en el desarrollo de su actividad profesional.**

## ÍNDICE GENERAL

Página de advertencia .....	II
Página de aprobación .....	III
Agradecimientos .....	IV
Prólogo .....	V
Índice general .....	VI
Índice de tablas y gráficos .....	VII

### CAPÍTULO I: Planteamiento del problema

Introducción .....	2
Formulación del problema .....	4
Objetivos del estudio .....	4
Marco teórico .....	6
Apartado 1: Comunicación y conducta humana .....	6
1.1- Conducta humana .....	6
1.2- Hombre y enfermedad .....	10
1.3- El hombre frente a la muerte .....	13
1.4- Miedo a la muerte .....	13
Apartado 2: La muerte .....	15
2.1- Aspecto epidemiológico .....	15
2.1.1- Muerte por cáncer .....	15
2.1.2- Muerte por SIDA .....	16

2.1.3- Muerte geriátrica .....	17
2.2- Aspecto socio-cultural .....	18
2.2.1- Sociología de la muerte .....	19
2.2.2- Vivencia de la muerte .....	20
2.2.3- Ansiedad, miedo y muerte .....	20
2.2.4- Evaluación de la ansiedad y el miedo .....	21
Apartado 3: El proceso de morir .....	25
3.1- El enfermo en situación terminal .....	25
3.1.1- Descripción del proceso de enfermedad avanzada y terminal ...	25
3.2- Cuidados paliativos .....	26
3.2.1- Fundamento histórico .....	26
3.2.2- Cuidados paliativos – Definición .....	29
3.3- Características de la enfermedad terminal .....	30
3.3.1- Bases de la terapéutica .....	31
3.3.2- Etapa del proceso de morir .....	31
Apartado 4: Enfermería. Cuidados .....	34
4.1- Introducción .....	34
4.2- Modelos y teorías de enfermería .....	41
Hipótesis .....	45

## **CAPÍTULO II: Diseño metodológico**

<b>Tipo de estudio .....</b>	<b>47</b>
<b>Área de estudio .....</b>	<b>47</b>
<b>Población y muestra .....</b>	<b>47</b>
<b>Unidad de análisis .....</b>	<b>47</b>
<b>Variables .....</b>	<b>48</b>
<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>48</b>
<b>Análisis e interpretación de tablas y gráficos.....</b>	<b>50</b>

## **CAPÍTULO III:**

<b>Conclusión .....</b>	<b>80</b>
<b>Propuestas .....</b>	<b>81</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>82</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>83</b>

## **CAPÍTULO IV:**

### **APÉNDICE Y ANEXOS**

<b>Encuesta .....</b>	<b>88</b>
<b>Ley de Muerte Digna .....</b>	<b>92</b>
<b>Matriz de datos .....</b>	<b>96</b>
<b>Permiso de encuesta .....</b>	<b>97</b>
<b>Definición de términos .....</b>	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

### Análisis univariados

1. Sexo.....	51
2. Estudios cursados.....	52
3. Nivel académico.....	53
4. ¿Cuanto tiempo hace que se desempeña como enfermero en años?.....	54
5. ¿Cuanto tiempo lleva en el servicio en años?.....	55
6. ¿Qué cargo ocupa dentro de la unidad?.....	56
7. ¿Trabaja en otro servicio?.....	57
8. ¿Cuántas horas trabaja por semana en total?.....	58
9. La situación por la cual atraviesa el enfermo terminal, ¿dificulta la comunicación entre usted y el?.....	59
10. ¿Qué sentimiento le provoca atender un paciente terminal?.....	60
11. ¿Tiene conocimiento de los códigos de ética profesional para la atención de pacientes terminales?.....	63
12. Cuando un paciente demanda atención de ayuda y afecto, ¿usted le brinda el tiempo necesario para satisfacer dichas necesidades?.....	64
13. ¿Comprende el dolor que experimentan los familiares de los pacientes terminales, que muchas veces se traduce en enojo, ira, desesperanza?.....	65
14. ¿Se siente preparado desde el punto de vista emocional para cuidar pacientes terminales?.....	66
15. ¿Se siente preparado desde el punto de vista asistencial para cuidar pacientes terminales?.....	67
16. El enfermero, ¿cree recibir la preparación adecuada para la atención de este tipo de pacientes?.....	68
17. Para usted la muerte de un paciente es:.....	69
18. El objetivo mas alto de su trabajo es:.....	70
19. ¿Cuál es su posición respecto a la Ley de Muerte Digna?.....	71
20. ¿Conoce de que se trata dicha ley?.....	72
21. ¿Qué piensa sobre el ensañamiento terapéutico?.....	73

## **Tablas Bivariadas**

1. tabla N° 4 / tabla N° 10-1.....	75
2. tabla N° 4 / tabla N° 10-2.....	76
3. tabla N° 4 / tabla N° 10-3.....	77
4 tabla N° 19 / tabla N° 20.....	78

.

# **CAPÍTULO I**

## **CAPÍTULO I: Planteamiento del problema**

### **INTRODUCCION:**

#### **Tema:**

“Actitudes del personal de enfermería ante la muerte del paciente terminal”

**Autor:** Claudia Sonia López.

#### **Descripción.**

El proceso de la vida es dinámico y complejo, pero en todos los seres vivos está inmerso el ciclo de nacer, crecer, desarrollarse y morir. Esta última etapa, representa un cambio completo en el estado de un ser vivo, la pérdida de sus características esenciales. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ella, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de las facultades.

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el paciente, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Vemos que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte, y el trabajo con enfermos moribundos. Para todo ser humano presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero notamos que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente ya que la muerte, en la actualidad, se ha institucionalizado, se prefiere una muerte en un hospital más que en el hogar. Esta institucionalización de la muerte hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación de este proceso; que también involucra a todo el equipo de salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son ellos satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

Cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible y, por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la

muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud, en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás.

Se hace necesario, entonces, comprender el concepto de “actitudes”. Las actitudes son el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción del individuo. Son la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas, controlarlas y operar sobre ellas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección. Por ello conocer las actitudes del profesional de enfermería ante paciente terminal reviste gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonal y atención de enfermería con el mismo. Es imprescindible dar apoyo a los profesionales de enfermería para proporcionar el cuidado a estos pacientes terminales, ya que esta experiencia resulta sumamente estresante y esto provoca sentimientos de miedo, angustia o de evitación al tema y esto se puede traducir en una pobre atención de los pacientes moribundos.

Tomemos la definición de Virginia Henderson: “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 la hora de su muerte (...)” (Henderson, V; 1981). Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir.

Aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con su calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final.

Desde hace un tiempo he observado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de la Clínica de Cuyo a compañeros de trabajo que no se sienten cómodos atendiendo a pacientes con diagnóstico terminal, prefiriendo atender a otros pacientes que se encuentran en mejores condiciones. Llevo menos de un año en la UTI y he presenciado esta situación en varias oportunidades, por ello decidí

realizar esta investigación ya que me sorprendió esta situación. Los pacientes nunca se vieron afectados ya que hay otros profesionales a los cuales no les incomoda atender a este tipo de pacientes.

## **FORMULACION DEL PROBLEMA.**

¿Cuál sería la actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma en la UTI de la Clínica De Cuyo en el segundo semestre del 2.012?

### **Objetivos del estudio**

#### **General:**

Conocer las opiniones de los profesionales de enfermería que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo respecto a la atención de este tipo de pacientes.

#### **Específicos:**

- Obtener opinión de enfermeros sobre su propia actitud ante la muerte.
- Caracterizar al personal de enfermería
- Indagar sobre cuidados enfermeros brindados a pacientes críticamente enfermos.

#### **Justificación del estudio:**

Definimos conductal como perteneciente o relativo a la conducta. Estas conductas por parte de los enfermeros se pueden manifestar como temor, ansiedad, incomodidad, etc.

Las universidades e institutos que otorgan diplomas para acreditar la carrera profesional de enfermería, no incluyen en su currícula los conocimientos sobre manejo del paciente terminal. No consideran primordial el estudio de la tanatología (disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos) ni la enseñanza profunda de los cuidados paliativos (atenciones, cuidados y tratamientos médicos y tratamientos farmacológicos que se dan a los

enfermos en fase avanzada y enfermedad terminal con el objetivo de mejorar su calidad de vida), solo dan algunas nociones de estos temas.

Los estudiantes de enfermería, sobresalen en sus conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable. La filosofía académica está basada en prepararlos esencialmente en el manejo de una medicina curable y triunfalista. Es decir, el paciente terminal es un tema de rechazo, impregnado de ignorancia, que carece de sustentación académica. Los estudiantes no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No tienen un criterio formado para actuar de acuerdo con sus conocimientos científicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal.

Es decir que al profesional de Enfermería se le educa y entrena para enfrentar a la enfermedad y conservar la vida, pero no se lo forma en el manejo de la muerte de un paciente, que es una circunstancia ineludible para toda persona y una experiencia inevitable para todo el personal que trabaja en servicios tales como la UTI. Por esto la presente investigación busca determinar las actitudes del personal de enfermería ante la muerte de la persona críticamente enferma, que está ingresada en la UTI de la Clínica de Cuyo.

## **MARCO TEORICO**

### **Apartado 1: Comunicación y conducta humana**

En el presente capítulo hablamos de algunos aspectos generales que nos van a ser útiles en el resto de la tesis. Definimos conducta como el actuar de cada uno de los hombres, la cual está determinada por sus distintas experiencias ya que todos vivimos y sentimos cosas diferentes, este apartado muestra los diferentes puntos de vista de algunos autores y de igual forma distinguimos las distintas formas de comunicación y elementos. Seguidamente demostramos como todo a evolucionado en lo tecnológico y económico, en algunos casos para el bien del ser humano a través de los avances tecnológicos, pero esto trae aparejado la deshumanización a nivel social donde todo gira alrededor de lo económico olvidándonos que trabajamos con seres humanos que sienten, piensan, sufren, etc; y esperan del prójimo una conducta atenta y desinteresada.

Desde el comienzo de la vida misma también se ha tenido miedo a la muerte, a dejar de existir, al olvido y a todo el sufrimiento antes de ella. No se ve como un proceso que va junto a la vida y que no puede separarse.

#### **1.1-Conducta Humana.**

El término conducta (comportamiento) se refiere para dar cuenta de la actividad de una sustancia, en cuerpo, en átomos, etc.; consecuentemente es el conjunto de fenómenos observables o que son factibles de ser detectados, ateniéndose a los hechos tal cual ellos se dan, con exclusión de toda influencia animista, vitalista, tratándose, que su descripción y estudio sean una investigación libre. Se describe y explica todos los fenómenos en función de los fenómenos mismos, sin tener necesidad de recurrir a fuerzas exteriores, tratando así que la investigación se convierta también sistemáticamente en una tarea objetiva.

El término conducta, considerando las manifestaciones del individuo tiende a dejar de lado lo principal en el ser humano: los fenómenos propiamente dichos.

Estos serían los más importantes dado que originan la conducta; y si estudiamos solamente ésta última nos ocuparíamos de los productos y derivados; pero no del fenómeno central.

La conducta significa manifestaciones comprendidas en acciones conducidas o guiadas por algo que se encuentra fuera de las mismas: por la mente. Su estudio radica en un dualismo o dicotomía: cuerpo – mente. Sobre la tradición del Idealismo: la mente tiene una existencia de por sí y es el punto de origen de todas las actividades corporales, siendo el cuerpo un instrumento o vehículo del que se vale la mente (alma) para manifestarse.

La corriente o escuela llamada “conductismo o Behovorismo”, sostiene que se deben estudiar solo las manifestaciones externas (motoras, glandulares y verbales); aquellas que pueden ser sometidas a observación y registro riguroso y a verificación. La escuela funcionalista insiste en el remplazo de la mente por la conducta como objeto de estudio psicológico. La mencionada escuela realizó estudios de la evolución de la conducta, describiendo una jerarquía de operaciones, dada por cuatro grupos: conducta animal, intelectual, elemental, media y superior.

Se incluye en la conducta, todos los fenómenos visibles, objetivamente comprobables o factibles de ser sometidos a registro y verificación que son, siempre respuestas o reacciones del organismo a los estímulos que sobre él actúan.

Hay autores como Koffka, que incluyen una división de la conducta, denomina procesos a la suma de movimientos observables, distinguiéndolas del comportamiento y de las vivencias.

El comportamiento incluye los procesos que denomina efectivos o reales y para los que se emplean conceptos funcionales, mientras que para los fenómenos o vivencias se utilizan conceptos descriptivos. Las vivencias o fenómenos están constituidos por los pensamientos u opiniones que cada sujeto puede hacer.

Pero puede haber contradicción o una falta de paralelismo entre la descripción funcional del comportamiento y las vivencias que realmente tienen estos individuos.

La conducta externa y la interna “no sólo están emparentadas por la fuerza y accidentalmente, sino en esencia y unidas objetivamente”.

Se reconoce en el ser humano dos tipos distintos de fenómenos: concretos y mentales o simbólicos.

Esta pluralidad fenoménica tiene su unidad en el fenómeno de la conducta misma, en el funcionamiento altamente perfeccionado del Sistema Nervioso Central, y en el ser humano considerado siempre como persona en cada una de sus manifestaciones, vinculada en su condición humana al medio social.

La conducta es una unidad que tiene una triple manifestación fenoménica, en cuanto se da al mismo tiempo en las tres áreas, que son coexistentes, aunque con un predominio relativo en alguna de ellas; lo que nos permite calificar la conducta como mental, corporal o en el mundo externo.

Con respecto a la relación entre la conducta y la situación, vemos que un ser humano o un grupo están siempre en función de las relaciones y condiciones que interactúan en cada momento.

La psicología contemporánea sostiene, que “La conducta del ser humano, no es ya una cualidad que emerge de un algo interior y que se despliega en un afuera; no hay que buscar en un “adentro” lo que se manifiesta “afuera”.

Las cualidades de un ser humano derivan siempre de su relación con el conjunto de condiciones totales y reales.

El conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones, constituye lo que se denomina situación, que cubre siempre una fase o un cierto tiempo, un período.

Todo organismo se halla en un equilibrio inestable o lábil, en el sentido de que, si bien tiende a mantener un equilibrio, éste no puede ser estático, total ni definitivo. El organismo tiende a mantener dicho equilibrio, o a recuperarlo si lo ha perdido, y las modificaciones que en él se producen para lograr dicha finalidad constituye la conducta del organismo. Y esto mismo ocurre también en el nivel de integración psicológico.

Todo campo tiende a mantener o a recuperar su estado de equilibrio; la pérdida de este equilibrio crea una tensión. La conducta es siempre una respuesta al estímulo configurado por la situación total, tanto como una defensa, en el sentido de que protege al organismo de la desorganización.

La conducta es intencionada, es una modificación que se realiza en dirección a un fin, y es esto lo que hace que la conducta tenga una organización, una unidad. La intención no es una fuerza directriz exterior al proceso de la

conducta, sino una cualidad descriptiva de la misma, es el itinerario de aproximación o evitación de objetos por ciertos medios escogidos; la conducta es el conjunto de acciones o movimientos dirigidos a un objeto.

Al aceptar que toda conducta está siempre ligada a un objeto, se está describiendo el hecho de que la conducta es siempre un vínculo con otros, una relación interpersonal; toda acción en el mundo externo es, una relación del sujeto con el objeto (inanimado o animado), que en este caso es concreto, pero toda conducta en el área de la mente o del cuerpo está siempre referida a un objeto, que en este caso es virtual, pero no por ello menos real. La conducta es primordial y fundamentalmente un vínculo con otros seres humanos, un precipitado de la relación interpersonal. Esta se encuentra, en gran proporción, influida o condicionada por las experiencias anteriores que hemos tenido con otros objetos.

Pichón Riviere se refiere a la psicología no como bipersonal, sino bicorporal y multipersonal, en el sentido de que aunque solo intervienen dos personas, el campo psicológico incluye siempre a otros, es siempre un grupo formado por más de dos personas.

Pero los seres humanos condicionan recíprocamente su conducta, en la relación interpersonal, proceso llamado **comunicación**.

En este proceso juega un papel importante el **lenguaje**, por ser el instrumento más perfeccionado de comunicación, pero tenemos al mismo tiempo que tomar en consideración otros medios, que operan en forma aislada o bien acompañando al lenguaje.

El concepto de comunicación incluye todos los procesos en los cuales la conducta del ser humano (consciente o inconsciente) actúa como estímulo (en forma intencional o no) de la conducta de otro en otros seres humanos.

Este proceso incluye todo intercambio de mensajes, transmisión de significaciones entre personas o grupos, e incluye siempre, esquemáticamente, un emisor, un mensaje y un receptor. Todo mensaje tiene un contenido significativo, y una función.

La comunicación puede ser entre dos individuos (interindividual o diádica); intragrupal e intergrupala; y puede sufrir alteraciones por distorsión o incompleta, que pueden llevar a separación, malentendidos o conflictos.

La comunicación no solo opera como agente estimulante unidireccional, sino como un circuito completo que implica un proceso de retracción, retorno o feed – back, en el cual el receptor se convierte a su vez en emisor.

La palabra, por su valor simbólico, cumple su rol importante en la comunicación; y juntamente con ella resultan estímulos para la conducta del receptor, algunos fenómenos del área del cuerpo y del mundo exterior. Ellos son el timbre de voz, actitudes, gestos, acciones, etc.; que constituyen la **comunicación preverbal**.

La comunicación nos permite analizar y reconocer la importancia que tienen los seres humanos, unos sobre otros; y que los estímulos más significativos que condicionan la conducta no provienen del medio físico; sino de otras personas y de sus conductas.

Se produce así el condicionamiento recíproco de los individuos, la socialización de los mismos; gracias a la comunicación, según normas y contenidos en una estructura social determinada, implícita en todo mensaje.

Ante todas las ideas volcadas en nuestros escritos se vislumbra la necesidad de estudiar la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y en la atención de la salud, con respecto a los valores y principios morales.

## **1.2-El Hombre y la Enfermedad.**

En esta era de cambios, no podían quedar apartadas, la biología y la medicina, marco referencial donde insertamos al hombre enfermo. Los acontecimientos en este último siglo marcaron el avance de las investigaciones, y la apertura a la informática y la computación, desembocando en un neotecnologismo (indiscriminado uso de nuevos métodos de utilización de técnicas que se tornan dependientes para la realización de investigaciones), que irrumpe en todo quehacer del hombre.

