

71



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TESIS

ACTITUD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL
PACIENTE PEDIATRICO EN FASE TERMINAL
EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
P R E S E N T A N :

FARFAN MORALES GABRIELA No. DE CUENTA 097611154

MARTINEZ CRUZ ELVIRA No. DE CUENTA 76655445-6

VALTIERRA SANTOS JUANA GABRIELA No. DE CUENTA 097611123

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN



MEXICO, D. F.

2000

[Firma manuscrita]
2000
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Sistema de Universidad Abierta
Unidad de México



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Con admiración y cariño a la Lic. Ma de los Angeles García Albarran por habernos brindado su acesoria y apoyo para la elaborción y culminación de la presente tesis.

Al personal de enfermería del servicio de oncología y hamatología pediátrica de H.G.M. por el apoyo que nos brindaron para la realización de esta tesis.

DEDICATORIAS

A MI MADRE

*Apolonia con gratitud y
cariño que con sus palabras
de estimulo y sosten en
los momentos mas dificiles*

A MI ESPOSO

*Armando por su ayuda,
paciencia e impulso que
me brindo*

A MIS HIJOS

*Elizabeth, Itzel, Manuel
por su comprensión por
el tiempo que no les dedique
cuando me lo pidieron*

Agradezco a mi familia por el gran apoyo y comprensión que me brindaron para poder concluir mis estudios. Así como también a todas aquellas personas que de alguna forma me ayudaron y alentaron a seguir adelante.

GABRIELA FARFAN MORALES

A MIS PADRES

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida de lucha y superación constante, deseo expresarles que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos y constituyen el legado más grande que pudiera recibir.

Con cariño, admiración y respeto.

Gabriela Valtierra Santos.

INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
<i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
<i>OBJETIVOS</i>	4
<i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	5
<i>MARCO TEÓRICO</i>	10
<i>Concepto de actitudes</i>	10
<i>Concepto de muerte</i>	12
<i>Escala de Likert</i>	13
<i>Reacciones ante la muerte</i>	14
<i>Etapas de la aceptación de la muerte</i>	17
<i>La muerte y el niño</i>	23
<i>La muerte de un hijo</i>	24
<i>Actitudes del personal de enfermería ante la muerte</i>	29
<i>Cuidados de enfermería a los pacientes con enfermedades terminales</i>	31
<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	35
<i>Hipótesis</i>	35
<i>VARIABLES e indicadores</i>	36
<i>Tipo de investigación</i>	39
<i>Universo población y muestra</i>	40
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	41
<i>DISTRIBUCIÓN DE CUADROS Y GRÁFICAS</i>	42
<i>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</i>	143
<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</i>	155

INTRODUCCIÓN

La presente tesis, se estructuro con el objeto de conocer la actitud de la enfermera, ante el paciente pediátrico en fase terminal en el Hospital General de México.

Esta tesis permitió establecer un diagnóstico integral de la actitud de la enfermera, así mismo como también propuso alternativas para que el enfermo terminal siga productivo todo el tiempo que pueda; y que tenga verdadera calidad de vida, recordando que un enfermo terminal es aquel que padece de una enfermedad por lo que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico.

Por lo anterior, se considera que esta es una tesis de interés en el campo de la enfermería teniendo conocimientos básicos e indispensables, podemos introducirnos al mundo exclusivo de la Tanatología, que es una disciplina científica al mismo tiempo que es un arte y una especialidad.

Para realizar el análisis integral y sistematizado de esta tesis se han estructurado los siguientes capítulos.

En el primer capítulo se describió la identificación del problema, la justificación de la investigación, la ubicación del tema y los objetivos de la investigación.

En el segundo capítulo, se presentó el marco teórico, desde los conceptos básicos de actitud, de muerte, las etapas del duelo, la escala de Likert, que se utilizará para la obtención de los datos, así como también se describirán las intervenciones de enfermería.

En el tercer capítulo se presentó la metodología que incluye los siguientes apartados: Hipótesis general, de trabajo y nula, variables con sus indicadores básicos, también se ubica en este capítulo, el tipo y diseño de la investigación,

el cronograma de actividades y los criterios de inclusión y exclusión. Parte importante de este capítulo, lo constituyen las técnicas e instrumentos de investigación utilizados entre los que están los cuestionarios.

En el capítulo cuarto se desarrollaron los aspectos de mayor relevancia como son: Universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis y análisis e interpretación de resultados.

En los últimos capítulos, se presenta las conclusiones y recomendaciones, los anexos, el glosario de términos y las referencias bibliográficas respectivamente.

Es de esperarse que al desarrollar y culminar esta investigación, se pueda establecer un diagnóstico situacional integral que permita identificar claramente, cuales son las actitudes del personal de enfermería, con los pacientes pediátricos en fase terminal, en el Hospital General de México, a fin de establecer las medidas necesarias para hacer menos doloroso estos momentos, tanto para el personal, como para los familiares y el mismo paciente.

JUSTIFICACIÓN

Con la realización de esta tesis, se pretende crear impacto en la conciencia de la enfermera para mejorar actitudes ante la muerte de un paciente pediátrico en el servicio de hematología y oncología del Hospital General de México.

En nuestra cultura, la muerte tiene un significado sentimental y religioso, por lo tanto, la enfermera tiene la obligación de crear un ambiente de respeto y duelo, ante el paciente ya fallecido y su familia.

Con la presente tesis se pretende saber, todos los sentimientos, que el personal de enfermería externa o exterioriza ante la muerte de un niño que ha sido atendido por ella, y si estos sentimientos de alguna manera afectan su trabajo que tiene que continuar.

Hubo actitudes que son más específicas de acuerdo al sexo y la edad y esté será también el fin de nuestra investigación.

De acuerdo a los resultados de los cuestionarios, se realizarán cursos, para favorecer el entendimiento enfermera-paciente-familia.

OBJETIVO GENERAL

Analizar Las actitudes del personal de enfermería, ante el paciente pediátrico en fase terminal en el Hospital General de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las actitudes, que tiene el personal de enfermería, ante la muerte de los pacientes pediátricos en el Hospital General de México.

Identificar el nivel de conocimientos tanatológicos, que tiene el personal de enfermería, en la atención del paciente pediátrico en fase terminal en el Hospital General de México.

I. PLANTTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El hospital General de México es una organización de salud que cuenta con todas las especialidades de atención médica de un tercer nivel, para brindar la mejor atención a los pacientes.

Para brindar la atención de calidad a todos los pacientes internados, el Hospital cuenta con diversos servicios y cuadros de profesionales que permiten brindar esta atención. Entre estos servicios se encuentran los siguientes: servicios médicos, paramédicos, de diagnóstico y tratamiento, servicios administrativos y servicios generales.

Desataca de manera especial en los servicios paramédicos el personal de enfermería, que es quien constituye el pilar más importante en la coordinación de la atención que los pacientes reciben.

En la experiencia cotidiana, el personal de enfermería atiende a pacientes adultos, ancianos, adolescentes y niños. Tal vez los niños sean quienes requieren mayor atención y mayor cuidado del personal de enfermería por que ellos dependen totalmente de este personal.

Tal vez el personal de enfermería esté consciente de que su misión es prolongar la vida y aliviar el dolor de los pacientes a quien cuida. Sin embargo, hay veces que escapa del personal de enfermería el poder evitar la muerte de los pacientes, lo que hace que este personal se este enfrentando continuamente a situaciones dolorosas, para lo que no está preparado.