Este giro trascendental que está llevando la Investigación Biológica, corre con las nuevas expectativas que se abre al hombre respecto de su vida y lo que pueden hacer con ella. El problema se manifiesta en el núcleo vital con los nuevos valores y en el diario accionar. En el proceso científico los pasos son seguros, como el desentendimiento de posibles consecuencias irreversibles para

el progreso humano. Será necesario seleccionar los logros teniendo en cuenta como meta principal, la dignidad de las instituciones vitales al hombre.

La Antropología médica incursiona en el terreno de investigaciones en función del hombre médicamente socializado, sometido a una cultura guiada por el consumismo e inmerso en lo que se llama “infinito económico” como guía para su accionar. Cuando el cuidado de la salud, dice Ivan Illich, se convierte en un ítem estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se “hospitaliza” y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte, la iatrogenia social está presente. Se ha creado la “ilusión del control sobre la muerte”, perfectamente estructurado en las salas de Terapia Intensiva, donde el dominio Industrial prevalece y están disueltos la mayor parte de los lazos tradicionales de solidaridad. Se crea una falsa unidad de humanidad y se relaciona a las personas con un modelo idéntico de muerte “deseable”, proponiendo la muerte en el hospital como una meta de desarrollo económico. Pero ¿qué es el enfermo? Es una Persona. De este hecho ético se debe fundamentar el accionar en bien del paciente. Posee características somáticas, psicológicas y socioculturales, y una espiritualidad que lo constituye en unidad, con una suma de valores y principios, con conciencia de un pasado y con premisas y reflexiones para el futuro. Reúne en sí todos los conceptos precedentemente citados, por lo cual es acreedor de respeto.

A partir de la mitad del siglo XX, se produce un cambio en la totalidad de la cultura contemporánea. Tiende a regir un nuevo modelo sobre la filosofía, derecho, medicina, arte, moral, pedagogía, religión, etc.; el de la conciencia. Se trata de un nuevo modo de ver la realidad. Después de la segunda guerra mundial, se suscita un gran interés en el marco de las ciencias biológicas, donde aparece claramente este modelo ante diversas situaciones como: perspectiva de armas nucleares para destruir la humanidad, y límites sociales para la ciencia y tecnología, código genético para nuevas posibilidades de manipulación del hombre y la naturaleza.

Se presentan así diversos problemas relacionados con la conciencia, como la liberación de residuos tóxicos, las guerras, investigaciones sobre niños, ética sexual, suicidio, políticas de control obligatorio de natalidad, deshumanización e institucionalización de la atención médica, principio y final de la vida.

Ante este abanico de situaciones temáticas, se intenta reflexionar para que la conducta humana se vislumbre sobre valores y principios morales y virtudes.

Cuando estas virtudes se introducen en la ciencia, se logra la humanización de las mismas. Cuando se introduce en el derecho, logran moralizarlo, por ser lo jurídico inherente al hombre.

El principio de la conciencia revoluciona las ciencias. La persona se realiza como sujeto, si vive su existencia de una forma concientizada. Mediante la conciencia, somos capaces de adquirir una perspectiva con respecto a los demás, al universo y a nosotros mismos.

Para la conciencia el método consiste en la discusión libre, dialéctico entre participantes. Cuando el hombre piensa desde la conciencia, se abre a la totalidad y se denomina Método Holístico. Encontramos en la medicina un modelo dominante, biológico, explicativo, naturalista y otro bio – psico – social – hermeneúctico, normativo, que introduce al sujeto, sumado a las fuerzas socio políticas.

El cambio en medicina, que involucra al “sujeto”, sumado a las fuerzas socio-políticas, coloca a la anatomía a la vanguardia de la ética médica, con respecto a aspectos legales y filosóficos como:

- Movimiento en pro de los derechos Civiles.
- Consideración del derecho económico y comercio en decisiones médicas.
- Decisiones biotecnológicas.
- Nuevo modelo societario.

Se debieron afrontar estos puntos por las diferentes ciencias, en donde el derecho debió dar respuestas.

Considerando el paternalismo médico, centro en crisis cuando los pacientes, exigieron autodeterminación e información veraz en las relaciones médicas.

En cuanto a la autonomía, simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones, y el derecho socio – político de este accionar autónomo es reintroducido por el concepto legal de integridad, libertad, intimidad y dignidad.

Los derechos de las personas en el campo de la salud pueden ser reconocidos en dos aspectos: el Profesional y el Legal.

En el campo sanitario nombraremos tres: a la Salud, Consentimiento informado y Respeto a la Intimidad.

### **1.3-El hombre frente a la muerte**

Llama la atención la actitud del hombre frente a la muerte, pues “cada uno de nosotros sabe que ha de morir un día, pero nadie lo cree realmente. Sin embargo, nada hay más evidente, universal e inevitable que la muerte, reflexionar sobre la muerte es enfrentarse con la certeza primordial. Aunque la muerte es un hecho cotidiano, nos parece lejana, no nos sentimos atendidos por ella, son los demás que se mueren, no yo. Como la muerte es universal, el acto de morir corre el peligro de trivializarse, pero al mismo tiempo es un acto único, puesto que, cuando alguien muere, nadie puede tomar su lugar y esa muerte ya no es universal sino particular, única, porque no es como la de ningún otro, y eso hace que “cada uno de nosotros es el primero en morir”.

### **1.4-El miedo a la muerte**

Freud (1999) afirma “el miedo a la muerte es en el fondo el de nuestra propia irreversibilidad en el tiempo. El miedo a la muerte es un hecho universal y un fenómeno que podemos considerar normal, siempre que no se vuelva obsesivo o demasiado intenso, y es necesario diferenciarlo de la ansiedad de la muerte que puede ser un estado transitorio o permanente. Este miedo puede llegar a ser tan absurdo e irracional que se teme a los seres amados que han muerto, y se les teme a partir del momento en que éstos se han despojados de la más leve posibilidad de ser temibles.

¿Qué es lo que convierte un proceso natural en algo tan temible?

Aparentemente existen dos hechos fundamentales que hacen que la muerte nos parezca terrible: el miedo a lo desconocido, descrito de manera terrorífica por muchas religiones, y el temor a separarme de los seres que amamos.

En buena parte, las creencias religiosas son las responsables del terror que algunos sienten hacia la muerte, pues con algunas variantes el Zoroastrismo, hasta el cristianismo, y hasta en la mitología griega, se habla de un “cielo” libre de dolor y rebosante de placer, y un “infierno” doloroso lleno de espanto.

Thomas (2002) ha agrupado en tres categorías las razones del miedo a la muerte:

**1. Miedo a morir:** Es el miedo a dejar una tarea inconclusa, como por ejemplo: niños pequeños, miedo al dolor físico, de ahí el deseo de una muerte súbita, miedo a la agonía psicológica, es decir, a la soledad, desesperación, vacío y desamparo.

**2. Miedo al después:** Es el miedo a lo que ocurrirá después de la muerte, bien sea por las angustias que produce el temor a la corrupción corporal, bien por la incertidumbre del más allá (habrá allí dolor, desigualdad social, tormento) o por celos de los supervivientes (¿me olvidarán?, ¿Cómo repartirán mis bienes?) y también miedo a la nada.

**3. Miedo a los muertos:** Es el miedo a los aparecidos, a los fantasmas, a los espectros.

Entre estas tres categorías, el miedo a morir es el que se observa con mayor frecuencia, en él se mezclan sentimientos altruista y de responsabilidad con las obligaciones contraídas, y motivaciones egoístas como la obsesión por la agonía física y psíquica. Sería deseable que desde la más tierna edad nos familiarizáramos con la muerte, no se evadiera el tema, no se escondiera como algo feo, oscuro y sensible; por lo contrario se debería enseñar que la muerte es un proceso natural, una etapa de la vida tal como lo es el nacimiento.

## **Apartado 2: La muerte.**

*En el presente capítulo vemos los diferentes tipos de enfermedades que llevan a la muerte. Describimos dos aspectos estos son el epidemiológico y sociocultural.*

*En el aspecto epidemiológico se hace una descripción de las principales causas de muerte ejemplo cáncer, sida, muerte geriátrica; y en cada una de ellas se observan distintas opiniones de autores referidos a la conducta del enfermero.*

*En el aspecto sociocultural describimos la sociología, la vivencia y la ansiedad ante la muerte. Y observamos que hay distintas formas de aceptar a la misma dependiendo de la cultura y de la sociedad.*

*En cuanto a la ansiedad citamos a distintos autores que nos manifiestan sus diferentes puntos de vista respecto a este tema y por último citamos a Lester y Templer y presentamos su escala para la medición de la ansiedad y miedo a la muerte.*

### **2.1- Aspectos epidemiológicos de la muerte**

#### **2.1.1- La muerte por cáncer**

El futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a un porcentaje muy elevado de pacientes afectados por cáncer. El cáncer es, quizás la enfermedad que dada su evolución y pronóstico, da lugar al desarrollo de los cuidados paliativos en todo el mundo. Partiendo de una visión general del cáncer y de acuerdo con los datos facilitados por la Comisión de las Comunidades Europeas (1990), a partir del año 2000, uno de cada tres europeos tendrá algún cáncer a lo largo de su vida, siendo en la actualidad, la segunda causa de muerte en los países occidentales después de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, los tumores malignos, afectan a todas las edades, aunque con una mayor frecuencia en la franja de edad que oscila de los 55 a los 65 años. Algunos tumores, como por ejemplo, las leucemias agudas o tumores germinales, se presentan principalmente, en niños y jóvenes, mientras que otros, como el cáncer de próstata, páncreas y mieloma, son típicos de edades más avanzadas.

#### **2.1.2- La muerte por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida**

Un número elevado de enfermos en proceso de morir que tendrá que atender el futuro profesional de Enfermería, será el de los enfermos afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida .SIDA-. Las características de la enfermedad hacen que estos enfermos también sean subsidiarios de ser atendidos por equipos de cuidados paliativos. En las dos últimas décadas, el SIDA, se ha convertido en uno de los problemas más serios de salud pública en el mundo. Desde que en 1981 el Centro de Control de Atlanta describiera el SIDA en homosexuales y hasta nuestros días, su incidencia ha ido aumentando de forma vertiginosa, de tal manera que las tasas acumuladas de afectados ascienden a 53 millones de personas, y de ellos han muerto más de 19 millones.

La actitud negativa del personal de Enfermería para atender a enfermos de SIDA, es descrita también en otros trabajos. Rovira et al. (1994)<sup>1</sup>, destacan que el 40% de los profesionales de Enfermería, solicitaría el cambio de puesto de trabajo si tuvieran que cuidar de forma asidua, a enfermos de SIDA. Antolín, Fernández y Rodríguez<sup>3</sup> (2003), describen que el 60% de los estudiantes de Enfermería son partidarios de realizar un análisis de sangre a todos los enfermos ingresados en el hospital para la detección del VIH. Ante esta realidad, diversos autores, opinan que el trabajo más continuado y frecuente con enfermos de SIDA mejora la actitud hacia dichos enfermos. Al mismo tiempo, el mayor nivel de conocimientos, experiencia e información, parece influir en una mayor disposición a cuidar a este tipo de enfermos. Sin embargo, Ferrer<sup>3</sup> (2002), señala que no ha encontrado dicha relación, sino que la mejora significativa del grado de información y conocimientos del personal de Enfermería no se correlacionaba con el cambio positivo de actitud. Si al miedo al contagio le añadimos el miedo a la muerte, podemos hacernos una idea de lo difícil que en el ámbito emocional, debe ser atender a enfermos terminales de SIDA.

Ante esta evidencia, vemos que los planes de formación no deberían limitarse a aumentar los conocimientos generales, sino que se debería de potenciar los aspectos psicosociales de la enfermedad mediante la impartición de cursos que sirvieran para aumentar las habilidades de los profesionales de Enfermería para superar miedos y prejuicios no justificados ni acordes con la información que poseen, ayudándoles a realizar los oportunos cambios de comportamiento que puede generar una educación sobre el enfermo de SIDA.

### **2.1.3- La muerte por enfermedad geriátrica**

Dado el actual envejecimiento de la población, no cabe duda de que el futuro profesional de Enfermería tendrá que atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir. Los enfermos geriátricos constituyen en la actualidad, un grupo importante dentro de los cuidados al enfermo en situación de enfermedad terminal. Por lo general, el diagnóstico de enfermos terminales se realiza por exclusión, después de comprobar la falta de respuesta a los tratamientos normalizados y a los procesos de rehabilitación. Son enfermos que presentan una pluripatología que involucra diversos sistemas orgánicos. Otro aspecto importante, es la dificultad de comunicación que manifiestan así como la presencia de estados confusionales, demencias o accidentes cerebrovasculares. A nivel psicosocial, presentan una gran dependencia, a menudo una pobre calidad de vida y un porcentaje elevado de ellos, carecen de un entorno afectivo adecuado (Schröder<sup>4</sup>, 1996).

También como en el caso del enfermo de SIDA, nos interesa saber hasta qué punto el profesional de Enfermería está motivado para trabajar con este tipo de enfermos. En este sentido, varios son los estudios citados por Neimeyer (1997), en los que se pone de relieve la baja motivación que manifiesta el personal de Enfermería para trabajar con este tipo de enfermos. Por otro lado, se pregunta si la actitud del propio cuidador hacia la muerte puede tener una gran influencia en sus actitudes hacia los ancianos. Es decir, en qué medida las actitudes negativas hacia los ancianos, pueden estar mediatizadas por la ansiedad ante la muerte. DePaola<sup>5</sup> et al. (1997), realizaron un estudio en el que entre otros aspectos, se describe que la ansiedad hacia el propio envejecimiento correlaciona con una visión negativa de los ancianos. Así mismo, los sujetos que tenían más miedo a la muerte estaban más ansiosos respecto a su envejecimiento. No obstante esta relación no es tan clara. Neimeyer<sup>6</sup> et al. (1997), basándose en una investigación anterior, se preveía que el personal de geriatría, comparado con un grupo control, tendría niveles más altos de preocupación por la muerte, y en consecuencia, actitudes más negativas hacia los ancianos. No fue así, los sujetos del grupo control que tenían profesiones que no estaban relacionadas con la muerte presentaron niveles más altos de preocupación por la muerte. Como señala Neimeyer, una posible explicación es que el personal de geriatría trata la muerte y el proceso de morir cotidianamente y puede que se haya insensibilizado a la muerte y a su impacto. Pero otra

explicación plausible, es la posibilidad de aceptar la muerte para mantener el empleo, en los contextos geriátricos, y la aclimatación a la muerte como parte de la vida y como consecuencia de tener dicho empleo. Pero como remarca el autor, en términos más generales, es importante explorar los distintos determinantes culturales y personales en las actitudes hacia el envejecimiento, de los que los niveles personales de miedo y amenaza a la muerte son sólo dos ejemplos. En este sentido, estamos de acuerdo con Neimeyer ya que aspectos culturales y sociales como pueden ser una mayor atención a los ritos y festejos fúnebres, un mayor respeto a la muerte y a los muertos, un mayor apego social y afectivo a la familia y a la gente mayor entre otros factores, pueden ser elementos que determinen una actitud más positiva en la atención al enfermo geriátrico.

## **2.2- Aspectos socioculturales de la muerte**

### **2.2.1- Sociología de la muerte**

Debemos tener presente la importancia del factor cultural como elemento determinante de una actitud de acercamiento al enfermo moribundo.

Entre los aspectos sociológicos y culturales podemos poner de ejemplo la celebración de la Semana Santa de Sevilla, mimada, cuidada y sentida por miles de personas o la asistencia al Rocío en donde se mezcla la tradición, la fiesta y el culto a la Virgen. Por otro lado, también cabe destacar la pertenencia a una cofradía religiosa como uno de los aspectos socioculturales más valorados y queridos en la comunidad andaluza. Este culto y veneración por la muerte, el arraigo popular por lo religioso y por el respeto a los muertos y a la muerte, no se manifiesta de igual forma ni con igual intensidad en la comunidad catalana. Religión y culto a los difuntos se dan la mano y servirá para que un elevado número de personas pueda elaborar y expresar sentimientos y emociones relacionadas con la muerte, los difuntos y la fe entre los ciudadanos andaluces. Así pues, creemos que la capacidad de expresar emociones relacionadas con la muerte, puede ser un elemento que facilite el deseo de cuidar a enfermos al final de su vida. De ahí nuestro objetivo al comparar estas dos comunidades ya que en relación al aspecto religioso y en lo concerniente al culto a los muertos, presentan diferencias socioculturales importantes. Pero este arraigo cultural sobre todo lo relacionado con la muerte en el sur de España, no es el reflejo de

los cambios socioculturales que con relación a la muerte y el proceso de morir ha sufrido nuestra sociedad occidental actual en las últimas décadas. Como señala Limonero<sup>7</sup> (1994), si comparamos la percepción actual de la muerte con la que se tenía en épocas anteriores, se puede observar que antes había un mayor contacto con la muerte dado que la mayoría de las personas morían en su casa acompañados de sus familiares y amigos y en donde, incluso a los niños se les permitía despedirse de algún familiar o amigo moribundo. La atención sanitaria se realizaba en el hogar y el proceso de agonía era más corto, debido a la escasez de recursos materiales y tecnológicos que no daban lugar al encarnizamiento terapéutico. Por otro lado, los rituales en la elaboración del duelo se hacían más patentes: los entierros eran públicos y con asistencia de mucha gente, el velatorio del muerto se realizaba en casa, la elaboración del duelo se mostraba públicamente con la forma de vestir y los rituales religiosos que se realizaban cada cierto tiempo.

### **2.2.2- Vivencia de la muerte**

En la actualidad, el contacto con la muerte nada tiene que ver con la vivencia de hace unas décadas. La mayoría de los niños no han visto una persona enferma o grave pudiendo llegar a la edad adulta sin haber experimentado y vivido una pérdida. Es más, se les aparta del dolor, la enfermedad y la muerte llevándolos a otros hogares para que no sufran por la pérdida del familiar. Es probablemente por ello, que en estos momentos, la mayoría de los fallecimientos se producen en hospitales o en instituciones sociosanitarias dando lugar al desplazamiento institucional de la muerte. Como señala Corr<sup>8</sup> (1993), los avances técnico-sanitarios, el aumento de la profesionalidad y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal, han posibilitado esta nueva realidad.

Por otro lado, los cambios experimentados en la estructura familiar (disminución de la natalidad, incorporación de la mujer al mundo laboral y la nuclearización de la familia), junto al aumento de la expectativa de vida, generando un incremento del número de personas ancianas, ha originado que en las grandes ciudades de los países desarrollados, alrededor del 80% de las muertes se den fuera del hogar, en instituciones públicas o privadas (Thomas<sup>9</sup>, 1991).

Otro aspecto importante, consecuencia de los cambios sociales, culturales y económicos que ha padecido la sociedad actual, es la desocialización de la muerte, en otras palabras, la falta de solidaridad y abandono de los enfermos, de los moribundos, y de los difuntos (Thomas, 1991).

### **2.2.3- Ansiedad, miedo y muerte.**

Como señala Carpintero<sup>10</sup> (2000), la ansiedad es un tema lleno de facetas y dimensiones diversas. Es un estado psicofísico que se sobrepone a las demás conductas, e introduce una desorganización importante en la psiquis humana. Miguel-Tobal<sup>11</sup> (1990), manifiesta que la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos así como elementos motores. Así pues, la respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos o acontecimientos externos como por estímulos internos al sujeto, por ejemplo pensamientos, creencias, recuerdos, etc.

Para Limonero<sup>12</sup> (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido. La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Ambos términos, el miedo y la ansiedad, en ocasiones se utilizan indistintamente tanto en el lenguaje común, como en el científico (Feifel y Nagi<sup>13</sup>, 1981). Pero Neimeyer<sup>14</sup> (1997), señala que podría ser útil considerar el miedo como específico y consciente y la ansiedad como más generalizada y quizás más inaccesible a la conciencia. En términos parecidos, para Dobler<sup>15</sup> (1974), la ansiedad sería un estado emocional negativo que carece de objetivo específico. Sería como tener miedo a algo, sin saber que es ese algo, mientras que el miedo sería lo que experimentamos cuando podemos localizar y describir la fuente de nuestras preocupaciones. Es decir, la ansiedad ante la muerte sería el miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la

muerte podría ser miedo al proceso de morir, en el sentido de cómo será la agonía, si se podrá controlar el dolor, etc. (Limonero<sup>16</sup> 1994).

Para Kastenbaum y Aisenberg<sup>17</sup> (1972), el hecho de no saber el cómo, el cuándo, el dónde y el porqué de la muerte de una persona, o simplemente, preguntarse que hay después de la muerte, genera ansiedad.

Dentro de los aspectos psicológicos del proceso de morir, la investigación de la ansiedad y el miedo ante la muerte son los aspectos más estudiados.

#### **2.2.4-. Evaluación de la ansiedad y del miedo ante la muerte.**

Para la medición de la ansiedad se han utilizado tanto técnicas directas-entrevistas y auto informes, como técnicas indirectas- respuestas psicofisiológicas, tests proyectivos, etc., siendo los primeros los más utilizados. Los investigadores que más han contribuido al desarrollo y utilización de las escalas de ansiedad ante la muerte son Lester y Templer<sup>18</sup>, (1992- 1993). La escala más conocida y utilizada en la mayoría de las investigaciones es la Death Anxiety Scale .DAS- desarrollada por Templer. La DAS fue concebida, en un principio, para estudiar la ansiedad ante la muerte como un constructo unidimensional (Templer<sup>19</sup>, 1970). Pero años más tarde, el mismo Templer, sugiere la existencia de dos factores que podrían explicar la ansiedad ante la muerte. La salud psicológica general y las experiencias relacionadas con la muerte (Templer<sup>20</sup>, 1976). Posteriormente, diversos estudios han llevado a modificar la DAS para que este instrumento pueda discriminar mejor la ansiedad con relación a diferentes variables (Neimeyer<sup>21</sup>, 1997).

La ansiedad ante la muerte medida mediante la DAS, se ha intentado correlacionar con diversas variables: edad, sexo, religión, personalidad, salud, etc. Las conclusiones que se derivan de algunos de estos estudios son:

- Las mujeres son más ansiosas que los hombres (Millar, Davis y Hayes<sup>22</sup>, 1993; Tomás-Sábado<sup>23</sup>, 2002).
- No existe diferencia entre los diferentes grupos de edad respecto a la ansiedad ante la muerte (Lonetto y Templer<sup>24</sup>, 1988; Tomás-Sábado<sup>25</sup> 2002).
- La depresión está asociada positivamente con la ansiedad ante la muerte (Hintze, Templer, Cappllety y Frederik<sup>26</sup>, 1993).

- La ansiedad ante la muerte está relacionada con ciertos elementos de la personalidad, tales como neuroticismo y emocionalidad (Thorson y Powell<sup>27</sup>, 1993).
- La relación entre religión y ansiedad ante la muerte no está muy clara ya que los estudios presentan resultados dispares. Templer y Dotson<sup>28</sup> (1970), no observan ninguna relación entre religión y ansiedad en un grupo de estudiantes universitarios. Resultados similares ha obtenido Ramos en estudiantes universitarios españoles, ancianos y diplomados en Enfermería (Ramos<sup>29</sup>, 1982). No obstante, Lester<sup>30</sup> (1991), establece que las personas muy religiosas manifiestan una baja ansiedad ante la muerte.
- Para Lonetto y Templer<sup>31</sup> (1988), la ansiedad ante la muerte no depende de la ocupación profesional. Pero para Tomás-Sábado<sup>32</sup> (2002), las auxiliares de Enfermería presentan un nivel más alto de ansiedad que las enfermeras.

Con relación al miedo a la muerte, las metodologías empleadas han sido muy diversas, desde métodos indirectos a través de pruebas proyectivas, asociación de palabras y registros psicofisiológicos, a métodos directos como entrevistas, administración de cuestionarios, escalas, etc. Dada la gran variedad de técnicas utilizadas y muestras utilizadas, la comparación de resultados es difícil de realizar (Kastenbaum y Costa<sup>33</sup>, 1977). Estos autores señalan que uno de los mayores problemas metodológicos que se observan en este tipo de investigaciones, es la falta de estudios longitudinales y la utilización de escalas no valoradas psicométricamente. Esta problemática es analizada y tratada en profundidad por Neimeyer en su obra *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (Neimeyer<sup>34</sup>, 1997). En dicha obra, se hace un exhaustivo estudio de los aspectos psicométricos de las principales escalas y cuestionarios utilizados para medir la ansiedad y el miedo ante la muerte.

El instrumento más utilizado en la evaluación del miedo a la muerte ha sido la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester (Collet-Lester<sup>35</sup>, 1969). Dicha escala contiene cuatro factores que denotan la multidimensionalidad del miedo a la muerte: a) miedo a la propia muerte; b) miedo a la muerte de otras personas; c) miedo al proceso de morir de uno mismo; y d) miedo al proceso de morir de otros. En España, Bayés<sup>36</sup> et al. (1999), aplicaron una versión modificada de esta escala a estudiantes universitarios. Entre otras conclusiones, destacan que lo que genera más ansiedad es el ítem: .Tu propio proceso de

morir., mientras que otro ítem: .Tu propia muerte. Es el que produce menor ansiedad. Es decir, que la propia muerte preocupa menos que su proceso.

Con anterioridad, Lester<sup>37</sup> (1967) en una revisión de los estudios realizados con su escala llega a las siguientes conclusiones:

- a) Con relación al sexo, se observa que las mujeres temen más a su propia muerte y la temen más que los hombres.
- b) El miedo a la muerte puede variar en función del trabajo u ocupación de la persona. Como señala Neimeyer<sup>38</sup> (1997), en general, las personas que tienen ocupaciones peligrosas o relacionadas con la muerte tienen más miedo a la muerte y al proceso de morir que las personas que tienen otras ocupaciones.
- c) Las personas ancianas que viven en residencias parece ser que presentan menos miedo ante la muerte que las que viven solas.
- d) La edad tampoco influye para tener más o menos miedo a la muerte.
- e) Las personas que presentan una alta puntuación en las escalas de hipocondría, histeria, dependencia e impulsividad en el MMPI, manifiestan asimismo una gran preocupación y temor a la muerte. Así pues, y como señala Neimeyer (1997), las relaciones que se han presentado entre las puntuaciones de los test psicológicos y las puntuaciones de las subescalas de miedo a la muerte y al proceso de morir de Collet- Lester han implicado medidas de ansiedad y salud psicológica. Como era de esperar, las personas más ansiosas y aquellas con un trastorno psicológico mayor, demuestran tener un miedo más intenso a la muerte y al proceso de morir.
- f) En general, la religión influencia las actitudes ante la muerte.

Es decir, el hecho de poseer creencias religiosas disminuiría el miedo a los aspectos desconocidos de la muerte.

Desde la creación de la Escala de Collet-Lester hasta la actualidad, son muchas las investigaciones que intentan medir la ansiedad y el miedo a la muerte. Neimeyer (1997), en su revisión crítica de estas escalas, sugiere ante la multitud de enfoques existentes con sus similitudes y diferencias, la necesidad de integración. En otras palabras, la creación de un modelo complejo, posiblemente basado en la integración de teorías, que pueda explicar un fenómeno tan complejo como la ansiedad y el miedo a la muerte.

*Como profesional de la salud y aquellos que trabajamos en servicios críticos nos relacionamos con todas las posibles enfermedades que llevan a nuestros pacientes a la muerte por ejemplo el cancer o el sida, si bien son pacientes diferentes ambos morirán y ante esta situación el profesional deberá mantener la misma postura.*

*El hecho que trabajemos con este tipo de pacientes no nos hace perder el miedo a la muerte sino darnos cuenta que no siempre la muerte es algo negativo sino muchas veces es una bendición ya que termina con el sufrimiento del paciente y en cierta forma impotencia del profesional a no poder ya ayudarlo.*

### **Apartado 3: El proceso de morir.**

*El proceso de morir implica un gran trabajo en el grupo interdisciplinario y en conjunto con la familia, la cual es el eje principal de este proceso. Toda acción debe encaminarse a dar contención, confort y disminuir el dolor de la persona que se encuentra en esta situación; y mantener su independencia lo más que se pueda.*

*En la Argentina hay profesionales que están trabajando en este tema. En 1985 se realiza el primer Programa de cuidados paliativos en la Argentina dando inicio esta actividad. A través de la participación de distintos profesionales se podrá lograr mejorar la capacitación para el profesional enfermero ante la atención del paciente terminal.*

#### **3.1- El enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal**

##### **3.1.1-. Descripción del proceso de enfermedad avanzada y terminal**

Aunque en la actualidad ya se habla de enfermo al final de su vida, lo cierto es que estamos ante una persona que padece una enfermedad que en un tiempo corto de vida le llevará a la muerte. Entonces, ¿por qué se habla de enfermo en situación terminal, o de enfermo en situación de enfermedad avanzada y terminal o enfermo al final de la vida? Como señala Limonero<sup>39</sup> (1994), la expresión de enfermedad terminal conlleva connotaciones negativas de algo que se acaba y que por tanto, no hay nada más que hacer o no tiene sentido hacer algo. Pero cuando se habla de enfermo en situación de enfermedad avanzada o terminal, se hace referencia a una persona que está atravesando una situación concreta de su ciclo vital en la que existen diversos aspectos que forman este proceso avanzado de enfermedad. Por lo que, a pesar de la enfermedad, se puede prestar y proporcionar una asistencia digna y humana, a la persona que todavía sigue existiendo y que tiene derecho de ser tratada como tal. Teniendo presente esta matización, en este trabajo, para no repetir siempre el mismo léxico, vamos a utilizar términos como enfermo terminal, moribundo o enfermo al final de su vida, para definir a una persona que está en el proceso de morir o en fase de enfermedad avanzada y terminal. Centrándonos en la fase de enfermedad avanzada y terminal y dejando de lado sus etapas anteriores (diagnóstico y tratamiento de la enfermedad maligna), se

puede definir esta fase como aquella en que la muerte es inevitable, y en la cual, el tratamiento pasa de ser curativo a paliativo (Limonero, 1994).

En síntesis, esta fase denominada avanzada y terminal es un momento de la vida de una persona que está al final de su vida pero en la que todavía se puede hacer mucho por la misma. Es una fase en la que, como señala Sanz Ortiz<sup>40</sup> (1998), una vez adquirida la certeza de la inmediatez de la muerte, no hay que obstinarse en prácticas terapéuticas inútiles que sólo disminuyen el grado de confort del enfermo. Una fase en la que la toma de la tensión arterial cada seis horas, el control de la diuresis horaria y un sinfín de tratamientos más, si alargan la vida sólo será en horas o días, pero lo que sí es seguro es que prolongan la agonía, en un período de la vida en que todos deseamos que sea breve y lo más confortable posible.

### **3.2- Cuidados Paliativos.**

#### **3.2.1 Fundamentos históricos**

En el siglo IV antes de Cristo, los doctores no se atrevían a tratar al enfermo durante su proceso de muerte por el miedo a ser castigados al desafiar las leyes de la naturaleza. Fue a partir de la propagación de la doctrina cristiana cuando se estableció la necesidad de ayudar al enfermo en su lecho de muerte, dando pie a los primeros Hospicios en Roma y después en toda Europa. Poco a poco, los Hospicios o Hospes. en latín, que en un inicio también eran lugares en donde los peregrinos descansaban y eran bienvenidos, pasaron a asociarse al lugar en el que se cuidaba a enfermos y a moribundos (Hospice, Hospicio u Hospital). Pero no fue hasta 1842, cuando Jeanne Garnier, en Lyon, Francia, identifica el Hospice como la institución en donde se cuida únicamente a moribundos. Posteriormente, Mary Aikenhead, funda en 1879 en Dublín, el Lady.s Hospice. Más tarde, en 1905, se crea el St. Joseph.s Hospice en Londres. Por su parte, Cicely Saunders, funda en 1967, el St. Christopher.s Hospice de Londres, como resultado del deseo de médicos y enfermeras de ofrecer cuidados a los pacientes moribundos desde una perspectiva holística. A partir de su creación, se extiende por todo el mundo el movimiento Hospice. (Sanz Ortiz<sup>41</sup>, 1999).

En 1977 Belfor Mount, del Hospital Royal Victoria de Canadá sustituye el término Hospice por el de Cuidado Paliativo o Medicina Paliativa. Como señala Sanz Ortiz, el término es más universal y menos ligado a un entorno cultural. En 1989, la oficina regional para Europa de la OMS, publica sus primeras recomendaciones sobre cuidados terminales en el cáncer bajo el título .Palliative Cancer Care.

El primer programa de Cuidados Paliativos en la Argentina, siguiendo los lineamientos de la OMS, comenzó en Buenos Aires en 1985 con el trabajo de la Fundación Prager-Bild, cuya presidente honoraria fue Dame Cicely Saunders del Saint Christopher's Hospice de Londres.

Médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos comenzaron a entrenarse en esta Fundación, y algunos de ellos visitaron hospices de Inglaterra como parte de su entrenamiento.

En septiembre de 1986 se realizó en la Academia Nacional de Medicina en Buenos Aires la Primera Conferencia Internacional sobre Hospice y Cuidados Paliativos.

Esta primera reunión fue de una real importancia y contó con la presencia de los Dres. Robert Twycross y Geofry Hanks. Concurrieron más de 500 personas y asistió al acto de apertura el Presidente de la República Argentina Dr. Raúl Alfonsín.

La Fundación Prager-Bild continuó con actividades académicas y llegó a realizar un acuerdo con la Facultad de Medicina de Buenos Aires para enseñar metodología y aspectos de Cuidados Paliativos para los alumnos de Medicina. En 1989, producto del caos económico que reinaba por entonces en Argentina, esta Fundación no pudo sostener sus actividades y tuvo que cerrar.

Durante la misma época, en Marzo de 1985, en la ciudad de San Nicolás el Dr. Roberto Wenk trabajando con otros profesionales y especialmente con voluntarios creó el Programa Argentino de Medicina Paliativa.

La base fundamental de ese programa fue la docencia y especialmente el cuidado paliativo domiciliario, siguiendo las normas de la OMS. La tarea asistencial de pacientes terminales en sus hogares había sido iniciada por el Dr. Wenk a fines de 1982.

Este programa demostró en nuestro país la posibilidad de atender pacientes con enfermedad terminal en domicilio. La mayoría de estos, eran carentes de

cobertura social, y con un nivel socioeconómico bajo. La Liga Argentina de la Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) de San Nicolás colaboró con este programa y las voluntarias son mujeres que trabajan en dicha liga. Para la misma época, empezó a funcionar la Sección de Medicina Paliativa del Hospital Privado de Comunidad en Mar del Plata, fundada sobre la base del Comité de Deontotanatología que existía desde 1984, y cuya implementación fue impulsada por el Dr. Rubén Bild cuando visitó el Hospital. Sus miembros, liderados por los doctores Somoza y Manzini, trabajaron según los estándares internacionales, obteniendo excelentes resultados con trabajos publicados en la Revista Medicina y otras. Fueron docentes invitados de la Fundación Bild. La Sección fue desactivada por sus propios miembros por entender que no conseguía lograr una apropiada inserción institucional. Sin embargo, surgió de esa experiencia el Comité de Ética del HPC, y años más tarde, el trabajo en Cuidados Paliativos fue retomado por los profesionales del Programa de Atención Domiciliaria de la Institución (PADES), liderados por el doctor Dottavio, quienes hasta hoy desarrollan esa tarea con estándares de calidad y eficiencia.

En Julio de 1990 se realizó en San Nicolás el Primer Curso Internacional de Control de Dolor y Medicina Paliativa contando con la presencia del Dr. Charles Cleeland de EEUU y del Dr. Eduardo Bruera.

Este curso contó con la presencia de representantes de los diferentes equipos que en Argentina ya estaban trabajando en Cuidados Paliativos y con miembros de diferentes equipos de trabajo del resto de Latinoamérica.

Este Curso Internacional, en Julio de 1990 en San Nicolás marca un momento histórico para los Cuidados Paliativos de Argentina y de Latinoamérica, ya que se realizó la primera reunión informal en la cual se mencionó la necesidad de una Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos y también fue el punto de partida para los Congresos Latinoamericanos de Cuidados Paliativos, que desde entonces se realizan bianualmente en diferentes países de América Latina, coordinados por el Dr. Eduardo Bruera.

En Enero de 1994, después que aquel grupo de pioneros fundara informalmente la Asociación, se obtuvo la figura legal de sociedad científica sin fines de lucro con personería jurídica.

La Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP).

Uno de los principales objetivos de la AAMyCP es reunir a todas las personas que estén trabajando en Cuidados Paliativos en el País con los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Un logro fundamental de la Asociación, fue editar en el año 1994, la Primera Publicación especializada en América Latina dedicada exclusivamente a Cuidados Paliativos: el Boletín Científico de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP) que viene apareciendo ininterrumpidamente.