Es posible que cuando el personal de enfermería se enfrenta a pacientes en fase terminal pueda con toda seguridad adoptar actitudes de consuelo y de resignación ante un desenlace de muerte. Sin embargo, cuando ocurre de manera repentina, el personal no esta preparado por lo que, con mucha razón, no acepta la muerte, se crean conflictos internos importantes,

existe desesperación e impotencia y puede manifestarse incluso con una franca rebeldía, por considerar que debe prolongarse la vida con sus cuidados en lugar de aceptar la muerte.

Cuando se presenta la muerte en los pacientes pediátricos, el personal de enfermería reacciona de varias formas; para unas enfermeras existe total indiferencia y aunque sienten dolor de la pérdida de un paciente, pronto olvidan el hecho y se insertan en la rutina cotidiana del servicio. Por lo contrario existen otras enfermeras que luchan por salvar a un paciente y aunque aparentan no sufrir por la muerte de su paciente, sufren realmente ante una posible pérdida, se sienten abatidas, insatisfechas de su propio trabajo y niegan rotundamente la posibilidad de aceptar la muerte.

Desde luego, ante la presencia de la muerte, no queda más remedio, que con el tiempo poder aceptarla, la cual implica tener que hacer a un lado ciertos sentimientos y tratar en la medida de lo posible negociar internamente, para buscar la resignación y tratar de vivir y trabajar con tranquilidad.

El presente tema se ubica en tres áreas básicas de estudio: Psicología, Tanatología y enfermería.

1

Se ubica en la psicología porque las actitudes representan un fundamento importante para el comportamiento de los individuos, como para los grupos. Así, como la actitud es una tendencia o predisposición negativa o positiva que determina la reacción del individuo a un estímulo o un conjunto de estímulos particulares, en donde las actitudes se forman en una de varias situaciones, las cuales son: la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre si, la individuación, diferenciación y segregación de experiencias, trauma o experiencias

1

Anne Anastasi. Test psicológicos. Ed. Prentice Hall. Séptima edición. Pag. 405-407.

dramáticas y la adopción de actitudes convencionales.

Son empleadas comúnmente varios métodos de estudiar desde el punto de vista psicológico las actitudes. Estos comprenden el empleo de medidas directas como la escala de Likert.

Se ubica en la tanatología, por que la muerte de los pacientes pediátricos forman parte del estudio de la tanatología, para preparar mejor al personal de enfermería en la difícil tarea que significa apoyar al niño en el periodo de la muerte y a sus familiares en el momento del consuelo y la resignación.

El principal apoyo que debe brindar el personal de enfermería es ayudar al paciente pediátrico en fase terminal a que tenga una verdadera calidad de vida. Recordando que un enfermo terminal, es aquel que padece una enfermedad por lo que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto, y que conoce su diagnóstico. Por lo que también es ayudarlo a que cuando muera, tenga una real "muerte adecuada".

2

ayudar a los familiares del enfermo terminal, y a sus amigos cercanos, a que conserven tanto su calidad de vida personal, como la calidad en las relaciones interfamiliares y que se preparen para la muerte de un ser querido; que le permitan morir en paz.

La tanatología ayuda a los que forman parte del equipo de salud a aliviar las frustraciones, angustias, rabias, culpas, depresiones y otras emociones dolorosas que surgen ante la muerte del paciente, o de uno mismo.

Según Kubler-Ross todo ser humano, durante el proceso de morir cursa por cinco fases. La primera de ellas es la negación.

2

Luis Alfonso Reyes. Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. Tomo III. Ed. Diseño, S,A, México, 1996. Pag. 57

Ya que cuando el paciente y la familia conocen el diagnóstico de una enfermedad fatal, la primera reacción será la de negar. La primera reacción deja paso a una nueva, cuando ya no se puede mantener la negación ésta es substituida por sentimientos de ira, rabia, envidia, resentimiento y la pregunta lógica es ¿por qué yo?, ¿por qué a mi?, esta fase es muy difícil de afrontar tanto para la familia como para el personal del hospital, en la tercera fase el regateo, esta es la menos conocida y dura solo breves periodos de tiempo, la siguiente es la depresión, cuando el desahuciado ya no puede seguir negando su enfermedad ni sostener su rabia, empezará a tener la sensación de una gran pérdida, y por último la aceptación, si un paciente tuvo suficiente tiempo y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación, su muerte ya no le deprimirá, ni tampoco lo enojará podrá contemplar su próximo fin con relativa facilidad.

El personal de enfermería tiene que ayudar a los que sufren ya el dolor de la muerte del ser querido, a que hagan su trabajo de duelo con el menor tiempo y con el menor dolor posible.

Se ubica en la enfermería por que son precisamente las enfermeras del Hospital General de México los sujetos de estudio de la presente investigación. Así, el personal de enfermería podrá valorar las actitudes que tiene en ese momento difícil que es la muerte y tratar de mejorar en la medida de lo posible sus reacciones negativas por reacciones positivas, para apoyar en mayor medida a los pacientes pediátricos.

3

Según Polit, existen cuatro requisitos para valorar el problema de investigación.

3

Larios Saldaña Ma. Antonieta. Antología Seminario de Tesis. 4ta. Reimpresión Febrero del 200. P. 91-94.

Importancia del problema. Consideramos que nuestro tema tiene importancia, por que existe un gran número de pacientes pediátricos en fase terminal, y el personal de enfermería no tiene los conocimientos necesarios para proporcionar el apoyo necesario a los pacientes, como consecuencia no saben que actitud tomar cuando se les presente un caso de un paciente pediátrico en fase terminal.

Posibilidad de investigación: Nuestra investigación si tiene esta posibilidad, ya que existe el material bibliográfico, y en el Hospital General de México existe un área de pediatría con pacientes en fase terminal, que nos permitirá realizar la investigación en forma directa.

Practicabilidad del problema e interés: La investigación se podrá realizar en un periodo que abarca los meses de mayo a septiembre.

Interés para el investigador: Dicha investigación nos permitirá tener los conocimientos necesarios para poder proporcionar atención y apoyo a los pacientes pediátricos en fase terminal y saber que actitud tomar cuando se presenten estos casos.

Con todo lo anterior, conviene identificar cuáles son las actitudes del personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal, a fin de conocerlas y en la medida de lo posible, preparar al personal de enfermería en el aspecto de tanatología, para que puedan manejar sus sentimientos y brindar una mejor atención a los pacientes pediátricos en el trance final.

II. MARCO TEORICO

1

El término "actitud" ha sido definido como "una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracta o concreta designable". Expresándolo de otra forma. Las actitudes son predisposiciones a responder en una forma más o menos emocional a ciertos objetos o ideas. Así, puede decirse que "existe una actitud" en una persona con relación a cada objeto, tópico, concepto o ser humano que la persona evalúa. Tenemos actitudes hacia ciertas clases de alimentos, miembros de otros grupos raciales o sociales, nuestro país y otros, la clase de vestir apropiado a ciertas ocasiones sociales, ideas como el aborto o la distancia entre las grandes potencias. Tenemos también altamente personalizadas actitudes hacia nosotros mismos y nuestro valor como individuo.