### **3.2.2- Cuidados paliativos. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (1990), definió los cuidados paliativos como el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial, el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias. Esta definición se complementa con los aspectos siguientes:

- afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal;
- ni adelantar ni retardar la muerte;
- proporcionar alivio al dolor y a otros síntomas;
- ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte;
- dar apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Así pues, la atención de los cuidados paliativos va dirigida a proporcionar el máximo confort y bienestar posible, no sólo al enfermo al final de su vida sino también a su familia.

En este contexto, la atención es integradora: se tienen en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Pero para dar una respuesta integradora en el proceso de morir, es imprescindible el trabajo interdisciplinar. En la actualidad, los equipos que atienden a enfermos al final de su vida están compuestos mayoritariamente por médicos, diplomados en Enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y en muchas ocasiones con el soporte del personal religioso, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales entre otros profesionales. Sin embargo, para que sea efectiva la terapéutica es necesario que se establezcan objetivos conjuntamente entre el equipo, el

paciente y la familia. Sólo así se consigue el objetivo de ofrecer el máximo bienestar y confort al enfermo y familia.

### **3.3- Características de la enfermedad terminal**

Basándonos en Gómez Batiste y Roca<sup>42</sup> (1989), las características que definen una enfermedad como terminal, son las siguientes:

- la enfermedad está en un estadio avanzado, es progresiva e incurable, y por lo tanto, no puede responder a tratamientos activos.
- Presentación de numerosos y diversos síntomas, de causa multifactorial, cambiantes y a menudo intensos. Esta sintomatología evoluciona de forma poco estable pudiendo incluso variar en cuestión de horas. Por ello, a veces se habla de cuidados intensivos de confort al referirse a los cuidados paliativos.
- Situación que genera un fuerte impacto emocional sobre el enfermo, la familia y el equipo. El grado del impacto tendrá relación, entre otros aspectos, con el nivel y la calidad de información que posee el paciente sobre su enfermedad, el grado de control de los síntomas, la edad y el soporte emocional y social que pueda recibir tanto el paciente como el familiar y el equipo asistencial.
- Presencia a corto plazo de la muerte. Esta característica está considerada como la primera causa de impacto emocional en el proceso de morir.
- Pronóstico de vida limitado. Una vez definida la situación de incurable y progresiva, la mayoría de los enfermos muere antes de los seis meses. Ante esta realidad, los objetivos se revisan continuamente adaptándose a los cambios en las necesidades del enfermo y la familia. Al mismo tiempo, la eficacia asistencial es revaluada de forma constante ya que el tiempo del que se dispone es limitado.
- Importante demanda de atención que requieren los pacientes y familiares. La asistencia es individualizada ya que cada caso es particular y si se tiene en cuenta que el objetivo principal es el bienestar del paciente y familia, la atención deberá de ser necesariamente personalizada, tanto por las características de la enfermedad y de la forma de ser del paciente como de las necesidades que surgen día a día tanto en el paciente como en la familia.

### 3.3.1- Bases de la terapéutica

Una vez agotados los tratamientos específicos ante una enfermedad maligna y terminal, los objetivos de la terapéutica se encaminan a ofrecer el máximo confort al enfermo y familia. Para conseguir este confort, los cuidados paliativos basan su tratamiento en los aspectos siguientes:

**1. Atención integral.** En la praxis de los cuidados paliativos se tiene en cuenta el soporte holístico de los cuidados. Saunders en 1967, acuña el término dolor total, haciendo referencia a la necesidad de valorar el dolor como un síntoma compuesto por factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Es decir, el sufrimiento del enfermo puede tener causas multifactoriales y su tratamiento deberá de tener siempre presente, las cuatro dimensiones de la persona.

**2. Unidad a tratar: el enfermo y su familia.** Desde el inicio de los cuidados paliativos, la familia forma parte integrante de los cuidados en el proceso de morir. La familia constituye el factor primordial del soporte al enfermo terminal convirtiéndose en un buen soporte emocional si recibe el apoyo adecuado. Por ello, es fundamental averiguar sus principales preocupaciones para poder intervenir y disminuir en la medida de lo posible las mismas (Colell y Limonero<sup>43</sup>, 2003).

**3. Promoción de la autonomía y la dignidad del paciente.** Las decisiones que se tomen deberán de ser compartidas y consensuadas con el paciente y se llevarán a término según lo pactado y establecido con el enfermo.

**4. Concepción terapéutica activa.** Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente.

**5. Importancia del ambiente.** Un ambiente relajado que favorece la comunicación se considera tan importante como las posibles medidas farmacológicas que se puedan administrar al paciente.

### 3.4-Etapas en el Proceso de Morir

Según Kübler – Ross<sup>44</sup> (1985) las etapas son las siguientes:

- **Fase de Negación:** La mayoría de los pacientes al enterarse de que padecen una enfermedad mortal reaccionan con la negación, insisten en que “no puede ser verdad” y que “tiene que haber un error”, lo cual da lugar con frecuencia a una peregrinación por diferentes médicos, buscando a alguien que encuentre una solución. Esta fase tiene su ventaja ya que funciona como un “amortiguador”

ante la noticia inesperada, permitiendo que el paciente se recupere y movilice otras defensas. En esta fase es necesario detectar si el paciente desea hablar de la muerte, si es así, debe iniciarse un diálogo con él y sus familiares, ya que la muerte se percibe más lejana porque aún existe un estado de relativa salud y bienestar.

- **Fase de Ira:** La reacción es: ¿por qué yo, habiendo tanta gente mala? ¿Qué hice para merecer ese castigo? Esta cólera se proyecta hacia la familia y el personal de salud con lo cual resulta difícil atender al paciente. En esta etapa el enfermo necesita de gran apoyo y comprensión, ya que su ira no solamente es porque va a morir, sino porque se ha visto obligado a abandonar su proyecto de vida, no es pues contra nadie en particular, aunque causa a todo el mundo, incluso a Dios. Puede suceder que los familiares y amigos se alejan para no ser blancos de los ataques, con lo cual empeora la situación ya que el paciente se sentirá profundamente abandonado, aunque es posible que grite que no quiere que nadie lo acompañe.

- **Fase de Pacto:** Generalmente es una fase de duración corta, en la cual el paciente abandona la cólera y se “porta bien” para obtener el privilegio de seguir viviendo, aunque sea un “poco más de tiempo” o que desaparezca el dolor, o que sea concebido un determinado deseo.

- **Fase de Depresión:** Hay una sensación de pérdida relacionado con el tipo de enfermedad, por eso es distinta en cada paciente. Puede ser por pérdida de la belleza, de la posibilidad de tener hijos, de casarse, de concluir un proyecto, de perder el empleo, es así donde toma mayor importancia el rol que puede desempeñar la enfermera (o) puesto que, éste debe descubrir la causa de la depresión para tratar de aliviar el sufrimiento que esto ocasiona no con la conversación pueril e incluso irritante de decirle que no debe estar triste, sino con el diálogo franco que perciba al paciente expresar su dolor, y a la enfermera (o) contestar sus preguntas acerca de las múltiples interrogantes que atormentan al paciente.

- **Fase de Aceptación:** En esta última fase, probablemente el paciente estará agotado por los estragos de su enfermedad, se sentirá cansado y resignado, y es posible que desee estar sólo más tiempo, no conversará mucho, pero aceptará con gusto la compañía silenciosa de alguien que le de la seguridad de

que aún es amado y necesario, pues en estos casos el silencio va más allá de las palabras.

## **Apartado 4: Enfermería: cuidados.**

### **4.1-Introducción.**

El arte de cuidar es lo que caracteriza a la enfermería en el mundo, éste se realiza a lo largo de toda la vida, los enfermeros se enfrentan a ciertos dilemas relacionados con las cuestiones fundamentales que se refieren a los cuidados de acompañamiento en el final de la vida, como dice COLLIERE, M<sup>45</sup>. la vida es el camino que conduce hacia la muerte, que constituye la última etapa.

En ésta última etapa, el paciente pasa por diferentes momentos en sus estados de ánimos tal como lo plantea Elizabet Kübler-Ross, ella sugiere que hay cinco etapas por las que pasan la mayoría de las personas cuando saben que van a morir, como son la negación, enojo, regateo, depresión y aceptación.

Un enfermo terminal pasa por diferentes fases en su lucha contra la enfermedad y la muerte. Algunos ignoran la situación durante un tiempo y siguen trabajando como si estuvieran tan bien como antes. Otros van de un médico a otro con la esperanza de que el diagnóstico sea erróneo. Y otros intentan ocultar la verdad a su familia o viceversa. Tarde o temprano el enfermo tiene que hacer frente a la cruda realidad, y normalmente reacciona con un furioso “porqué yo”.

Una cuestión importante es cuando y como decirle la verdad de su diagnóstico a la persona. Un buen consejo es seguir el ritmo que marca ella misma. Por lo que, se debe estar atento y dispuesto a hablar sinceramente, de una forma progresiva, paulatina y continuada, dejando atrás la mentira y la huida, y aprovechando las preguntas del propio afectado y su familia. Los familiares aprecian mejor nuestra oferta de asistencia si entienden y toman nuestra ayuda como una cooperación que reconozca y apoye sus potencialidades antes que como una intromisión.

Los enfermeros somos miembros claves en el equipo de salud cuando brindamos cuidados a pacientes moribundos y sus familias, haciendo respetar los valores culturales y el derecho a tomar decisiones informadas, y a optar por recibir el tratamiento o rechazarlo y el derecho a una muerte digna brindando cuidados compasivos a las personas en la fase final de la vida respetando y haciendo respetar las normas éticas y culturales en la muerte y en el duelo, abordando las necesidades de los miembros de las familias.

El debate actual se centra principalmente en la eutanasia, pero son igualmente importantes otras cuestiones como la no aplicación o la retirada del tratamiento, las directivas y opciones o las "voluntades en vida" de los pacientes y las preocupaciones por la calidad de la vida.

Las personas moribundas y sus familias tienen creencias y valores culturales que les son propios, y las enfermeras deben dispensar cuidados que sean sensibles a la cultura, totales y que respeten las creencias espirituales y religiosas.

Los valores del cuidado cultural y las creencias están enraizados en las dimensiones religiosa, familiar, social, política, cultural, económica e histórica de la estructura social, del lenguaje y del contexto del medio ambiente. Pero en el cuidado tenemos que tener en cuenta que cuando hay que hacer frente a situaciones de enfermedades graves y de enfermedades terminales, va a priorizar en el universo simbólico a nivel de las creencias de nuestros pacientes. Un entorno solícito y positivo que reconozca que la muerte es inevitable ayuda a los miembros de la familia a aceptar y asimilar la pérdida y el dolor.

La función de las enfermeras y demás profesionales de la atención de salud al prestar cuidados a los pacientes moribundos sigue siendo objeto de debate y las enfermeras deben conocer las cuestiones y las legislaciones actuales relacionadas con los problemas de la fase final de la vida. Si aprendemos a ayudar a este paciente en lugar de juzgarle, (si aprendemos a no tomarnos su reacción como un insulto personal), luego al llegar a la tercera fase. Intentará poner orden en su vida y resolver los asuntos pendientes antes de admitir lo que le está sucediendo.

En la fase de depresión, primero se lamentará por lo que ha perdido y después comenzará a perder interés por el mundo exterior. Cada vez tendrá menos ganas de estar con gente, y poco a poco se irá preparando para el final.

Si le dejan llorar su pena, si su vida no se prolonga de forma artificial y su familia admite la situación, podrá morir en paz al llegar a la fase de aceptación.

Todas estas etapas hay que comprenderlas en profundidad para que podamos entenderlos en sus reacciones, sus silencios, sus enojos, su rebeldía, y todo comportamiento que parezca que no es normal, solo si conocemos estas fases

podremos darles cuidados espirituales, físicos y emocionales, de calidad y en los momentos oportunos.

Estos pacientes no solo tienen necesidades físicas sino también emocionales y espirituales. Al describir una forma para adquirir un enfoque positivo hacia la muerte, Cicely Saunders aconsejó “ver continuamente a los pacientes, no sus necesidades sino su valor, no su dependencia sino su dignidad”.

Para obtener la fuerza y valor para afrontar la muerte con dignidad, muchas personas encuentran que su religión es de gran ayuda. Con frecuencia, los enfermos y sus familiares buscan apoyo de los representantes de su fe. Incluso quienes no creen en algún ser superior, pueden encontrar reconfortantes las visitas de un capellán. Enfermería suele ser quien primero identifica las necesidades espirituales del paciente y puede ser llamada para servir de enlace entre el enfermo y el capellán. Muchos hospitales tienen visitas de religiosos que todas las noches visitan a los enfermos, rezan juntos, les da las bendiciones a los pacientes y familiares, esto reconforta a los creyentes y los tranquiliza.

En cuanto a las necesidades físicas de un enfermo terminal son similares a las de cualquier paciente muy grave, a medida que el paciente se torna más débil, se producen los siguientes cambios.

- 1- Pérdida del tono muscular.
- 2- Cese progresivo del peristaltismo.
- 3- Lentitud de la circulación sanguínea.
- 4- Respiración difícil.
- 5- Pérdida de los sentidos.

En el moribundo también se alteran los sentidos. La visión suele hacerse borrosa y por ello el paciente prefiere una habitación iluminada, en lugar de la oscura en la que se piensa con tanta frecuencia. Asimismo, es posible que sus ojos necesiten atención especial. Con frecuencia, se secan los ojos y quizá sea necesario instilar algún soluciones oftálmicas estériles en las conjuntivas para conservarlos estériles. Se considera que la audición es el último sentido que desaparece; en consecuencia, aunque el paciente no pueda responder, suele comprender lo que dicen las personas. Cuando se habla a un moribundo, debe hacerse con claridad y con voz normal. Hay que evitar el murmullo, porque puede inquietar al paciente que se da cuenta que están hablando y no obstante es incapaz de comprender lo que dicen. Enfermería debe estar presente en

estos detalles que los familiares no tienen en cuenta, y sin querer, le están produciendo al familiar una situación de angustia y sufrimiento al no poder responder, todas estas advertencias deben realizarse en un lugar tranquilo y privado, para que se puedan expresar si así lo desean.

Después de una gran experiencia en el consuelo de pacientes sobre la muerte y la agonía Kübler-Ross decidió reunir sus conocimientos en un libro que llamó Death and Dying.

En la declaración de derechos de las personas moribundas se estableció en una reunión sobre el enfermo terminal y las personas que lo asisten, estos son:

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano hasta que muera.
- Tengo derecho a conservar un sentido de esperanza, cualquiera que sea el enfoque que pueda dársele.
- Tengo derecho a ser atendido por quienes pueden conservar una esperanza, cualquiera que sea el cambio que pueda haber.
- Tengo derecho a expresar a mi modo mis sentimientos y emociones sobre la proximidad de mi muerte.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia y para ella, en lo referente a aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
- Tengo derecho a conservar mi individualidad y a que no se juzguen mis decisiones que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a participar en las decisiones sobre mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar atención médica y de enfermería continua aunque las metas de “curación” deban cambiarse a las de “consuelo”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no padecer dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas se respondan honestamente.
- Tengo derecho a comentar y aumentar mis experiencias religiosas, espirituales, o ambas, sin importar lo que ello signifique a otros.
- Tengo derecho a esperar que se respete la santidad del cuerpo humano después de la muerte.

- Tengo derecho de ser atendido por personas atentas, sensibles, capaces, que intenten comprender mis necesidades y puedan obtener cierta satisfacción de ayudarme a afrontar mi muerte.

Estos derechos son para todos y llegado el momento de dejar este mundo, deben ser cumplidos, porque es un derecho que tenemos. En tan difícil circunstancia la enfermera por su vocación de cuidar es quien está mas cerca y mas tiempo proporcionando cuidados apropiados y de calidad al paciente moribundo, por eso enfermería debe tener en claro como deben ser esos cuidados y hacia quienes están dirigidos. Entonces el acto de enfermería, es el cuidar a la persona en respeto de la dignidad humana, de la vida y los derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002, redefine el concepto de cuidados paliativos al describir este tipo de atención como: “Un enfoque terapéutico, por el cual se intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes y familia enfrentados a la enfermedad terminal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la meticulosa valoración y tratamiento del dolor, y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Muchos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadíos más precoces de las enfermedades, en combinación con tratamientos más activos con finalidad paliativa.

De acuerdo a esta definición y objetivos, los cuidados paliativos:

- Aseguran la vida pero aceptan la muerte como algo inevitable.
- No aceleran ni posponen la muerte.
- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas penosos.
- Integran aspectos psicológicos, sociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible.
- Ofrecen un sistema de apoyo a la familia para afrontar la enfermedad y el duelo.

Definidos de esta manera, los cuidados paliativos constituyen una forma de cuidados continuos, que como ya se ha mencionado, son aplicables a lo largo de todo el proceso evolutivo del tratamiento del cáncer y de sus diferentes etapas, enfatizando los recursos empleados y su intensidad en función de las

necesidades o complejidad requerida, y no sólo aplicándolos en el manejo de la crisis al final de la vida.

El decálogo de derechos del enfermo terminal de PEREZ, E<sup>46</sup>. nos hace reflexionar en profundidad con respecto a estos pacientes y sus seres queridos, estos enfermos tienen derecho a ser atendido por profesionales sensibles a sus necesidades y temores en su proceso de aproximación a la muerte, pero competentes en su campo y seguros de lo que hacen, y en cuanto a sus seres queridos, que las necesidades y temores sean tenidas en cuenta en el manejo del proceso, antes y después de su muerte.

Es necesaria una comunicación veraz, clara y tranquilizadora que permita al enfermo entender lo que le está sucediendo, enfrentar la realidad de la vida de forma consciente, participar en la toma de decisiones terapéuticas, conservar el control sobre su vida, vivir de manera significativa hasta el último instante de su vida y compartir sus preocupaciones, miedos y sentimientos con los seres queridos y el equipo de profesionales encargado de sus cuidados. En los casos en que la enfermedad y la muerte no se pueden separar, se establecen crisis, en el paciente y la familia, como también en el personal de enfermería ya que no es raro ver a una enfermera sentirse frustrada, desengañada, enojada, culpable o angustiada, porque un paciente no responde a su atención, tal como lo plantea la enfermera Marcelina Gloria Montenegro en su trabajo Intervención en crisis: enfrentamiento con la enfermedad y la muerte.

En cuanto a la atención de la familia debemos tener en cuenta que la misma es sin duda el apoyo fundamental del enfermo, por lo que hay que prestarle una atención importante, para que luego pueda trasladar unos buenos cuidados a su familiar enfermo, y no se quede agarrotada en los mecanismos de defensa frente a la angustia, ya que son ellos, los mas cercanos, quienes mejor pueden evitar el sufrimiento de su familiar.

Pensando en la familia del paciente que va a morir, enfermería debe estar preparada también para entender y comprender el dolor de los familiares, sus reacciones, su enojo, su llanto, su silencio, su angustia, sus gritos, su desesperación, etc.; en otros términos, todo un conjunto de sensaciones que pueden manifestarse ante el momento de la muerte.

Con respecto a mantener constantemente una buena comunicación, a veces nos enfrenta a situaciones difíciles, en donde es importante elegir el mejor momento y forma para decirles la verdad de su diagnóstico a la persona y familiares. Debemos tener en cuenta que en algunas ocasiones el impacto emocional que produce algunas noticias desagradables, reduce la capacidad de entender, registrar y procesar la información, por ello comprobar con actitud empática, si se ha comprendido lo que queríamos transmitir.

María José Los Arcos dice: la revelación del diagnóstico influye de manera muy importante en como se recibe y se sobrelleva posteriormente la enfermedad, siendo por ello esencial: el lugar, la forma, la gradualidad de la verdad soportable, los signos no verbales, el tiempo del que se dispone para dar la información, si ésta se da solo al paciente, a éste y a su familia o solo a la familia, como así, la disponibilidad para consultas posteriores.

Los enfermeros debemos tener equilibrio emocional, sensibilidad, tacto y conocimientos suficientes como para comprender, que cada persona ve la muerte de su propia manera y esto hace que las últimas experiencias de cada quien sean distintas a las de cualquier otra persona. La muerte llega cuando tiene que llegar a su propio modo ésta es tan única como la persona a quien le afecta. El proceso de pasar a otra vida a menudo empieza a partir de las últimas dos semanas antes de la muerte en sí, hay un cambio que ocurre dentro de la persona que los transporta de un estado en el cual procesa el hecho de que va a morir, a un estado de verdadera comprensión y creencias en su propia mortalidad.

Desafortunadamente, esta comprensión a menudo no puede ser compartida con otros seres queridos. Los familiares lo primero que sienten al enterarse de la muerte de un ser querido es shock, aun sabiendo de que alguien está a punto de morir, realmente nunca estamos preparados para la muerte en sí, el shock nos entumece de tal forma que empezamos actuar en piloto automático, hablamos, hacemos, vamos y venimos pero realmente no estamos pensando ni sintiendo.

Ante todo, debemos comprender que la congoja el enojo o la ira son reacciones normales y naturales ante la pérdida de un ser querido. Cada quien trata de aliviar su pesar como pueda, de la misma forma en que trata con cualquier otra emoción. Hay quienes demuestran su pesar, hay quienes lloran, se les ve triste y se alejan de quienes les rodean, hay quienes esconden su pesar, otros lloran en

privado y aparentan tener todo bajo control en público y hay quienes pretenden estar bien, no sentir tristeza, éstos son los que se mantienen muy ocupados, los que corren y corren ya que si se detienen, sentirán dolor, tal como lo plantea KARNES, Bárbara <sup>47</sup>, en el duro proceso de la muerte.

Los enfermeros se enfrentan a situaciones en las que los problemas éticos requieren un momento de reflexión que por regla general se consideraría como un juicio clínico diferente, en él cobran importancia y peso:

- .los valores de la enfermería como profesión
- .los valores personales del enfermero
- .el respeto por los valores del otro o de los otros

La necesidad de un código que oriente la toma de decisiones ética en enfermería surge de la responsabilidad de actuar bien, a conciencia, en beneficio de quién recibe el servicio de enfermería y no solamente, para evitar demandas o problemas legales.

Nuestra profesión tiene por objeto proteger ante todo la vida desde la concepción como hasta la propia muerte inminente.

#### **4.2-Modelo y Teoría de Enfermería**

Por otro lado, es importante resaltar los diferentes modelos y teorías en enfermería, que se ha adaptado al presente estudio.

La filosofía de **Florence Nightingale (1858)**, el cual se centra en el entorno, definiéndolo como un cúmulo de “todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y son capaces de evitar, suprimir, o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte”.

Nightingale definió a menudo con precisión los conceptos que manejaba, no separó específicamente el medio del paciente de los aspectos físicos, emocionales o sociales, aparentemente suponía que todos ellos formaba parte de su entorno.

La preocupación de Nightingale sobre la necesidad de preservar un buen estado de higiene se extendía, no sólo a las instalaciones de los hospitales sino también a los hogares de los pacientes y en particular, a las condiciones de vida físicas de los pobres. Ella creía que para mantener una atención sanitaria adecuada se tenía que disponer de un entorno saludable, es por ello que menciona en su

teoría los cinco componentes esenciales de la salud ambiental (aire puro, agua pura, alcantarillado eficaz, limpieza y luz).

Nightingale incluyó también los conceptos de color, tranquilidad y dieta en su teoría ambiental. Además de sus exposiciones sobre la necesidad de ventilar las habitaciones y las casas, ofreció una descripción de cómo medir la temperatura corporal del paciente por medio de la palpación de las extremidades para evaluar la pérdida de calor; en definitiva instruía a las enfermeras para que manipularan permanentemente las condiciones del entorno y mantuvieran al paciente ventilado y con calor suficiente.

Asimismo tenemos que otro componente interesante de su teoría es la definición o descripción de los aspectos de gestión, la enfermera se encargaba tanto del control del entorno físico como del administrativo, en este sentido el control del entorno tenía como objetivo proteger al paciente de posibles perjuicios físicos y psicológicos.

Por lo antes expuesto, se toma esta filosofía, puesto que la investigación se relaciona con factores psicológicos, sociales, culturales y profesionales de un profesional de enfermería presente en una unidad de este Hospital, que interfiera, mostrando una actitud incorrecta o negativa ante una situación de muerte inminente de un paciente; dejando a un lado los cinco componentes que menciona Nightingale.

A su vez se ha tomado como base teórica el modelo conceptual de **Ernestine Wiedenbach (1960)**; desarrolla su modelo teórico a partir de la inmensa experiencia práctica y educativa y con el apoyo de Ida Orlando donde se hace ver el efecto que ejercen los pensamientos de la enfermera en el resultado de sus acciones.

Wiedenbach (1966) señala en su teoría una serie de elementos:

- **La Enfermera:** Es un ser humano funcional, no sólo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos en el cometido de sus trabajos son importantes, y tienen un reflejo tanto en lo que hace como en el modo de cumplir con sus tareas, ya sea en toma de palabras trasladadas o en forma de comunicación escrita, actitud corporal o cualquier otro acto. En las enfermeras cuya acción se encamina directamente a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos han de plantearse de manera disciplinada.

- **Filosofía:** En la filosofía de cada enfermera, su actitud ante la vida y la realidad que emana de sus creencias y código de conducta, reside su motivación para actuar y el principio que guía sus pensamientos sobre sus actos y decisiones. Todo ello se enraíza en su cultura y subculturas y forma parte su ser. La filosofía es de naturaleza personal, única para cada enfermera, y se expresa externamente en su forma de ejercer su profesión.

- **Ejercicio Profesional:** Acción evidente guiada por pensamientos y sentimientos disciplinados que pretende satisfacer las necesidades de ayuda del paciente y define el ejercicio de la enfermería clínica.

- **Sistema de Enfermería:** Los límites, el soporte y la investigación definen un sistema conceptual amplio. Los límites o fronteras del servicio profesionales marcan las líneas maestras que han de seguirse en el ejercicio de esta profesión. Estos límites profesionales están señalados por el Código Profesional. Los servicios que permiten el ejercicio de la enfermería son la administración, la formación y organizaciones. Aunque rara vez se percibe su presencia en la habitación del paciente o en las relaciones personales entre éste y la enfermera, no dejan de tener importancia en el ámbito de la definición de normativas de calidad en los cuidados que se prestan en esta profesión.

Este modelo conceptual se ha incluido en este sentido puesto que se relaciona con los sentimientos y emociones de los profesionales de enfermería, en donde se indaga sobre los aspectos psicológicos y espirituales que influyen en la conducta profesional, los cuales como están sumamente relacionados, tal como reafirma el autor antes citado.

Al mismo tiempo, se toma como modelo y teoría de enfermería **Henderson (1966)** donde los principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal, hace referencia a las necesidades básicas del ser humano, mencionando los 14 componentes de la asistencia de enfermería, entre ellos:

- **Enfermería:** La define como la única función que consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolos de tal modo que se le facilite la consecución de independencia.

- **Salud:** Interpretada como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería, se trata más bien de la calidad de la

salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental / físico, lo que permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas cotas.

- **Entorno:** Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

- **Persona:** Pensaba que el paciente era un individuo que necesite asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el alma y el cuerpo son inseparables.

- **Necesidad:** Donde se señalan 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia, éstas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa adecuada para vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de margen adecuada
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. Actuar de manera que se tenga la satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacción para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Es por lo antes mencionado que se incluye esta teoría lo cual apoya la investigación puesto que se relaciona con las necesidades físicas para llegar a los componentes psicosociales, la cual tiene correlación con las necesidades de Maslow (1992), sin separar el equilibrio emocional del equilibrio fisiológico de un paciente moribundo.

## **HIPOTESIS**

La experiencia previa condiciona al personal de enfermería, a pesar de su preparación (o conocimiento) sobre el tema, en la atención del paciente terminal.

# **CAPÍTULO II**

## **Capítulo II: Diseño metodológico.**

- Tipo de estudio: Diseño Cuantitativo

### Clasificación:

Según Tiempo de Ocurrencia de Hechos y Registros de Información:

- Área de estudio

Según tiempo y secuencia del estudio:

*Transversal, estudiaremos las variables en el periodo comprendido entre julio-diciembre de 2.012.*

Según análisis y alcance de resultados:

*Analítico, tratar de describir las actitudes de los enfermeros respecto al paciente terminal.*

De acuerdo a la finalidad o propósito: *Aplicado*

De acuerdo al alcance: *Seccional.*

De acuerdo a su amplitud:

*Microsociología, haremos el estudio tomando un grupo representativo de enfermeros que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo.*

- Población y muestra.

Universo: “Todos los enfermeros que trabajan en la UTI pertenecientes a la Clínica de Cuyo (Nº de enfermeros: 25)”

- Unidad de análisis: Cada uno de los enfermeros en estudio.

Dimensión: Nivel de formación del personal de enfermería

Indicadores: Conocimiento del tratamiento de este tipo de pacientes, contención.

## **VARIABLES**

Variable dependiente: Opinión sobre actitudes propias del enfermero.

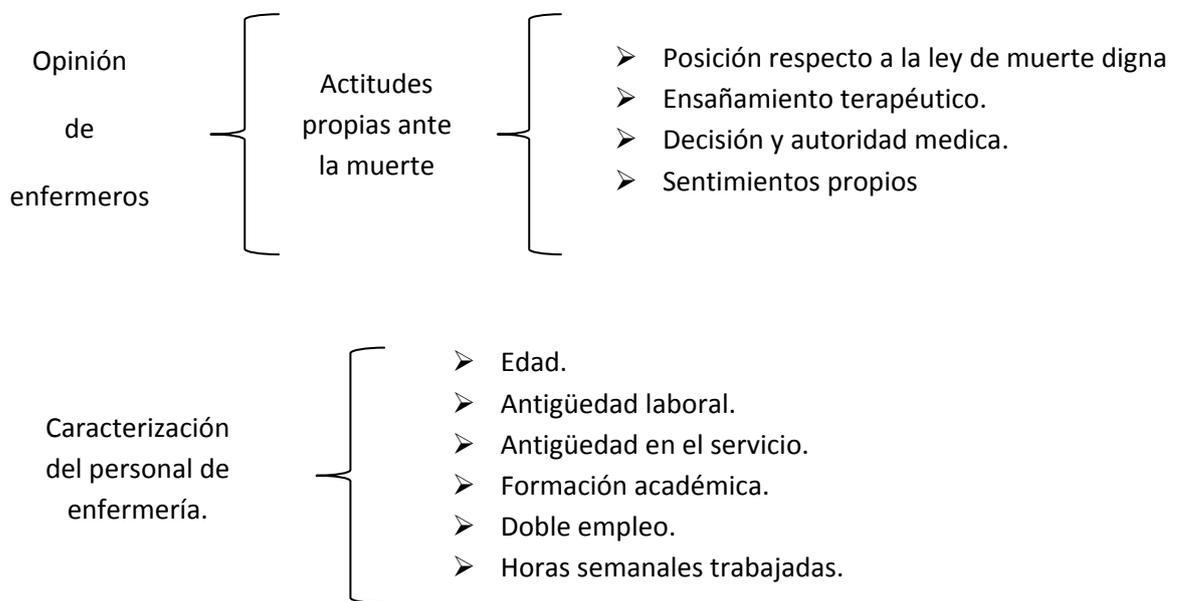
Variable independiente: Muerte del paciente terminal.

Variable teórica: Actitud del personal de enfermería.

Variable intermedia: Opinión del personal de enfermería.

Variable empíricas:

Indicadores: miedo, angustia, estrés, evitación del tema.



## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

- Método: encuesta estructurada
- Instrumentos de recolección de datos: entrevista anónima y estructurada, la misma tiene la intención de proporcionar datos que puedan mejorar la calidad de atención en pacientes cuya muerte es inminente.
- Fuente de información: Primaria ya que surge de una investigación directa, la información es brindada a través de cada uno de los profesionales de enfermería.

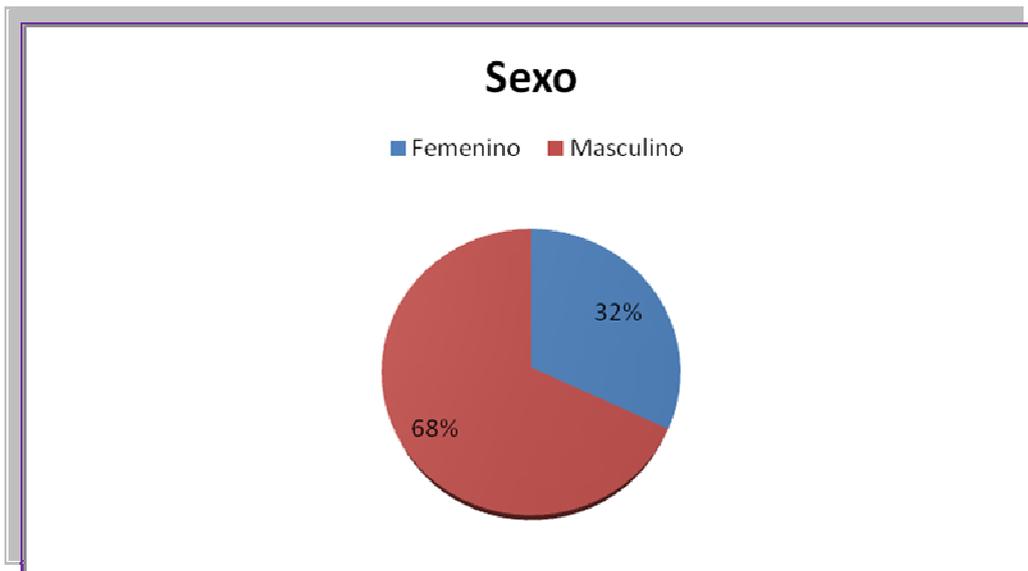
- Fuente secundaria: Datos obtenidos a través de la bibliografía consultada durante la elaboración de este trabajo.
- Análisis y presentación de datos: Se volcará en una tabla matriz y luego se construirán gráficos de barra y circular.

# **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICOS**

**TABLA Nº 1: Sexo de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Femenino</b>	8	32
<b>Masculino</b>	17	68
<b>total</b>	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.



**GRÁFICO Nº 1**

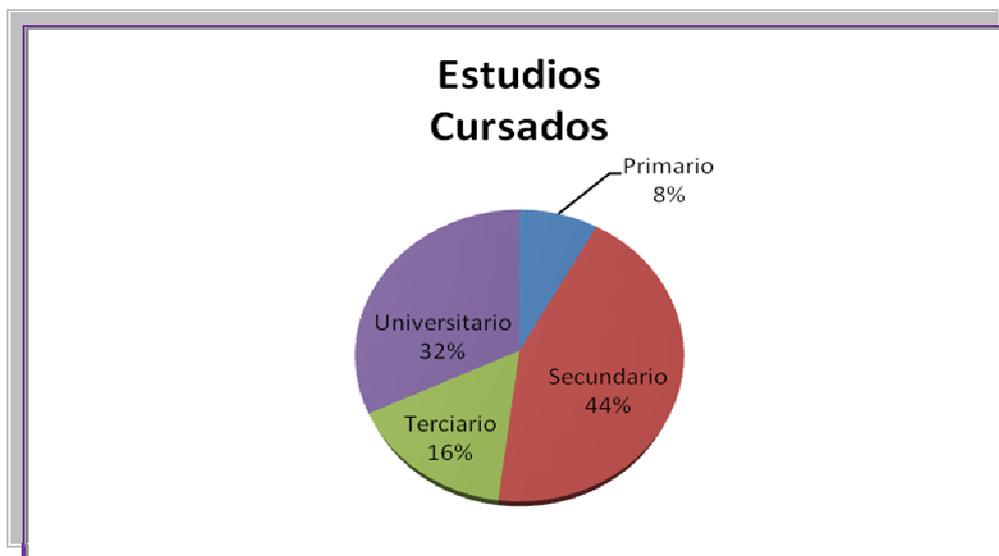
**COMENTARIO:** El gráfico demuestra que la cantidad de profesionales de enfermería en la unidad, es mayor en hombres, ya que cubre el 68% del total de encuestados, siendo el 32% restante, personal de enfermería femenina. Esta diferencia a favor del personal masculino, llama la atención, dado que en general, se observa mayor presencia femenina en los servicios de salud.

**TABLA 2: Estudios cursados de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A	F.R. %
<b>Primario</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Secundario</b>	<b>11</b>	<b>44</b>
<b>Terciario</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>Universitario</b>	<b>8</b>	<b>32</b>
<b>total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRÁFICO Nº 2**



**COMENTARIO:** Este gráfico muestra, que a pesar de las exigencias dadas por los avances científicos, todavía existen dentro del Sistema de Salud, un porcentaje del 8% de personal con estudios primarios, un 44% con nivel Secundario, un 16% Terciario, y tan sólo un 32% del total con estudios de nivel Universitario.

**TABLA 3: Nivel Académico de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
Auxiliar	2	8
Profesional	17	70
Licenciado	6	22
total	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.