No todas las predisposiciones son clasificadas como actitudes, y debemos tener cuidado como nuestro pensamiento para distinguir actitudes de otros estados motivadores internos como los motivos biosociales, pueden distinguirse las actitudes de otras predisposiciones (conjuntos y hábitos), y de otros estados motivadores (emociones o necesidades fisiológicas) en las siguientes formas. Primero, está claro que las actitudes son aprendidas. En consecuencia, pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidos. Sin embargo, preferencias por el bistec o la langosta, la leche o la cerveza, las rubias o las pelirrojas son clasificadas como actitudes.

1

Gerard A. Frank. Fundamentos de psicología. Ed. Trillas. México 1982. Pag. 385,421,423.

Segundo, las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo. Muchas de nuestras actitudes no cambian radicalmente de un día a otro ni aún de un mes a otro. Esto significa, por supuesto, que las actitudes son relativamente duraderas. Tercero, las actitudes son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular. A diferencia de los valores, por ejemplo, que tienden a ser más amplios y más abstractos, las actitudes tienden a ser algo o contra algo.

Ese algo puede ser el expresidente Nixon, los comunistas chinos, o la medicina socializada, o los concursos de belleza. Obsérvese también aquí las características evaluativas o direccionales de las actitudes. Debemos hacer constar que aún el "neutralismo" deliberado refleja una actitud.

Las actitudes se refieren al estado afectivo en que una persona se enfrenta habitualmente a los demás, y resulta ser producto de un proceso sentimental agradable o desagradable, en torno a determinado objeto.

COMO SE EXPRESAN LAS ACTITUDES

La manera características de responder pueden revelar una actitud. Así, los gestos, las expresiones faciales, la postura del cuerpo y el tono de voz pueden expresar actitudes. Pero lo hace especialmente la conducta verbal. Las actitudes se expresan más comúnmente por lo que decimos y por la manera en que lo decimos, por lo tanto, es natural que atentamos al lenguaje en calidad de vehículo de los "test de actitud".

DE DONDE VIENEN LAS ACTITUDES

Las actitudes son formas de conducta aprendidas, su génesis es la de otras respuestas aprendidas. Las actitudes pueden considerarse como normas sociales, son productos de fuerzas sociales. Las actitudes pueden describirse conforme a cuatro dimensiones distintas. Dirección, grado, intensidad y prominencia.

La dirección es una propiedad obvia, un estar en pro o en contra de los sindicatos o también de determinados gastos gubernamentales.

La dimensión fundamental nos dice si la actitud de una persona da su apoyo a un determinado modo de acción.

El grado designa la posición tomada en el continuo de actitud, y la intensidad hace referencia el grado de sentimiento con lo que sostiene la convicción.

La prominencia tiene que ver con la importancia general de una actitud.

CONCEPTO DE MUERTE

Según Luis Alfonso Reyes, el diagnóstico médico de muerte ha cambiado como consecuencia del desarrollo de las técnicas de resucitación y de sostén de las funciones vitales. Durante muchos años, se diagnosticaban cuando no había actividad cardíaca alguna ni tampoco función respiratoria. Pero hoy el paro cardíaco puede ser revertido si el corazón no esta dañado irremediabilmente. Hay cirugías a corazón abierto en las que las maquinas cumplen la función del corazón y el pulmón, existen ventiladores mecánicos que evitan una falla respiratoria. Gracias a la ventilación mecánica prolongada que impide la falla en la respiración, el corazón, que tiene automatismo propio no dependiente del SNC, continúa funcionando por períodos variables, aunque exista autólisis de los hemisferios cerebrales y del tallo cerebral.

De esta manera, se considera a la muerte como el cese de las constantes vitales y por lo tanto, la cesación de la vida. Hablando de la muerte de un organismo, algunos autores mencionan tres estadios de muerte.

2

Muerte aparente: Puede aparecer un síncope prolongado, o el paciente puede estar en coma profundo, sin conocimiento ni respiración, con sus actividades cardíacas y circulatorias débiles y difíciles de notarse.

2

Luis Alfonso Reyes. Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal a a su familia. Tomo III. Ed. Diseño, S.A. México 1996. Pag. 57

Pero en una etapa en la que generalmente son eficaces las terapias usuales de reanimación.

Muerte relativa o clínica: Aquí hay suspensión completa y prolongada de la circulación, el paciente está muerto prácticamente y se puede enterrar. Sin embargo, ciertos medios de resucitación pueden hacer que reaparezcan actividades vitales.

Muerte individual u orgánica absoluta: Aparece cuando la alteración de algunos órganos vitales, es tal, que se hace imposible restaurar las funciones vitales. Progresivamente se llega a la muerte total en la que el cadáver comienza el proceso de putrefacción. Al definir los signos de la muerte, se puede enunciar; falta total de respiración, ningún latido cardiaco, inmovilidad total, insensibilidad ante cualquier estímulo, inercia en los miembros, caída de la mandíbula, relajamiento de los esfínderes, dilatación de las pupilas, palidez, apertura de ojos y enfriamiento.

ESCALA DE Likert

3

La escala de actitudes de Likert, comprende primero la recopilación de cierto número de declaraciones con respecto al asunto particular de que se trata. Estas declaraciones son entonces presentadas en vía de prueba a un grupo de sujetos, a quienes se les pide responder a ellas exactamente de la misma manera que podrían responder a la escala completa. Por lo tanto, se presenta, para estudiar las actitudes hacia los negros, que es uno de los asuntos de prueba, en la forma que sigue, rodéese con un círculo uno de los símbolos que preceden a cada una de las siguientes declaraciones. A significa "de acuerdo", FA significa "frecuentemente de acuerdo", D significa "desacuerdo", FD significa "frecuentemente en desacuerdo", E significa "incierto".

3

Whittaker James O. psicología. Ed. Interamericana 3ra. Edición. México 1986 Pag. 630.

Los hogares de los negros deben ser segregados de los blancos.

Cada pinto es probado entonces para encontrar su consistencia interna, es decir, para ver si todas las declaraciones realmente tienen que ver con el mismo punto. Después de esto, las respuestas a las declaraciones favorablemente redactadas reciben 5 para un acuerdo muy fuerte, 4 para el simple acuerdo, 3 para incierto, 2 para el simple desacuerdo, y 1 para el fuerte desacuerdo. De esta manera a cada sujeto puede asignársele una calificación sencilla cuantitativa, como la escala de Thurstone.

REACCIONES ANTE LA MUERTE

Todos Tenemos problemas emocionales frente a la muerte. Todos en distintos grados tememos a la muerte, o al menos no preocupamos por nuestra propia salud. Es natural que estos temores y preocupaciones se incrementen al estar en contacto con pacientes moribundos. La reacción casi automática es alejarnos de esa situación sumamente desagradable, que sólo sirve para recordarnos que un día también nosotros tenemos que morir. A continuación se presentan las reacciones ante la muerte.

PSICOLÓGICAS

Para Luis Alfonso Reyes, después de cinco a diez minutos de anoxia comienza a aparecer, progresivamente, la putrefacción en el cerebro. La putrefacción es el signo tardío y absoluto de la muerte y la fase más dramática del proceso tanático. Cabe aquí la especial reflexión: La muerte se vive como una ruptura doble: la del difunto que rompió con la vida y la de los familiares que se sienten aislados, aunque sea temporalmente, por la sociedad. Hay rupturas felices como las del nacimiento, o las hay que nos proporcionan descanso como las del sueño, o tristes, como cuando el ser querido parte para un largo viaje. Quizá, por ser la muerte la peor de las rupturas, la equiparamos negándola en nuestro lenguaje común, con un nacimiento, o con el sueño, o con un viaje.