**GRÁFICO Nº 3:**

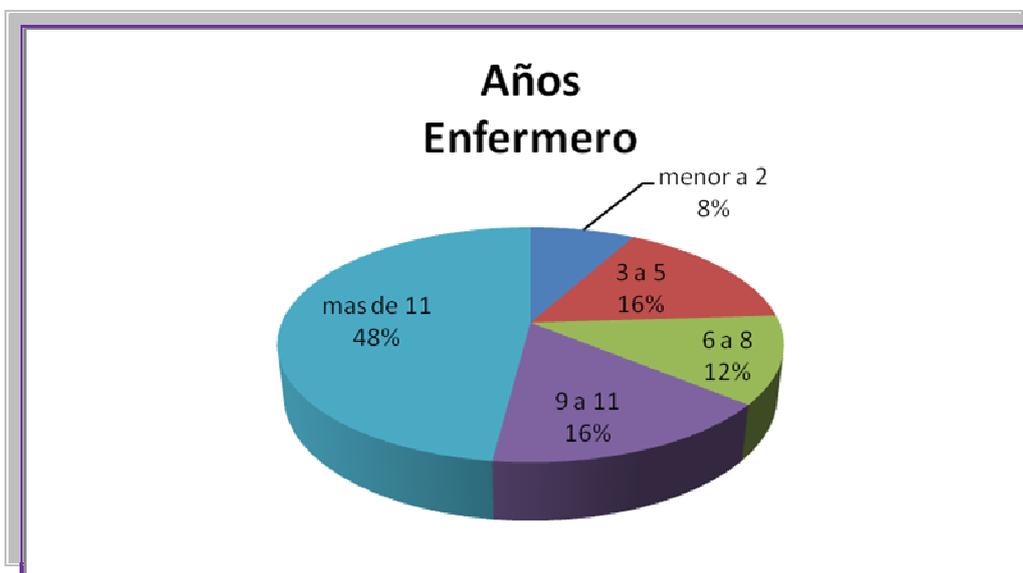
**COMENTARIO:** Este gráfico revela que a pesar de la vigencia de la ley de Profesionalización todavía existen auxiliares de enfermería dentro del sistema de salud, aunque se nota un aumento del número de Profesionales en enfermería, y en menor medida, pero en aumento el número de Licenciados Universitarios.

**TABLA N° 4: Años de enfermero de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
menor a 2	2	8
3 a 5	4	16
6 a 8	3	12
9 a 11	4	16
mas de 11	12	48
Total	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRÁFICO N° 4:**

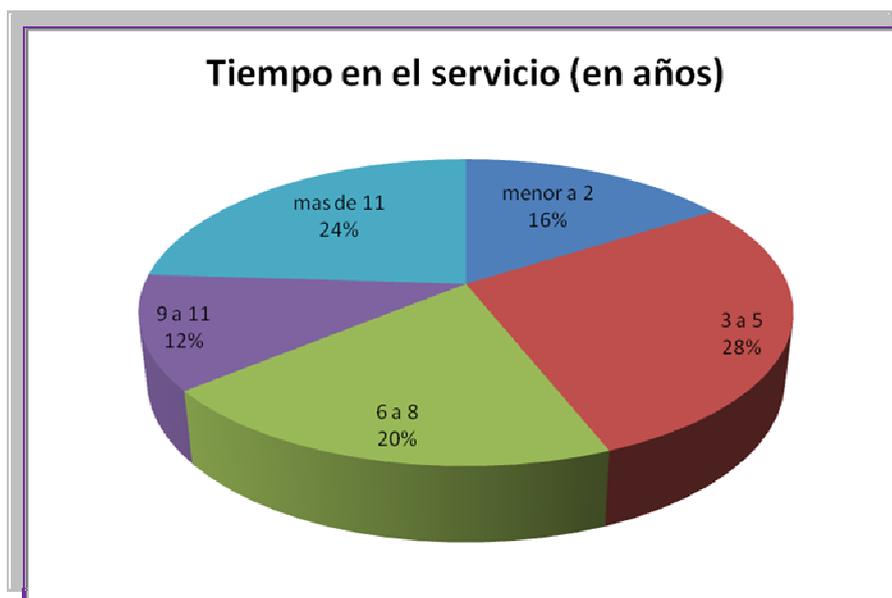


**COMENTARIO:** De la observación de este gráfico se desprende, que un porcentaje muy cercano al 50% es Personal de Enfermería con más de 11 años de servicio, el 28 % del personal tiene una experiencia considerable, siendo el otro 24 % restante, quienes recién se inician en la Práctica Enfermera dentro del servicio.

**TABLA N° 5: Tiempo en el servicio de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

Años	F.A.	F.R. %
menor a 2	4	16
3 a 5	7	28
6 a 8	5	20
9 a 11	3	12
mas de 11	6	24
<b>TOTALES</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.



**GRAFICO N°5**

**COMENTARIO:** El gráfico manifiesta que a pesar de haber personal de enfermería con años dentro de la misma Unidad, hay un porcentaje importante de nuevos integrantes, con esto se puede suponer que debido al stress del servicio son pocos los Profesionales de Enfermería que deciden trabajar dentro de este Servicio.

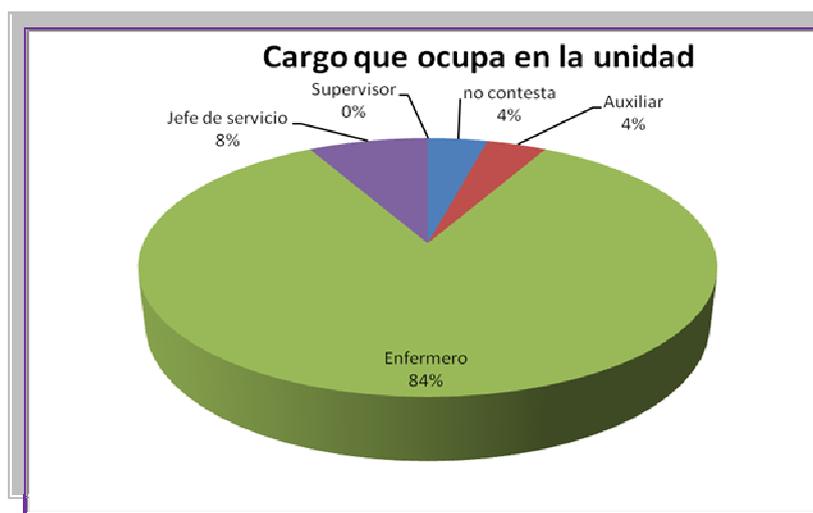
**TABLA Nº 6: Cargo que ocupan en la unidad los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
no contesta	1	4
Auxiliar	1	4
Enfermero	21	84
Jefe de servicio	2	8
Supervisor	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre

de

**Nº 6**



el 2º semestre 2012.

**GRAFICO**

**COMENTARIO:** El gráfico muestra que la cantidad de Personal de la unidad, está dado en un 84% de Personal de Enfermería Profesional, con un 4% de Personal Auxiliar, y el 8% de Jefes de Servicio, que equivalen a 2 personas, no alcanzando a cubrir la totalidad de los turnos, siendo lo ideal un Jefe por turno. El servicio no cuenta con un Supervisor, pero si con un Jefe de Enfermería que cumple esta función por antigüedad en el Servicio.

**TABLA N° 7: Trabajo en otro servicio de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R.%
SI	10	40
NO	15	60
totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012



**GRAFICO N° 7**

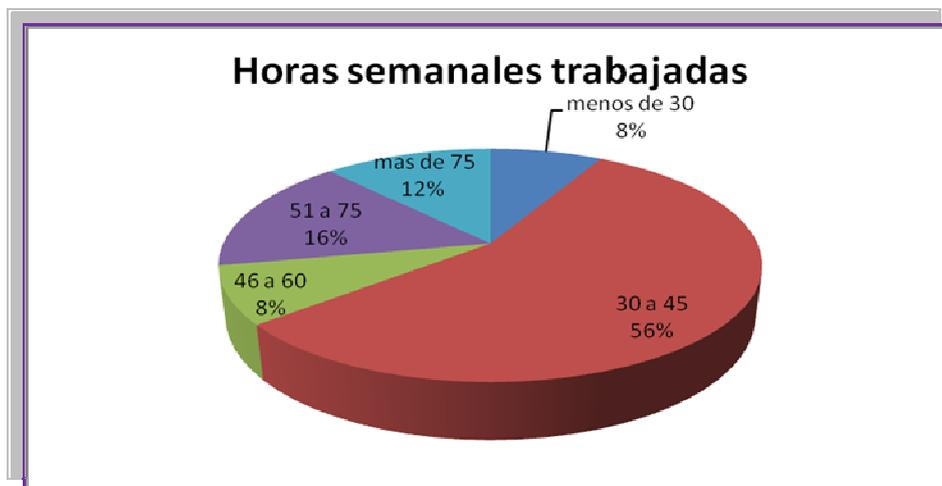
**COMENTARIO:** Se observa que en este gráfico, un 60% del Personal de Enfermería, trabaja en otros servicios, esto dado por distintas razones, ya sean de índole personal o económica.

**TABLA Nº 8: Horas semanales trabajadas por los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
menos de 30	2	8
30 a 45	14	56
46 a 60	2	8
51 a 75	4	16
mas de 75	3	12
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 8**



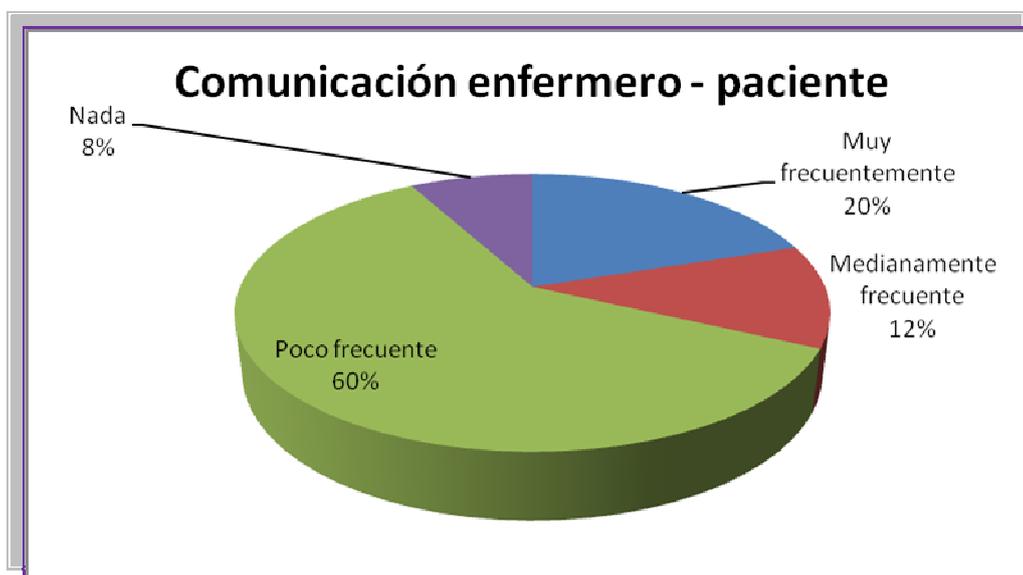
**COMENTARIO:** La carga horaria del personal de enfermería excede en un alto porcentaje lo establecido por ley, ya que la mayoría cumplen funciones en varios servicios, superando las 36 horas semanales en más del 45% de los casos, superando las 75 horas semanales en el 12 % de los encuestados.

**TABLA N° 9: Comunicación enfermero – paciente de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Muy frecuentemente</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
<b>Medianamente frecuente</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>Poco frecuente</b>	<b>15</b>	<b>60</b>
<b>Nada</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO N° 9**



**COMENTARIO:** La mayoría del personal encuestado no presenta inconvenientes en la comunicación con el paciente en estado crítico, teniendo siempre en cuenta el estado de gravedad del mismo (nivel de conciencia, intubaciones, etc.)

**TABLA Nº 10-1: Sentimientos que provoca atender a un paciente terminal en los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

FRUSTRACIÓN		
	F.A.	F.R. %
Muy frecuentemente	0	0
Medianamente frecuente	0	0
Poco frecuente	5	20
Nada	20	80
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRÁFICO Nº 10-1**



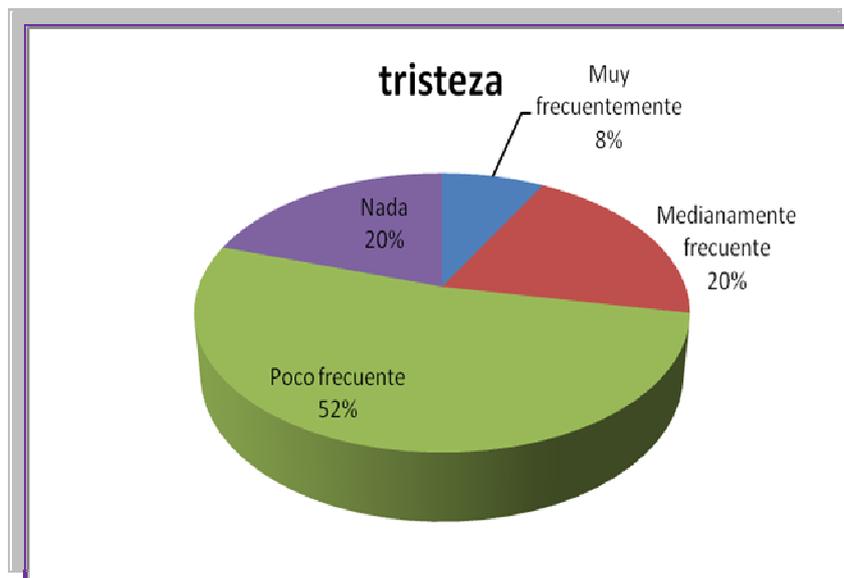
**COMENTARIO:** El gráfico demuestra, que el mayor porcentaje de los encuestados en el servicio, no manifiestan frustración ante la muerte de un paciente en estado crítico, ya que a pesar de la aplicación de todas las Terapias requeridas, muchas de las cuales son paleativas, la mayoría de los casos son pacientes terminales.

**TABLA Nº 10-2:** Sentimiento que provoca atender a un paciente terminal en los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012

TRISTEZA		
	F.A.	F.R. %
Muy frecuentemente	2	8
Medianamente frecuente	5	20
Poco frecuente	13	52
Nada	5	20
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRÁFICO Nº 10-2**



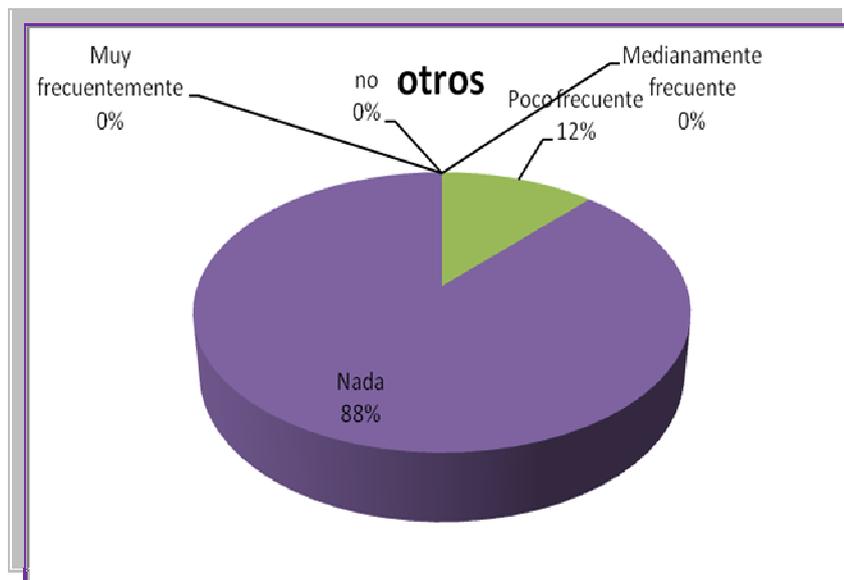
**COMENTARIO:** El 52% del personal encuestado, manifiesta no sentir tristeza ante la muerte del paciente, ya que se encuentran ante una realidad inevitable, siendo el menor porcentaje de los encuestados los que si manifiestan sentimientos de tristeza frente a la muerte del paciente.

**TABLA Nº 10-3: Sentimiento que provoca atender a un paciente terminal de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

OTROS		
	F.A.	F.R. %
Muy frecuentemente	0	0
Medianamente frecuente	0	0
Poco frecuente	3	12
Nada	22	88
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRÁFICO Nº 10-3**



**COMENTARIOS:** la gran mayoría del personal de la unidad, manifiesta ningún sentimiento ante la pérdida de un paciente, ni frustración ni tristeza ante la muerte.

**TABLA Nº 11: Conocimientos de Ética de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
Nada	5	20
Poco	15	60
Regular	4	16
Bastante	1	4
Mucho	0	0
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 11**



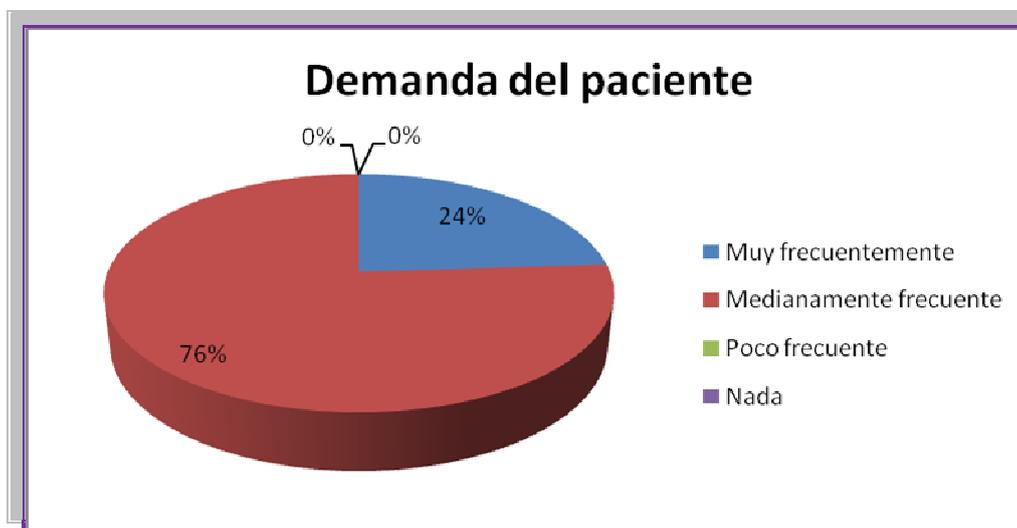
**COMENTARIO:** El gráfico nos demuestra que una mayoría absoluta del 60% tiene poco conocimientos sobre Ética Profesional, he observado que no se le da relevancia durante la carrera profesional ya sea Terciaria como Universitaria.

**TABLA N° 12: Demanda de los pacientes hacia los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Muy frecuentemente</b>	<b>6</b>	<b>24</b>
<b>Medianamente frecuente</b>	<b>19</b>	<b>76</b>
<b>Poco frecuente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Nada</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO N° 12**



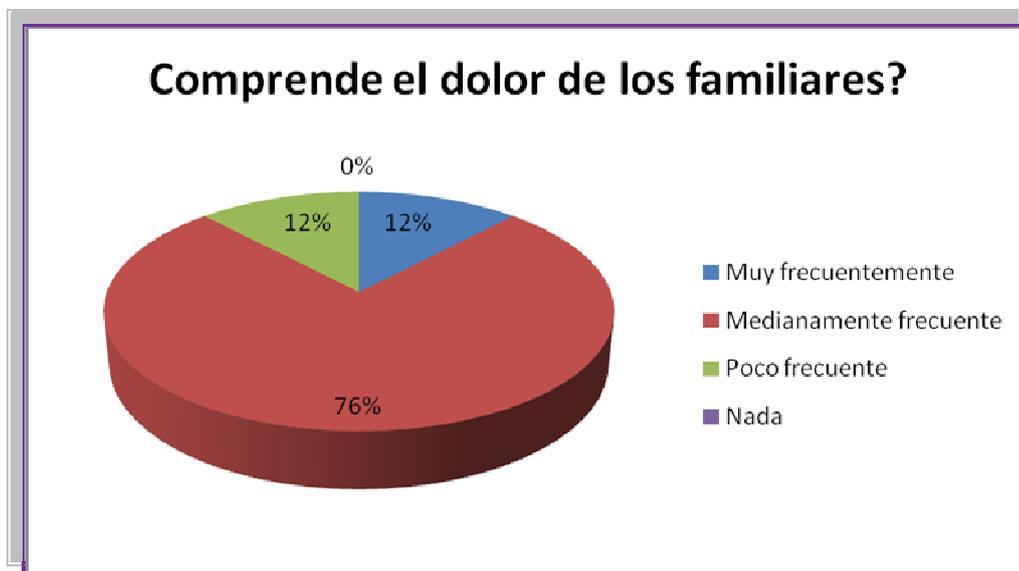
**COMENTARIO:** El gráfico demuestra que ante la demanda de atención, el personal presenta buena predisposición para satisfacer las necesidades requeridas por el paciente.

**TABLA N° 13: ¿Comprenden el dolor que experimentan los familiares de pacientes terminales los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo? – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Muy frecuentemente</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>Medianamente frecuente</b>	<b>19</b>	<b>76</b>
<b>Poco frecuente</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Nada</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO N° 13**



**COMENTARIO:** El personal de Enfermería, en su mayoría, comprende el dolor del familiar ante situaciones límites, como la muerte o la confirmación de un diagnóstico de enfermedad grave, intentando dar algún tipo de contención a los familiares del paciente.

**TABLA N° 14: Preparación emocional. ¿Se sienten preparados los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo? – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Muy frecuentemente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Medianamente frecuente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Poco frecuente</b>	<b>23</b>	<b>92</b>
<b>Nada</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO N° 14**



**COMENTARIO:** Se observa en el gráfico que el personal de Enfermería, no se encuentra preparado para enfrentar, sin involucrarse emocionalmente situaciones límite, tanto vividas por el paciente como por los familiares, esto a pesar de que aparentemente pueda verse que están “acostumbrados” a manejar

estas situaciones. Debería contemplarse el apoyo psicológico constante al personal de enfermería.

**TABLA Nº 15: Preparación asistencial. ¿Se sienten preparados los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo? – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
Muy frecuentemente	1	4
Medianamente frecuente	20	80
Poco frecuente	4	16
Nada	0	0
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.



**GRAFICO Nº 15**

**COMENTARIO:** La lectura de este gráfico, nos permite ver, que en general, en un alto porcentaje el personal refiere sentirse preparado en lo técnico para

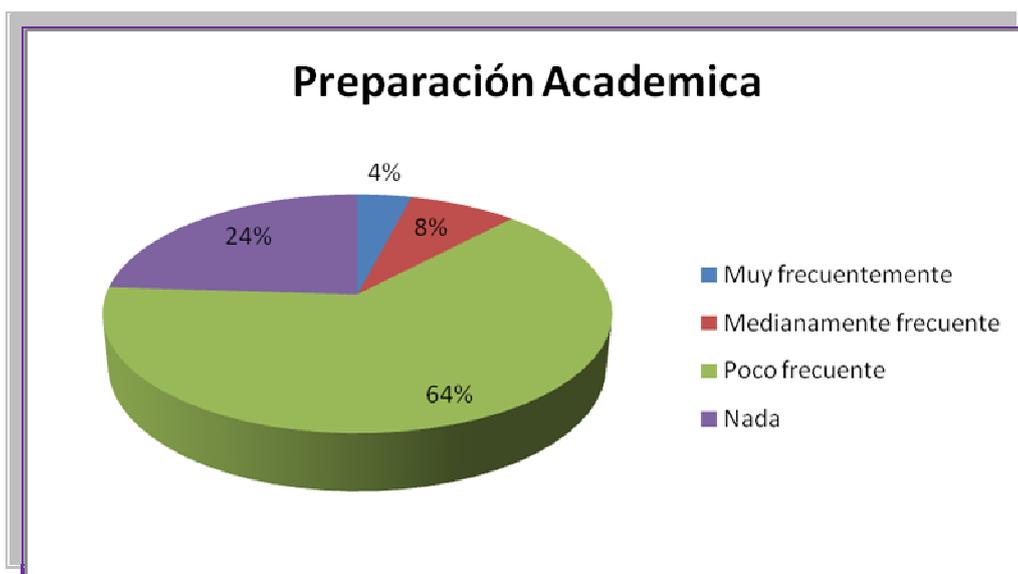
desarrollar en forma adecuada su función en el servicio que le compete, permitiéndole esto dar una buena atención y asistencia en lo profesional, cumpliendo así con su labor en forma responsable, siendo la experiencia indispensable en esta preparación.

**TABLA Nº 16: Preparación Asistencial. ¿Se sienten preparados los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo? – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Muy frecuentemente</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>Medianamente frecuente</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Poco frecuente</b>	<b>16</b>	<b>64</b>
<b>Nada</b>	<b>6</b>	<b>24</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 16**



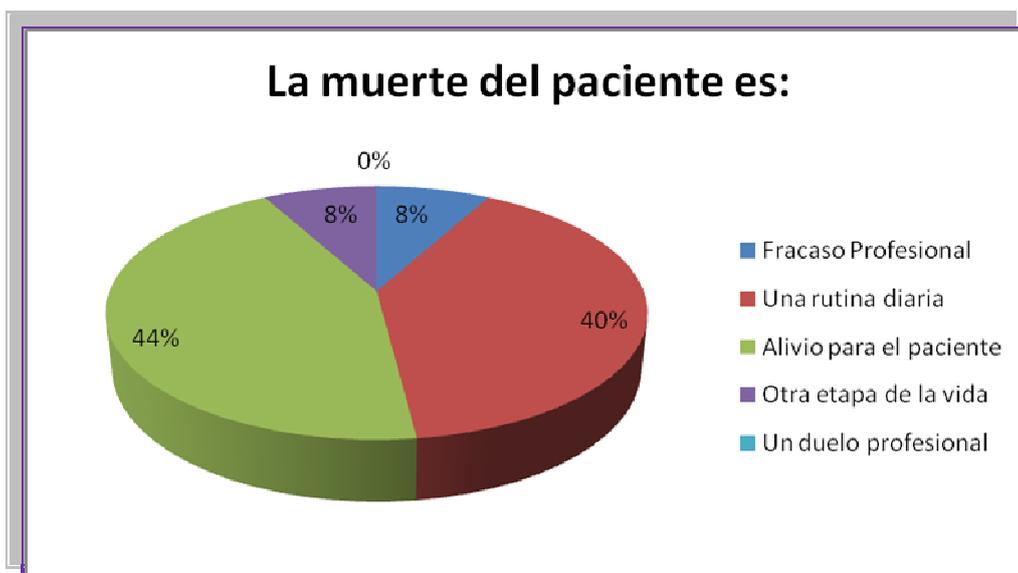
**COMENTARIO:** El personal de enfermería manifiesta, según se lee en el gráfico, que no recibe la preparación académica necesaria en items tales como: Psicología, Ética, Legal y Técnica, siendo referido que en muchas de las Instituciones donde se estudia esta Profesión, la Currícula se basa en su gran mayoría en lo teórico – biológica, dejando de lado los items antes mencionados de vital importancia en la preparación Integral del Enfermero.

**TABLA Nº 17: ¿Qué es la muerte de un paciente para los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo? – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Fracaso Profesional</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Una rutina diaria</b>	<b>10</b>	<b>40</b>
<b>Alivio para el paciente</b>	<b>11</b>	<b>44</b>
<b>Otra etapa de la vida</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Un duelo profesional</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 17**



**COMENTARIO:** Lo plasmado en este grafico, revela que el 44% de los Profesionales encuestados manifiestan que se trata de un alivio para el paciente, y un 40% opina que se trata de una rutina diaria, sin dar opiniones al respecto porque en general no se establece un vinculo emocional con el paciente. Muy pocos de los encuestados lo sienten como fracaso Profesional o Necesitan elaborar un duelo Profesional.

**TABLA N° 18: El objetivo más alto de su trabajo es para los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>Salvar vidas</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>Atencion integral</b>	<b>9</b>	<b>36</b>
<b>Promover la salud</b>	<b>8</b>	<b>32</b>
<b>Satisfacer las necesidades del paciente</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO N° 18**



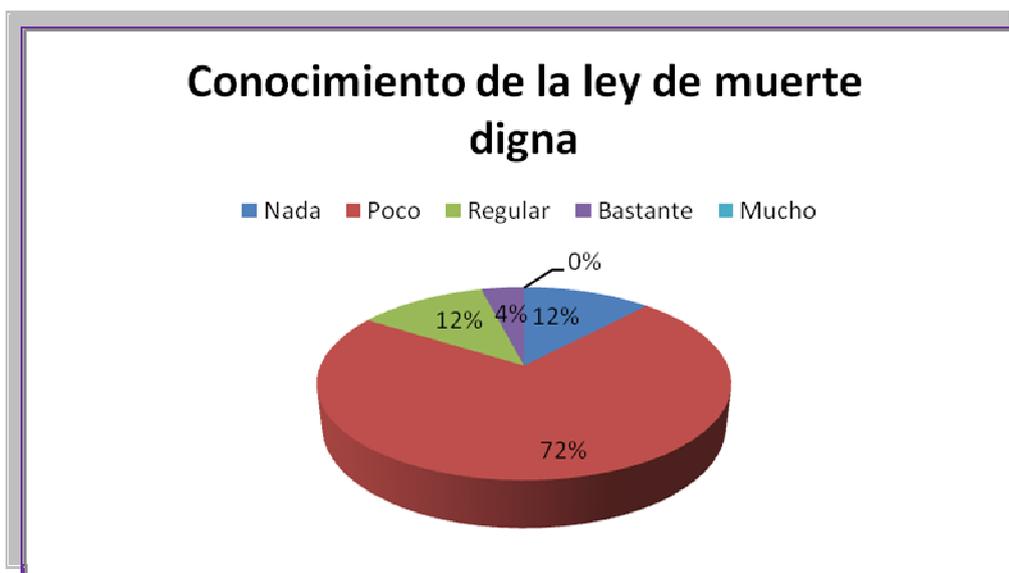
**COMENTARIO:** En este grafico queda plasmado que la mayoría tiene como objetivo brindar una atención integral del paciente y promover la salud, realizando trabajos de concientización a la población de los beneficios que conllevan estas dos prácticas en la calidad de vida de las personas.

**TABLA Nº 19: Nivel de conocimiento de la Ley de Muerte Digna por parte de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
Nada	3	12
Poco	18	72
Regular	3	12
Bastante	1	4
Mucho	0	0
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 19**



**COMENTARIO:** Este grafico demuestra el poco conocimiento que presenta el personal de Enfermería con respecto a ley de los Derechos del Paciente N° 26529 y su modificación conocida como Ley de Muerte Digna N°26742, demostrando poco interes en lo Legal, y la poca información recibida desde lo Institucional.

**TABLA N° 20: Posición respecto de la ley de muerte digna por parte de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
<b>De acuerdo</b>	<b>15</b>	<b>60</b>
<b>Medianamente de acuerdo</b>	<b>5</b>	<b>20</b>
<b>En desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>No contesta</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>Totales</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**GRAFICO Nº 20**



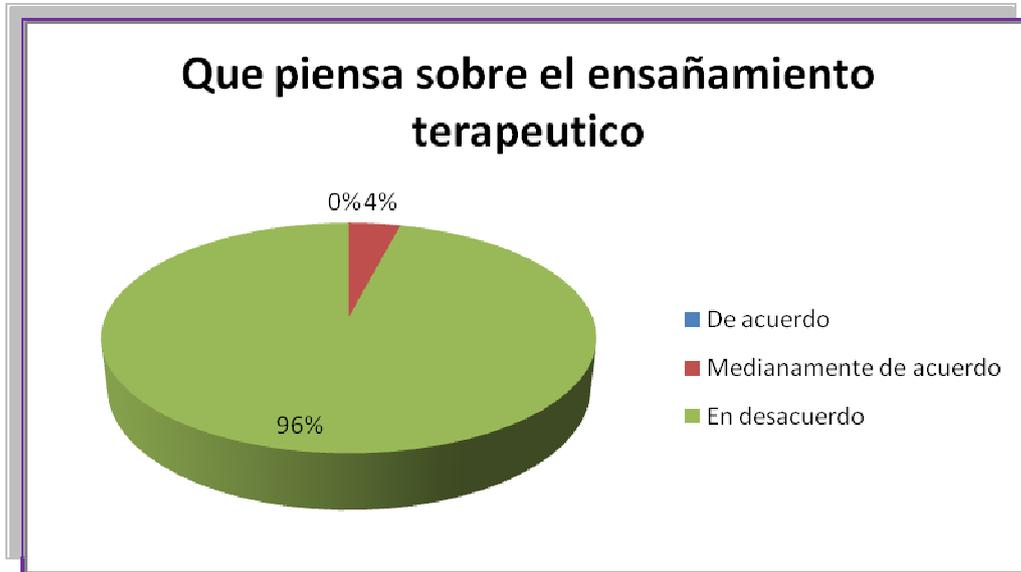
**COMENTARIO:** En contraposición con el gráfico anterior, un 60% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo con la Ley de Muerte Digna, a pesar del poco conocimiento que se tiene sobre la misma.

**TABLA Nº 21: Posición frente al ensañamiento terapéutico por parte de los Profesionales de enfermería encuestados que trabajan en la UTI de la Clínica de Cuyo – Julio 2012**

	F.A.	F.R. %
De acuerdo	0	0
Medianamente de acuerdo	1	4
En desacuerdo	24	96
Totales	25	100

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

GRAFICO Nº 21



**COMENTARIO:** Una mayoría absoluta, en concomitancia con el acuerdo con la ley de muerte digna, manifiesta un total desacuerdo con la práctica de terapias que conducen a un ensañamiento terapéutico, los cuales opinan que muchas de estas prácticas solo conducen a prolongar la agonía del paciente.

# **TABLAS BIVARIADAS**

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-1 Tristeza			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	1	1	0	0
<b>De 3 a 5 años</b>	1	1	2	0
<b>De 6 a 8 años</b>	0	1	1	1
<b>De 9 a 11 años</b>	0	1	2	1
<b>Más de 11 años</b>	0	3	4	5

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-1 Tristeza (%)			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	50	50	0	0
<b>De 3 a 5 años</b>	25	25	50	0
<b>De 6 a 8 años</b>	0	33,33	33,33	33,33
<b>De 9 a 11 años</b>	0	25	50	25
<b>Más de 11 años</b>	0	25	33,33	41,66

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**COMENTARIO:** Las tablas muestran, que los sentimientos de Tristeza, se ven condicionados a los años de trabajo en este tipo de servicio, produciendo un mejor manejo de estos sentimientos y emociones por parte del Personal de Enfermería.

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-2 Frustración			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	0	1	1	0
<b>De 3 a 5 años</b>	0	1	2	1
<b>De 6 a 8 años</b>	1	1	1	0
<b>De 9 a 11 años</b>	1	1	1	1
<b>Más de 11 años</b>	1	3	6	2

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-2 Frustración (%)			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	0	50	50	0
<b>De 3 a 5 años</b>	0	25	50	25
<b>De 6 a 8 años</b>	33,33	33,33	33,33	0
<b>De 9 a 11 años</b>	25	25	25	25
<b>Más de 11 años</b>	8,33	25	50	16,66

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**COMENTARIO:** Las tablas muestran, que los sentimientos de Frustración, se ven condicionados a los años de trabajo en este tipo de servicio, produciendo un mejor manejo de estos sentimientos y emociones por parte del Personal de Enfermería.

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-3 Otros			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	1	1	0	0
<b>De 3 a 5 años</b>	1			3
<b>De 6 a 8 años</b>	0	1	2	
<b>De 9 a 11 años</b>	1		2	1
<b>Más de 11 años</b>	1	3	2	6

Tabla Nº 4 Antigüedad	Tabla Nº 10-3 Otros (%)			
	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada
<b>Menos de 2 años</b>	50	50	0	0
<b>De 3 a 5 años</b>	50	0	0	75
<b>De 6 a 8 años</b>	0	33,33	66,66	0
<b>De 9 a 11 años</b>	25	0	50	25
<b>Más de 11 años</b>	8,33	25	16,66	8,33

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**COMENTARIO:** Las tablas muestran, que Otros sentimientos, se ven condicionados a los años de trabajo en este tipo de servicio, produciendo un mejor manejo de estos sentimientos y emociones por parte del Personal de Enfermería.