Una de las razones por las que la muerte es la peor de las rupturas, es porque siempre deja un cadáver, que es algo humillante, que es repugnante, que es símbolo de ausencia o que es, ante todo, anuncio de la putrefacción cercana. Esto explica el por qué todas las culturas se esfuerzan por componer el cadáver a fin de superar el horror que inspira la inminente putrefacción.

Los profesionales de enfermería, por las responsabilidades inherentes a los puestos, se enfrentan continuamente a la realidad de la agonía o muerte de otra persona. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero es necesario aliviar los sentimientos de tensión e incomodidad porque hay necesidad de cubrir las necesidades del paciente moribundo.

De hecho, en el ser humano existe muy arraigado el sentimiento del miedo ante la muerte. Este miedo se sustenta o basa sobre todo en el desconocimiento de algunos hechos que por su naturaleza, no se ha comprendido totalmente como por ejemplo el hecho de morir. Este miedo se incrementa cuando de alguna manera indirecta, y cuando se presenta de una manera directa, como en el caso del personal de enfermería que tiene que observar este fenómeno con mayor frecuencia, que una persona que no pertenece al área de la salud.

SOCIOCULTURALES

La cultura influye en la relación del individuo ante la pérdida. A menudo el cómo expresar el dolor se determina por las costumbres culturales. Algunos grupos culturales aprecian el apoyo social y la expresión de la pérdida. En grupos hispanoamericanos donde se mantienen fuertes lazos de parentesco, los miembros de la familia proporcionan apoyo, asistencia y se alienta la libre expresión del duelo.

Las creencias y prácticas espirituales influyen de gran manera en la reacción a la pérdida y la conducta subsecuente de la persona. De vez en cuando hay grandes variantes en los niveles de práctica religiosa de una persona a otra, que practiquen una religión específica.

A pesar de esto, las familias generalmente se sienten muy complacidas si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en religión su cultura, al reconocer que el paciente puede tener necesidades en estas áreas de su vida.

4

Algunos pacientes y familiares estarán muy claros acerca de su religión y de la clase de servicio que desean recibir en el desenlace final, mientras que otros ni siquiera han pensado en ello. Sin embargo, se le debe brindar al paciente toda clase de oportunidades para prepararse a morir en la forma que desee y para ver al sacerdote o ministro. El paciente católico normalmente desea ver un sacerdote y recibir la extremaunción. Como objetivo de ayudarlos a lograr la verdadera salud y no sólo prepararlos para la muerte.

ECONOMICO

Según Erb Kozier. En un individuo altera el sistema de apoyo disponible en el momento de una pérdida. La falta de padre o madre ocasiona inseguridad económica. La pérdida de uno o más de los miembros de una familia representa valores como: tener casa, salud, empleo, educación, cohesión comunitaria, amistades, prestigio, incluso, desintegración familiar.

La pérdida de algún miembro de la familia, especialmente si éste es quien tiene soporte económico, ocasiona grandes conflictos, hasta la desintegración familiar. Entre los desequilibrios que se suceden a la muerte del jefe de la familia, hay inestabilidad emocional, pérdida del control y puede influir tan determinante en la desintegración familiar, que los hijos se queden sin educación y en el caso de los hijos mayores, que éstos tengan que dedicarse a trabajar.

4

Bufalino Erb Kozier. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana. México. Pag. 246.

CONCEPTO TANATOLOGICO

La tanatología es una disciplina científica y al mismo tiempo que es un arte y una especialidad.

La labor del tanatólogo es una de las misiones más importantes que debe realizar el ser humano, tiene que entender y comprender el proceso de morir, el de la muerte y el duelo para que su ayuda sea realmente humana, profunda y espiritual.

El objetivo de la tanatología es:

-Ayudar al enfermo terminal, a que siga siendo productivo todo el tiempo que pueda y a que tenga verdadera calidad de vida.

ETAPAS DE LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE

5

Elizabeth Kubler-Rosse. Identificó cinco etapas por las que pasan las personas en caso de muerte prevista. Estas etapas representan un conjunto de conductas en cambio constante que surgen conforme lo hace la necesidad de ellas, con los intensos del individuo de hacer frente a una pérdida prevista. Cada etapa se relaciona con la persona moribunda o muerta con las que sufren su fallecimiento previsto. En caso de un niño, el paciente es el niño enfermo, sus padres y hermanos.

Negación

Es la primera etapa, de negación, la persona responde con choque e incredulidad, la reacción de " no, no a mi" ocurre sin importar que se mencione o no explícitamente el diagnóstico a la persona. La duración de esta etapa depende de los mecanismos usados por la persona para hacer frente a crisis previas, los sistemas de apoyo de que dispongan y que le ayuden a abandonar es uso de la negación, y las reacciones de otras personas, en especial los médicos y las enfermeras, a la resistencia que muestre.

5

Luis Alfonso Reyes. Op. Cit. Pag. 77

Por desgracia, la necesidad de otras personas de negar la realidad de una situación que de ser tan grande, que apoye y estimule la negación en el propio paciente y retrase su avance a otras etapas. Entre los ejemplos de la negación suele incluirse los siguientes: "peregrinaje" con médicos, atribución de los síntomas de la enfermedad a un trastorno, renuencia a creer en las pruebas diagnósticas, retraso en aceptar el tratamiento, actitud feliz y optimista a pesar del diagnóstico conocido.

Los esfuerzos de otras personas, por hacerlo, negación de las razones de la hospitalización y ausencia de preguntas acerca del diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico, cada uno de estos mecanismos permite al individuo distanciarse de los efectos violentos de un golpe emocional abrumador, reunir y movilizar sus energías encaminándolas hacia conductas dirigidas a objetivos y a la solución de problemas.

La negación parcial, como la consistente en buscar una segunda opinión en un profesional o actuar ocasionalmente como si no hubiera problema alguno, es usada por la mayoría de las personas en el transcurso del proceso de duelo para hacer frente a los estragos emocionales constantes de anticipar la propia muerte o el fallecimiento de un familiar. Para los padres prever la muerte de su hijo equivale a anticipar la pérdida de una parte de su esperanza de logros y prestigios personales.

Es probable que la negación sea la reacción menos comprendida y que se trata en forma diferente. En forma característica, enfermeras, médicos la etiquetan como una conducta de inadaptación e intentan activamente hacerla desaparecer mediante explicaciones respectivas una y otra vez, la importancia de la negación en niños como un factor de su capacidad para hacer frente al diagnóstico. Los investigadores han observado que los niños que usan la negación para hacer frente a las enfermedades pueden manejar la ansiedad y tener una actitud productiva a la vida.

La negación permite al individuo mantener la esperanza a la luz de probabilidades en contra abrumadoras. Al igual que la propia esperanza, la negación puede ser un mecanismo de adaptación que permite hacer frente a la pérdida y que persiste hasta que el paciente o la familia están listos para otras respuestas que necesitan.

Intervención

La respuesta de la enfermera a la negación es un factor decisivo para la necesidad del individuo de persistir en este mecanismo de defensa. La función de ayuda que cumple aquella en todas las etapas del duelo es dar apoyo al individuo en la etapa en que se encuentre y no manipularlo para que pase de una etapa a otra.

Si tal apoyo es en verdad terapéutico, la fuerza acumulada a raíz de esta intervención activa ayuda a que la persona pase por sí sola a la etapa siguiente. El método más eficaz para proporcionar apoyo y escuchar activamente, el silencio no refuerza ni rechaza la negación (o cualquier otra etapa del duelo), si no que implica una disposición de ánimo y aceptación de la necesidad que tiene el paciente de esta conducta. Sin embargo, el silencio por sí solo puede ser malinterpretado. Por ejemplo, si la persona tiene una actitud de negación, quizá se exprese diciendo "estoy seguro de que los médicos cometieron un error" y la respuesta de la enfermera consiste en guardar silencio y después salir de la habitación. El paciente puede inferir que la enfermera tiene una actitud de desaprobación, evitación o rechazo. Para ser eficaces, el silencio y la actitud de escuchar deben de acompañarse de concentración física y mental, y del uso del lenguaje corporal comunicar interés y preocupación al contacto visual directo, el tacto la cercanía física y la postura, incluida en esta última la de sentarse e inclinar el cuerpo levemente hacia delante, constituyen una forma de comunicación silenciosa y eficaz. En ocasiones, este tipo de apoyo es suficiente para que el paciente o sus familiares tengan fuerza suficiente a fin de dejar atrás la negación y hacer frente a la realidad.

La comunicación debe posibilitar la esperanza y la negación, cuando estos son los elementos importantes en el ajuste a una posible pérdida. Ello no implica ocultar los hechos a los pacientes o sus familiares, si no darles información de reversión, remisión o incluso recuperación parcial, cuando exista. Los datos acerca del pronóstico deben de ser transmitidos en forma tal que se ponga de relieve la incertidumbre del futuro, y no una actitud omnipotente de tener todas las respuestas.

Ira

La segunda etapa del proceso de duelo es la ira consecutiva a la negación. Cuando la negación fracasa y la persona adquiere conciencia de la realidad de la situación, su reacción es de "¿por qué a mí?". La ira, el enojo y la hostilidad pueden ir dirigidas hacia la propia persona o a otra, en especial los miembros del equipo médico y de enfermería, además de que se exprese envidia o resentimiento hacia personas que no están afectadas por la misma situación.

Cualquiera puede imaginar las abrumadoras consecuencias de la pérdida que sufren las personas durante el proceso del duelo, se piensa que la persona moribunda o los padres de un niño que va a morir se muestran enojados y resentidos. En tal situación, los sueños, las esperanzas y las expectativas son simplemente recuerdos dolorosos. La persona está molesta con otras que están físicamente sanas, que pueden convertir en realidad sus sueños o que viven sin dolor o sufriendo. No están molestas con ellas mismas si no con lo que representan; es decir, con lo que ya no es posible para la persona moribunda.

Intervención

La persona enojada necesita expresar sus sentimientos pero sin sentirse culpable o juzgado por otros. En ocasiones, la libertad para expresar la ira misma es por si solo terapéutica. Los siguientes pasos fomentan la expresión de emociones.

- 1.- Describir la conducta: "parece usted estar molesto con todo el mundo"*
- 2.- indicar que hay comprensión: " es natural que este molesto"*
- 3.- Indicar que hay interés: "debe ser muy difícil soportar tantos procedimientos dolorosos".*
- 4.- Ayudar a la persona a centrar la atención en sus sentimientos: "A veces uno se pregunta por que ocurran cosas como estas".*

Un elemento indispensable para la intervención adecuada es esperar a que la persona responda a un comentario antes de proceder al siguiente. El objetivo de cada uno de estos comentarios es hacer que la persona se exprese libremente, por lo que se deben estructurar tratando de evitar que originen respuestas de "si" o "no".

Regateo

La siguiente etapa, con frecuencia difícil de identificar, es el regateo, y consiste para obtener tiempo adicional puede establecerse con Dios, ella misma o el individuo más importante en su vida. Una forma de sondear el regateo silencioso de una persona es preguntarle: "si pudiera hacer algo más, ¿qué haría?". Es frecuente que la persona indique un deseo oculto.

Intervención

El regateo suele relacionarse con sentimientos de culpa, de modo que siempre es importante sondear las razones subyacentes al deseo expresado. Por ejemplo: una madre rogaba a Dios que permitiera a su hija vivir un poco más reveló después que la niña era ilegítima. Desafortunadamente, la paciente murió poco después de elaborado el diagnóstico, y la madre quedó convencida de que su muerte era castigo divino por ser su embarazo extramarital. Se rehusó a aceptar la muerte de su hija y actuó como si todavía estuviera viva. Todos los miembros del equipo de enfermería estaban conscientes de las implicaciones del hecho de que la niña no se hubiera recuperado, pero se sentían incapaces en sus intentos de ayudar a la madre, que se aisló de todo mundo.

El regateo también ocurre en niños. Es comprensible que éstos quieran vivir más tiempo. Se les debe escuchar muy atentamente, a fin de comprender su lenguaje simbólico. Por ejemplo, un niño del que se había dicho recientemente que había sufrido una recaída de la leucemia, comentó casualmente a su madre. "¿sabes qué deseo, deseo pedir en mi último cumpleaños?. Otro cumpleaños". LA madre quedó convencida de que ésta era la forma en que su hijo pedía vivir más tiempo, a pesar de que sabía que tenía las posibilidades en contra.

Depresión

Una vez desprovista de la protección que le brinda la negación, la ira que desplaza la ansiedad emocional y el regateo para posponer lo inevitable, la persona a la larga experimenta depresión. Por lo general, ésta es uno de dos tipos: la derivada de pérdidas previas y la sufrida por pérdida inminente o prevista.

En una enfermedad crónica en su etapa terminal son muchas las razones de que surja el primer tipo de depresión, como la caída del cabello a causa del tratamiento, la pérdida de una parte o una función corporal, las restricciones físicas y el cambio en el modo de vida. El segundo tipo de depresión es indicativo de la preparación para la pérdida inminente de todos los objetivos amados, conforme la persona moribunda se da cuenta de lo abrumadora que es su pérdida. La persona que muere, a diferencia de sus deudos, que le dicen adiós a ella, ésta despidiéndose de todas las cosas que ama.

Intervenciones

Manejar cada pérdida en forma constructiva y positiva puede aliviar en gran medida el primer tipo de depresión. Por ejemplo, comprar una peluca atractiva si se le cae el cabello, hacer hincapié en las habilidades de la persona y no en sus incapacidades, y manipular su modo de vida ajustándolo a los cambios físicos, ayudan a que el enfermo haga frente a la depresión de cada crisis.

Durante el periodo caracterizado por el segundo tipo de depresión, al que podría considerarse de duelo preparatorio, es mínima la necesidad de consuelo verbal. Los intentos de "mejorar el estado de ánimo" o "animar a la persona" no sólo resultan ineficaces, si no que también pueden abrumarlo con la tarea adicional de intentar parecer feliz a fin de satisfacer las necesidades de quienes lo rodean. Este es un periodo en el que se debe de escuchar a la persona moribunda y estar físicamente con ella. En la etapa terminal de una enfermedad, una persona quizá solicite la compañía de uno de los seres amados. Es usual que los niños quieran que esten presentes sus padres, más que cualquier otra persona.