Tabla Nº 19 Conocimiento ley muerte digna	Tabla Nº 20 - Posición respecto a la ley de muerte digna		
	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo
Nada	2	1	0
Poco	11	6	1
Regular	2	1	0
Bastante	1	0	0
Mucho	0	0	0

Tabla Nº 19 Conocimiento ley muerte digna	Tabla Nº 20 - Posición respecto a la ley de muerte digna (%)		
	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo
Nada	66,66	33,33	0
Poco	61,11	33,33	5,55
Regular	66,66	33,33	0
Bastante	100	0	0
Mucho	0	0	0

**FUENTE:** Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo, durante el 2º semestre de 2012.

**COMENTARIO:** Las tablas nos muestran que a pesar del desconocimiento manifiesto de la Ley de Muerte Digna, el personal de Enfermería, en su gran mayoría, esta de acuerdo con la Ley, dado que es un derecho inherente al ser humano poder decidir sobre su propia muerte en circunstancias extremas, donde la terapéutica solo es paliativa y no conduce a la curación.

# **CAPÍTULO III**

## **CONCLUSIÓN:**

En este trabajo de investigación, se han observado las diferentes formas de pensar, de sentir y de actuar de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo durante el segundo semestre de 2012.

En primer lugar se puede observar, que el 68% de los encuestados son hombres, y 32% restante es personal femenino, siendo esto algo atípico en este tipo de servicios en general.

En cuanto al nivel de estudios, se puede ver que se trata de un personal bien capacitado, ya que el 32% son Profesionales Universitarios, lo cual representa la mayoría.

Cuando nos referimos a la antigüedad, pudimos observar, que la mayoría representada por el 48% de los encuestados superan los 11 años de servicio, lo que habla de una amplia experiencia profesional.

Otro parámetro que se tuvo en cuenta, es la carga horaria, donde se observa que la gran mayoría, representada por el 45% de los encuestados, supera las 75 horas semanales, siendo el máximo de horas contemplados por ley de 36, esto conduce a niveles de estrés altos, el cual se suma al estrés normal por el tipo de servicio que prestan.

En referencia a la parte emocional, el personal, en general, se permite crear cierto vínculo con el paciente, pero manteniendo una distancia prudencial, para evitar que afecte a su salud emocional y por ende a su desempeño profesional.

Una mayoría absoluta, en concomitancia con el acuerdo con la ley de muerte digna (60% de los encuestados), manifiesta un total desacuerdo con la práctica de terapias que conducen a un ensañamiento terapéutico (96% de los encuestados), los cuales opinan que muchas de estas prácticas solo conducen a prolongar la agonía del paciente.

En esta conclusión se mencionan algunos de los indicadores considerados mas relevantes, sin quitar importancia con esto a todos los demas que se tuvieron en cuenta para elaborar la encuesta y asi dar forma este trabajo.

## **PROPUESTA:**

De acuerdo a la conclusión de este trabajo, propongo que al personal de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica de Cuyo:

- Se le brinde apoyo psicológico periódico para que la tarea de trabajar en un servicio tan complejo como es UTI, sea mas liviano, ya que pienso que de una u otra forma no se puede ser indiferente al dolor y al sufrimiento humano, afectando, en muchos casos psicológica y emocionalmente al personal, lo cual conduce en muchos casos a problemas psicológicos que pueden desencadenar incluso enfermedades psicosomáticas muchas veces graves, lo que lleva a no poder cumplir con su función, creando problemas laborales y económicos.
- Coordinar e implementar, talleres, charlas y cursos de capacitación, que incrementen el conocimiento tanto científico como técnico, que conduzcan a la mejora en la implementación del servicio. Tarea esta supervisada y coordinada por Profesionales dentro de la institución, como así también estimular la realización de cursos y congresos fuera de la misma a través de apoyos económicos e implementación de licencias especiales para poder concurrir a los mismos.
- Tratar de lograr que el personal de UTI, reflexione que a pesar del estado en que se encuentran nuestros pacientes, se debe seguir brindando una atención de excelencia, basada en el compromiso, e inculcar a los nuevos integrantes este compromiso a través de nuestras propias acciones.

## **BIBLIOGRAFIA.**

Pérez, Elida. Cátedra de Deontología y problemática de enfermería. Escuela de Enfermería.

F.C.M. U.N.Córdoba.2005.

Colell Brunet, Ramón.

Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña

<http://www.tesisde.com/t/analisis-de-las-actitudes-ante-la-muerte/9801/>

Ávila, María Luisa

“Conducta ante el enfermo terminal, conocimientos éticos – legales, al respecto”

[http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/avila\\_maria\\_luisa.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/avila_maria_luisa.pdf)

Cordero, Jiménez, Marrero.

Actitud ante la muerte del personal de enfermería del turno de 7 am a 1 pm y su relación con la atención al paciente moribundo y sus familiares.

<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIWY87C672003.pdf>

González, Aguilar.

Características del cuidado de enfermería en el paciente que va a morir y su familia

[http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gonzalez\\_ruben\\_angel.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gonzalez_ruben_angel.pdf)

Mendoza, Eddy; Peraza Yosmary; Pineda Michelle.

Factores que influyen en la actitud del personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes.

<http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIBF789D4M452005.pdf>

González, María Gálvez, Muñumel Alameda, Graciela, Hidalgo, Belén del Águila, Gallego, Ríos, Francisca, Fernández Vargas, María Lourdes

Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI

<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t24.pdf>

### **Referencias bibliográficas:**

- 1 Rovira, M. et al. (1994). Comportamiento y actitudes de los profesionales de Enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH positivos. Pub of Seisida, 5: 513-517.
- 2 Antolín Rodríguez, R., Fernández Lamelas, M<sup>a</sup>. y Rodríguez Gómez, C.V. (2003). Conocimientos y actitudes de los estudiantes de Enfermería ante el SIDA. Enfermería Científica, 224-225: 22-24.
- 3 Ferrer, F. (2002). Actitudes y conocimientos de la enfermería frente al sida. Análisis de su evolución entre 1991 y 2001. Enfermería Científica, 238-239, 4-13.
- 4 Schröder, M. (1996). Evaluación del impacto emocional de los enfermos oncológicos en situación terminal. Tesis doctoral. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.
- 5 DePaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B. y Fiedler, J. (1997). Preocupación por la muerte y actitudes hacia los ancianos en el personal de enfermería en geriátricos. En Neimeyer, R. A. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte (pp. 207-220). Paidós: Barcelona.
- 6 Neimeyer, R.A. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Paidós: Barcelona.
- 7 Limonero, J. T. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Tesis doctoral inédita. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

**8** Corr, C.A. (1993). Death in modern society. En Doyle, D., Hanks, G.W.C. y MacDonald, N. (Eds.). Oxford textbook of palliative medicine (pp. 28-36).

**9** Thomas, L.V. (1991). La muerte. Barcelona: Paidós. Estudio.

**10** Carpintero, H. (2000). Notas históricas sobre la ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 6(1), 1-19.

**11** Miguel-Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En Silverio Palafox y Jaime Vila (Eds.). *Motivación y emoción* (pp. 209-344). Madrid: Alambra Universidad.

**12** Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Rev. Ansiedad y estrés*, 3 (1), 37-46.

**13** Feifel, H. y Nagy, V.T. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (2), 278-286.

**14** *op cit pag 16*

**15** Dobler, H. (1974). La muerte y el morir: función del miedo a la muerte en las relaciones interpersonales con el paciente desahuciado. Trabajo de Investigación de Tercer ciclo. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

**16** Limonero, J. T. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. Tesis doctoral inédita. Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

**17** Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of death*. New York: Springer Publishing.

**18** Lester, D. y Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: A dialogue. *Omega*, 26 (4), 239-253.

**19** Templer, D.I. (1970) The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychology*, 82: 165-177.

**20** Templer, D. I. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence*, 1, 91-93.

**21** *op cit pag 16*.

**22** Miller, H.R., Davis, S.F. y Hayes, K.M. (1993).Examining relations between interpersonal flexibility, self-esteem, and death anxiety. Bulletin of the Psychonomic Society, 31 (5), 449-450.

**23** Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. Enfermería Científica, 246-247, 42-47.

**24** Lonetto, R. y Templer, D. I.(1988). La ansiedad ante la muerte. Barcelona: Ediciones Temis.

**25** *op cit pag 23*

**26** Hintze, J., Templer, D.I., Cappllety, G.G. y y Frederik, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV- infected males. Death Studies, 17, 333-341.

**27** Thorson, J.A. y Powell, F.C. (1996).Undertakes' death anxiety. Psychol Rep. 78: 1228-1230.

**28** Templer, D.I. y Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety with symptomatic treatment of depression. Psychological Rreport, 35, 216.

**29** ramos

**30** Lester, D. (1991). The Lester attitude toward death scale. Omega, 23 (1), 67-75.

**31** *op cit pag 15.*

**32** Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. Enfermería Científica, 246-247, 42-47.

**33** Kastenbaum, R. y Costa, P.T. (1977). Psychological perspectivas on death. Annual Review of psychology, 28, 225-249.

**34** *op cit pag 16.*

**35** Collet, L. J. y Lester, D. (1969).The fear of death and the fear of dying. The Journal of Psychology, 72, 179-181.

- 36** Bayés, R. y Limonero, J. T. (1999). Aspectos emocionales del proceso de morir. En E.G. Fernández Abascal y F. Palmero (Eds.) Emociones y salud (pp. 265-278). Barcelona: Ariel.
- 37** Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67 (1), 27-36.
- 38** *op cit pag 16.*
- 39** *op cit pag 13.*
- 40** Sanz Ortiz, J. (1998). Consideraciones actuales sobre el morir. En E. López Imedio (Ed.) Enfermería en Cuidados Paliativos (pp. 9-12). Madrid: Panamericana.
- 41** Sanz Ortiz, J. (1999). Historia de la Medicina Paliativa. *Med Pal*, 6, (2), 82-89.
- 42** Gómez-Batiste, X. y Roca, J. (1989). Atenció de malalts terminals oncològics. *Salut Catalunya*, 3 (4), 176-179.
- 43** Colell, R. y Limonero, J. T. (2003). ¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico? *Rev. ROL Enf.* 26(2):92-92.
- 44** Kübler-Ross, E. (1969). Sobre la muerte y los moribundos. Traducción, (1985). Barcelona: Grijalbo.
- 45** Colliere MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev. Rol enfermería* 1999. Apuntes cátedra Enfermería Comunitaria. Escuela de Enfermería. F.C.M. U.N.Córdoba. Tercera Edición Córdoba 2005.
- 46** Perez Élida “Decálogo de derechos del enfermo terminal” Escuela de Enfermería. Apuntes cátedra Deontología. F.C.M. U.N.Córdoba. 2005.
- 47** Karnes Bárbara. “En el duro proceso de la muerte” Capítulo Amigo mío, recuerda que estoy a tu lado. Escuela de Enfermería. Fotocopias Cátedra F.C.M., U.N.Córdoba. 2006.

# **CAPITULO IV**

## ENCUESTA

Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de un paciente terminal

La finalidad que tiene esta entrevista, es la de conocer las actitudes del personal de enfermería que presta servicio en la UTI, ante el cuidado de pacientes terminales.

La presente entrevista será anónima, no habiendo forma de relacionar al encuestado con esta célula, la misma tiene la intención de proporcionar datos que puedan mejorar la calidad de atención en pacientes cuya muerte es inminente.

Este proyecto es un requisito necesario que necesitan los alumnos de segundo año de la Licenciatura en Enfermería para la materia Taller de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, el mismo se realizará en la Clínica de Cuyo.

Su colaboración es muy valiosa e importante para la realización de este estudio.

Muchas gracias.

1- Datos personales:

Sexo:	masculino	femenino
-------	-----------	----------

2- Estudios cursados

	Si	No
Primario completo		
Secundario completo		
Terciario completo		
Universitario completo		

3- Nivel académico

	Si	No
Auxiliar		
Profesional		
Licenciado		

4- ¿Cuánto tiempo hace que se desempeña como enfermero? (en años)

Menor a 2 años	
De 3 a 5 años	
De 6 a 8 años	
De 9 a 11 años	
Más de 11 años	

5- ¿Cuánto tiempo lleva en el servicio? (en años)

Menor a 2 años	
De 3 a 5 años	
De 6 a 8 años	
De 9 a 11 años	
Más de 11 años	

6- ¿Qué cargo ocupa dentro de la unidad?

Auxiliar	
Enfermero	
Jefe de Servicio	
Supervisor	

7- ¿Trabaja en otro servicio?

Si	No
----	----

8- ¿Cuántas horas trabaja por semana en total?

Menos de 30 horas	
De 30 a 45 horas	
De 46 a 60 horas	
De 51 a 75 horas	
Mas de 75 horas	

9- ¿La situación por la cual atraviesa el enfermo terminal dificulta la comunicación entre usted y el?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

10- ¿Qué sentimiento le provoca el atender un paciente terminal?

	Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	nada
Frustración				
Tristeza				
Otros				

11- ¿Tiene conocimiento de los códigos de ética profesional para la atención de pacientes terminales?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho

12- Cuando un paciente demanda atención de ayuda, y afecto, ¿usted le brinda el tiempo necesario para satisfacer dichas necesidades?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

13- ¿Comprende el dolor que experimentan los familiares de los pacientes terminales, que muchas veces se ve traducido en enojo, ira y desesperanza?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

14- ¿Se siente preparado desde el punto de vista emocional para cuidar un paciente terminas?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

15- ¿Se siente preparado desde el punto de vista asistencial para cuidar pacientes terminales?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

16- ¿El enfermero cree recibir la preparación adecuada para la atención de este tipo de pacientes?

Muy frecuentemente	Medianamente frecuente	Poco frecuente	Nada

17- Para usted la muerte de un paciente es:

Fracaso profesional	
Una rutina diaria	
Alivio para el paciente	
Otra etapa de la vida	
Un duelo profesional	

18- El objetivo mas alto de su trabajo es:

Salvar vidas	
Atención integral	
Promover la salud	
Satisfacer las necesidades de los pacientes	

19- ¿Cuál es su posición frente a la Ley de Muerte Digna?

De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo
------------	-------------------------	---------------

20- ¿Conoce de que se trata dicha ley?

Nada	Poco	regular	Bastante	Mucho

21- ¿Qué piensa sobre el ensañamiento terapéutico?

De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo
------------	-------------------------	---------------

## **LEY Nº 26742 – MUERTE DIGNA –**

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012

Fecha de publicación: B.O. 24/05/2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.

sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Modifícase el inciso e) del artículo 2º de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. Sistema Argentino de Información Jurídica

[www.infojus.gov.ar](http://www.infojus.gov.ar)

INFOJUS - 2012

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

ARTICULO 2º — Modifícase el artículo 5º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5º: Definición. Entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

[www.infojus.gov.ar](http://www.infojus.gov.ar)

INFOJUS - 2012

ARTICULO 3º — Modifícase el artículo 6º de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 6º: Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4º — Incorpórase en el artículo 7º de la Ley 26.529 el siguiente inciso:

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5º deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5º — Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido. Sistema Argentino de Información Jurídica

[www.infojus.gov.ar](http://www.infojus.gov.ar)

INFOJUS - 2012

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 6º — Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos.

Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

ARTICULO 7º — Incorpórase como artículo 11 bis de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el siguiente texto:

Artículo 11 bis: Ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo con las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas del cumplimiento de la misma.

ARTICULO 8º — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

## MATRIZ DE DATOS

Número de encuesta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		
1- sexo	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2		
2- estudios cursados	4	3	4	3	4	4	3	2	4	3	2	4	2	1	2	4	1	2	2	2	2	2	4	2	2		
3-nivel académico	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2		
4- años de enfermero	5	5	2	5	5	5	5	1	5	3	4	5	3	2	5	4	5	5	4	5	2	1	2	4	3		
5- tiempo en servicio	2	1	1	4	2	5	3	1	2	2	4	5	3	2	5	4	5	5	3	5	2	1	2	3	3		
6- cargo	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2		
7- otros servicios	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2		
8- horas semanales	2	2	2	2	4	4	2	2	4	3	4	2	1	2	5	5	2	2	5	2	2	1	2	3	2		
9- situación	3	1	4	4	1	2	3	1	3	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3		
10-sentimiento																											
Frustración	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4		
Tristeza	3	1	0	0	2	0	1	0	2	2	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Otros	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
11- conocimiento ético																											
12-necesidades del paciente	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
13- dolor familiar	1	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		
14- preparación emocional	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
15-preparacion asistencial	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
16-preparacion academica	4	2	2	4	3	1	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
17- muerte paciente	4	4	4	4	2	3	5	5	4	2	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3		
18- objetivos de trabajo																											
19- conocimiento de ley	2	1	2	2	3	3	3	2	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2		
20- posición ley	0	0	3	1	2	2	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
21- ensañamiento terapéutico	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		

## **FINICIÓN DE TERMINOS:**

**ACTITUD:** Son las fuerzas integradoras fundamentales en el desarrollo de la personalidad que dan consistencia a la conducta del individuo.

**AGONIA:** En griego agonía significa lucha. Son los últimos (48 – 72 últimas horas) de vida que preceden a la muerte en las que se dan una serie de cambios en el enfermo.

**ATENCION DEL ENFERMO:** Conjuntos de actos de intervenciones, de comportamientos, que han de aportar a las personas de quien se tiene cuidado todos los elementos, tanto en el plano físico como en el psicológico, social y espiritual que les permita mejorar al máximo su estado de salud o de soportar una evolución larga o fatal de su enfermedad.

**DEPRESIÓN:** Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma.

**INDIFERENCIA:** Estado anímico en que no se siente inclinación ni repugnancia por algo determinado.

**IRA:** Reacción emocional caracterizada por furia, cólera, indignación u hostilidad extrema. Se considera que es de origen patológico cuando nos refleja de forma realista las verdaderas circunstancias de las personas

**MIEDO:** Perturbación, angustia del ánimo por un riesgo real o imaginario.

**MUERTE:** Cese de la vida, indicado por la ausencia de latidos cardiacos y respiratorios

**NOTIFICACIÓN:** Hacer saber una resolución o noticia de alguna cosa.

**PACIENTE MORIBUNDO:** Persona o individuo que se encuentra en fase terminal o en agonía de la muerte.

**PERCEPCIÓN:** Reconocimiento e interpretación consiente de los estímulos sensitivos mediante asociaciones inconscientes, especialmente la memoria.

TANATOLOGIA: Ciencia que estudia la muerte y la agonía y los fenómenos asociados a ellas.

RECHAZO: Contradecir lo que otro expresa o no admitir su proposición u ofrecimiento.

CONSTRUCTO: es, en psicología, cualquier entidad hipotética de difícil definición dentro de una teoría científica. Un constructo es algo de lo que se sabe que existe, pero cuya definición es difícil o controvertida. Son constructos la inteligencia, la personalidad y la creatividad, por ejemplo. Unidimensional: referido a una actitud en que la tendencia es evaluar un objeto (constructo) en términos positivos o negativos.