Aceptación

La etapa final del duelo es la aceptación, la persona ya no está enojada o deprimida y, en caso de que regatee, usualmente lo que pide, es una muerte tranquila e indolora y no la prolongación de la vida. Es una etapa de paz interna y aceptación de que la muerte es inminente. La persona puede indicar tal aceptación mostrando falta de interés en el presente o el futuro y preocupación por el pasado, o prefiriendo tener pocas visitas, tranquilidad o soledad.

Intervención

La conducta reseñada en el párrafo previo puede ser perturbadora para las personas que están cerca del paciente moribundo, incluido el personal de atención de la salud que no ha llegado al mismo nivel de aceptación de la muerte que tiene el enfermo. Un objetivo decisivo es reconocer la conducta de aceptación en el paciente y ayudar a que otros comprendan su importancia, es frecuente que el plan de atención médica se estimule la continuación del tratamiento y no se de al paciente la oportunidad de aceptar el fin inevitable. Las enfermeras pueden participar en la planeación de los cuidados con todos los miembros del equipo de atención de la salud; en dicha planeación debe de recibir prioridad los deseos del paciente y sus familiares. La opción de la atención en su hogar, tipo hospicio es una forma muy significativa y satisfactoria de compartir con sus hijos los últimos días de su vida.

LA MUERTE Y EL NIÑO

6

La muerte de un niño merece todo el cuidado y toda la comprensión. Igual que cualquier otra tragedia. Lo mismo que la atención al niño que sufre la muerte de un ser querido.

Los niños tienen un concepto muy definido sobre la muerte, concepto que depende de la edad, el ambiente y las experiencias que el niño haya tenido. De estas el nacimiento es el primero y más dramático conocimiento de muerte-pérdida; el recién nacido sufre la expulsión del útero que es estable y protector y, en cambio, es arrojado a un mundo desconocido, inestable, del que sabe nada, hasta que aprende a respirar y a comer para poder sobrevivir. Sin embargo, apenas nace es abrazado con amor, se le cuida y se le alimenta. Por lo que la violencia que le significó nacer se redujo a una pérdida temporal reparada de inmediato. Y a sí continúan las experiencias de su vida.

6

Tejeda, Rosa Angélica. Angustia de separación. En la revista enfermera al día. Vol. 16 junio. Ed. Internacional. México, 1991. Pag.24

Por otra parte, los niños observan la muerte continuamente y hasta participan con ella: los programas de televisión, las caricaturas actuales, los videos, algunas canciones populares, los noticieros, los periódicos, etcétera, hablan sobre la muerte y enseñan lo que ella es, aunque no siempre correctamente. ¿cuántas muertes verá un niño antes de llegar a la pubertad?. El temor hacia ella empezará a penetrar en la mente del niño dependiendo de cómo le enseña el adulto. Esta es la gran responsabilidad que todos tenemos; padres, formadores, terapeutas, médicos, enfermeras, religiosos, y por supuesto tanatologos. Landsown y benjamin refieren, en un famoso estudio, que el 50% de los niños de cinco años de edad ya saben que algún día van a morir. Y lo saben con certeza. Su propia experiencia de pérdidas, en temprana edad, les muestra que todos mueren; perritos, abuelos, maestros, flores. Quizás hayan experimentado tal pérdida en la muerte de otro niño, su compañero, o desgraciadamente la de su padre, o la de un hermanito. Definitivamente no podemos proteger a los niños del hecho de la muerte. Lo único que debemos elegir es cómo prepararlos. Bluebond-Langer demostró que los niños de año y medio de edad que están muriendo, lo saben; y que entienden que morir es un proceso final irreversible.

LA MUERTE DE UN HIJO

7

La vida don maravilloso que se nos ha proporcionado, como parte de ella tenemos el crecer, amar, reproducirnos, dar origen a una nueva vida. Vida que consideramos parte de la nuestra. Producto de nuestro amor. Pero en ocasiones esto no puede ser duradero toda la vida, la cual no podemos, definir como larga o corta, si este pequeño se ve amenazado por una enfermedad de las que conocemos como enfermedad terminal. Si entendemos que enfermedad terminal es aquella que ha sido diagnosticada y para la cual no existe recuperación y que a corto o largo plazo llevara al pequeño paciente a la muerte.

7

Kubler-Ross, Elizabeth. Una luz se apaga. Ed. Pax-México. 4ª ed. 1987. Pag. 137

El enfrentar la enfermedad es para el pequeño difícil ya que ha tenido poco tiempo para disfrutar de la vida y ya esta sufriendo pequeñas pérdidas, en ocasiones durante algunos periodos es necesario para el pequeño ser separado de su casa y familia para ser hospitalizado y corresponde entonces al personal del hospital, compartir y enfrentarse a la muerte junto con su pequeño paciente.

Esto resulta difícil y no únicamente por la ternura que despierta el pequeño enfermo, si no por las necesidades que tiene y que exigen un apoyo con tal intensidad que el equipo de salud, se vera involucrado afectivamente y emocionalmente situación que resulta sumamente desgastante, pero siempre al término de esta jornada resultaran grandes experiencias que nos dan fortaleza para continuar. El niño con enfermedad terminal es demandante, pero demandante de compañía, no le agrada estar solo y quiere ser escuchado, aunque a veces, no le agrada estar solo y quiere ser escuchado, aunque a veces su mensaje no es enviado verbalmente por lo que debemos aprender a disfrazar el mensaje enviado. El dolor suele hacer al pequeño frecuentemente su presa pero es capaz de soportarlo sin tomar analgésicos si se siente protegido por quienes lo aman. Pero no por esto debemos permitir que sufra dolor innecesariamente por lo que es importante mantener atención que sus medicamentos sean ministrados en los horarios correctos con sus respectivas dosis de rescate esto hace que su calidad de vida mejore.

8

Los niños enfermos son tan fuertes que el estar hospitalizados no es impedimento para generar querer jugar por lo que en ocasiones debemos tornarnos en compañeros de juegos, confidentes y apoyos espirituales. Los temores y dudas que experimentan deben de ser atendidos de forma inmediata en la mayoría de las veces, por lo que es necesario desarrollar habilidades y sensibilidades por lo que a veces estas no son expresadas de manera clara y/o precisa, y el mensaje que nos envían es subliminal pero el estar atentos y el conocimiento de nuestro paciente nos permitirá detectar en un gesto, una expresión o una actitud el fondo o base y dar respuesta inmediata.

8

El niño que está sufriendo una enfermedad terminal sabe que va a morir o que esta en el proceso de muerte; y no es posible protegerlo de esto, a veces se le quiere cuidar tanto pretendiendo que con esto se ahuyentará a la muerte o alargar la vida, que le negamos la ayuda que el negarse. Como es su deseo de hablar de la enfermedad y de su muerte la cual siente cada vez más cercana, el negarnos o evadir hablar del tema originan en el niño desconfianza e inquietud. El hablar con la verdad ocasiona tranquilidad ayuda a la elaboración del duelo por que nuestro niño esta sufriendo continuamente pérdidas, no existen reglas especiales para la forma de hablarle a un niño únicamente debemos recordar que son personas, seres humanos y que hablar con mentiras solo aumentan el dolor de la muerte. Por otro lado nos debemos olvidar que los niños moribundos como todas las personas en trance de morir necesitan, cerrar los círculos; terminar sus negocios no completados, hacer sus despedidas para esto el niño usara sus modos y sus momentos, uno de ellos pudiera ser y es común ocultar o disfrazar sus despedidas, utilizando despedidas ocultas con familiares, personal del hospital o amistades, con quienes esta encaminado y sabe que van a sufrir con su muerte.

Otra forma de despedirse es regalando las cosas queridas a las que les tiene gran cariño, poder hacerlo personalmente y en otras ocasiones pedirá a alguien cumpla con su voluntad la cual no deberá negársele si es a nosotros a quien lo pide muy a pesar de lo difícil que resulte cumplirle por que al hacerlo significa aceptar la dolorosa realidad por lo que en ocasiones, también las enfermeras debemos luchar para aceptarlo. Es importante estar juntos y obligados a guardar los secretos que el pequeño nos ha confiado ya que si se percata el declinatorio de sus confianzas fueran reveladas y su cometido no fue cumplido provocara su enojo.

9

Regresando así a etapas atrás en donde este enojo fue ocasionado al conocer el diagnóstico fatal y no es conveniente que el niño actúe así por que se volverá solitario en lugar de buscar apoyo por considerarse incapaces de sostener comunicación.

9

O'Connors, Nancy. Dejalos ir con amor. Ed. Trillas México. Pag. 69

Entonces optara por utilizar como mecanismo de defensa la regresión esto suelen hacerlo cuando se sienten solos, exigen lecturas, caricaturas y cuentos de cuando eran pequeños y se colocan en posición fetal, buscan con esto sentirse a salvo recibiendo el cariño de quienes están con ellos, no se les debe negar este consuelo pero no debemos caer en chantajes o manipulaciones, ya que en vez de ayudar al niño moribundo lo estaríamos debilitando y peor aún estaríamos sintiendo lastima y no cariño. Por el conocimiento de su muerte ya próxima y si están debilitados los niños tienden a exteriorizar a la gente que esta a su alrededor, por lo que debemos estar muy listos para que esto no suceda. Para que el niño cierre sus círculos es importante que cada uno de los familiares, amigos y miembros del equipo de salud y personas que quieren al niño moribundo y son queridos por el, se despidan antes que muera, cada quien a su manera, esto será necesario para la elaboración del duelo.

10

Según Luis Alfonso Reyes, basándose en Kugkendall sugiere como ayudar al niño padeciendo una enfermedad terminal y son:

- *Hablando siempre de la manera totalmente honesta, decirle siempre la verdad de manera que pueda entenderla y que cubra sus necesidades en su momento.*
- *No darle falsas sonrisas de aliento*
- *No se debe engañar al niño*
- *Permitirle que reaccione según su propio modo de ser, con llanto, miedo o enojo, el necesita saber y tener la seguridad de que puede demostrar sus emociones sin regaños y que siempre habrá personas a las que pueda recurrir en busca de consuelo, apoyo y compañía.*
- *Responder a las preguntas directa y simplemente, si el niño no entiende volver a preguntar y si quedo satisfecho con la respuesta cambiara de tema.*

10

Luis Alfonso Reyes. Op. Cit. Pag. 80

Las tristezas a la tensión de los adultos o amiguitos no debe impedir el dialogo honesto y franco con el niño. Conforme avance su enfermedad los niños sentirán la necesidad de despedirse, hay que darle tiempo y oportunidad de hacerlo. Lo harán de una manera directa o simbólica, podemos decirles que estamos tristes e inútiles para poder ayudarlo, entonces se sentirán bien pensando que quienes nos ayudan son ellos, así se comparte la tristeza sin hacerlos sentirse culpables por ser la causa de nuestra angustia y dolor. Hay que seguir siendo buenos con nosotros, y con la familia del niño tenemos que seguir conviviendo hasta el fin. No se debe mimar demasiado al pequeño para que no tenga la impresión negativa de "tuve que enfermarme seriamente para que me hicieran todo el caso que no me dieron antes". El niño que está muriendo sufre una enfermedad física así que siente diferente en su estado corporal, pudiendo modificar su estado de conciencia, su fortaleza es menor. Por otra parte las reacciones del niño dependerán del tipo de enfermedad, lo doloroso que está sea; su duración, la actitud de la familia, el niño, la separación de los suyos produce mayor angustia, parece ser que a partir de los 10 años, los niños visualizan la muerte igual que los adultos, los niños tienen la conciencia de su muerte con un nivel espiritual más elevado que el adulto.

Por estar sufriendo una enfermedad comprenden lo que otros no pueden, se hacen más fuertes en sabiduría interna y en conocimiento intuitivo haciendo esto de su muerte una muerte digna, para los padres la muerte de su hijo es probablemente la que encierra el dolor más grande por lo que significa tal pérdida y por lo corta que resulto. El problema comienza en el momento que hay que darle la fatal noticia a los padres, como decirlo, no existen normas para hacerlo, pero debe ser con la verdad, con respeto y con verdadero amor, es en este momento donde la presencia de la enfermera que compartió momentos con el pequeño es necesaria. La noticia se les debe dar en un sitio privado que les permita manifestar plenamente su dolor, se debe responder a todas sus dudas, hablarles del sentido de la muerte de su hijo, se les permitirá ver el cuerpo si así lo desean. La meta a cumplir es llevar a los padres a la verdadera aceptación, para ello habrá que comprender la mezcla de emociones por la que tienen que pensar, es importante que los padres

tengan recuerdos en ocasiones hacen lo posible por deshacerse de ellos, borrando así las huellas que hagan que lo recuerden. La imagen de un hijo no debe ser borrada pero se remplaza por reacciones menos dolorosas, pues muchos de los rituales del duelo se basan en los recuerdos vividos, las reacciones de los padres son respuesta a un desorden psicológico lo que hay que manejar, para lo que más pronto posible vuelvan a tener su estabilidad normal, algunas reacciones son inmediatas y otros a largo plazo. Respecto a las primeras, el tanatologo deberá seguir sus instintos, abrazar a los padres y hermanos y hasta llorar con ellos, si así le nace hacerlo y lo necesita. En cuanto a la segunda los padres oscilarán en sus estados de animó, un día van con gran claridad para el otro estar sumidos en una gran tristeza. Presentan trastornos para dormir, por lo que resulta mejor, se enfrentan a un dolor en vez de evitarlo, es frecuente sufran al tener que volver a su diaria rutina, pero esto es normal, no hay tiempo marcado para salir de esto, los días siguientes al entierro, son días muy ocupados y proporcionan momentos de distracción, lo que resulta conveniente pero cuando termina surge la soledad y la conciencia de la pena y es cuando necesitan ayuda profesional para que lloren, golpeen o expresen su ira y siga su vida como antes.

ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE LA MUERTE

11

según Gloria Novel, el apoyo y consuelo son sentimientos de efectividad emocional que se brindan a alguien, principalmente en las situaciones difíciles a las cuales se enfrenta el ser humano.

El apoyo, es una de las cualidades de la enfermera en la atención de los pacientes especialmente de los pacientes pediátricos en agonía y muerte, es un sentimiento tan especial e invaluable que se brinda, no sólo al paciente, si no también a su familia, al encausarlos a lograr la aceptación de situaciones dolorosas y orientarlos fundamentalmente a la estabilidad psicológica del paciente.

11

Gloria Novel Martí. Enfermería psicosocial. Ed. Savat. Madrid 1991. Pag. 151.

29

Generalmente, cuando el personal de enfermería apoya y consuela a los pacientes, recurre a explicaciones de contenido religioso, ideológico, cultural etc. A fin de explicar la situación tan compleja que es la muerte. Lo principal de este consuelo es la comunicación, cálida para tratar en lo medida de lo posible, evitar la depresión y conseguir la paz interior del paciente y de su familia.

Indiferencia y hostilidad

La indiferencia en ocasiones aparece cuando los amigos y parientes observan que el individuo se muestra cada vez más indiferente respecto a sus intereses habituales, que sus emociones se embotan, que su actitud se vuelve hosca y suspicaz y su conducta rara e impredecible, que adopta posturas absurdas y se preocupa excesivamente por cosas triviales. Cuando intentan que vuelva a ocuparse e interesarse normalmente en lo que sucede a su alrededor, a veces se ríe en forma inapropiada, o muestra una impasible indiferencia o estalla en súbitas e inesperadas explosiones de violencia.

El personal de enfermería generalmente no se muestra indiferente ante la agonía y la muerte, a pesar de que ocurre muchas veces en un servicio. De hecho, es bien sabido que el personal de enfermería tiene la misión de prolongar la vida, por lo que se resiste a aceptar la muerte. Cuando el personal de enfermería se vuelve indiferente, se considera que es por el exceso de mecanización que sufre, el exceso de trabajo y el tratar de huir de una situación dolorosa.

La hostilidad, es un comportamiento que lleva implícita una amenaza o una agresión real verbal o física. Es un mecanismo de defensa que permite aliviar o poner en marcha mecanismos de lucha contra la ansiedad o la frustración, generadoras de hostilidad, sin embargo, y a pesar del sentido positivo que tiene como mecanismo de defensa, en sí mismo, es autodestructivo, sobre todo si se mantiene sin resolver.

El personal de enfermería entiende que el paciente puede ser hostil por temor a la soledad y por agresión al equipo de salud, lo que no puede explicarse, es que el propio personal de enfermería sea hostil con los pacientes, por ningún motivo.

12

Dolor: el fallecimiento de alguien cercano puede causar dolor emocional y confusión durante meses, incluso años. La pérdida de una persona a la que amamos a través de la muerte, es una de las experiencias más traumáticas de la vida. Los sentimientos del dolor duran mucho tiempo, ya que la pérdida de una persona no es tan fácil de sobrellevar, máxime si el deceso ha sido de manera repentina.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES TERMINALES.

Asistencia a los padres: Cuando el médico está seguro de que el desenlace será fatal, normalmente conviene que comunique su diagnóstico a la familia de forma directa y cordial. Si es posible, hay que comunicar a los padres que su hijo tiene una enfermedad de la que no se va a recuperar cuando estén ambos presentes. Deberá utilizar palabras y una forma de hablar tranquila y sincera, y estar preparado para afrontar la angustia o la incredulidad de los padres, respondiendo a sus preguntas e informándoles de las medidas a tomar para tratar de anticiparse a lo que parece inevitable.

Dentro del tratamiento del niño afectado, se debe recomendar a los padres que afronten la situación del niño con toda la normalidad posible. Ello puede resultar difícil, si se sienten culpables o abrumados y piensan que la disciplina normal agravará el dolor o la enfermedad del niño, pero hay que animarles a que mantengan la jerarquía normal dentro de la familia.

12

Martha Guzmán Martínez. Atención al paciente en fase terminal. En la revista enfermera al día. Vol. 16 No.10 octubre 1991. Pag.24

y desaconsejar las medidas especiales, como celebrar la navidad en verano o dramatizar en público la enfermedad del niño, más que beneficiosas, puede aumentar la ansiedad del paciente. Siempre que sea posible, hay que procurar que los padres participen en los cuidados del hijo en el hospital, respetando sus obligaciones con los demás niños en casa.

También puede ser conveniente recomendarles un descanso en los cuidados del niño enfermo. A veces los sentimientos de culpa de los padres aumentan debido al deseo de que todo acabe o a la inesperada sensación de alivio o liberación según se va acercando el final. El personal médico que lo atiende deberá estar pendiente de estas reacciones y emplear las palabras adecuadas para tranquilizar a los padres y asegurarles que esos sentimientos son normales y que han hecho todo lo que se podía esperar de ellos, en una situación muy difícil y hacia la que siempre tendrán unos sentimientos muy especiales.

13

Para Dorothy Marlow, no se puede ayudar al paciente si no se tiene en cuenta a la familia, las reacciones de los familiares contribuirán mucho en la respuesta que de el paciente. Hay que entender que los familiares pasan por diferentes fases de adaptación, iguales a las del paciente: Negación y aislamiento, rabia, regateo. Cuando un paciente lllore, hable, grite, hay que dejarlo sin impedirselo, ya que tiene necesidad de compartir y expresar sus sentimientos.

El personal de enfermería está consciente de la importancia de ayudar a los padres. La mejor manera de hacerlo es: Respetar los deseos de los padres, aceptar la conducta de los padres, animar a los padres a hablar lo que quieran en cualquier momento, comprender las reacciones de los padres cuando no pueden abandonar el cuarto del niño o no pueden entrar, y permitir y ayudar a los padres a hacer cualquier cuidado que desee prestar al niño.

13

Dorothy Marlow. Enfermería pediátrica. Ed. Interamericana 4ª Edición México 1975. Pag.96.

32

Asistencia al niño: Lo que se debe decir al niño con una enfermedad mortal acerca del futuro dependerá de su situación y de las circunstancias.

A menudo se le puede explicar que tiene una enfermedad que puede durar algún tiempo y que tendrá altibajos, y que es importante que descanse adecuadamente y que realice actividades cuando se sienta en condiciones. Si se le engaña, diciéndole que tiene buen aspecto y que esta bien, se les ayuda menos que si se les reconoce con franqueza que estar enfermo no es nada divertido, y menos durante tanto tiempo.

14

Cuando la muerte sea inminente, hay que procurar que el paciente se sienta bien y que los padres estén cerca, tanto tiempo como sea posible. El médico debe de estar a su alcance, controlando sus propios sentimientos; si permite que éstos se alejen del paciente, la hostilidad del niño o de los padres (por lo que ellos consideran abandono), puede dificultar aún más la asistencia durante la fase terminal. Es importante que el médico y enfermera se interesen y preocupen constantemente para evitar que la situación emocional se deteriore en esos momentos.

Al acercarse el momento de la muerte, se debe colocar al niño en una habitación en la que puede estar a solas con los padres y las personas queridas. Un buen médico sabrá dar la dignidad apropiada a la ocasión y no aumentará la frustración o la agonía tratando de prolongar las funciones vitales mediante un exceso de actividad infructuosa.

Después de la muerte del niño, la posibilidad de que los padres se reúnan con otros que han experimentado la misma pérdida puede ser tan importante y beneficiosa como antes del fallecimiento, siempre que un profesional supervise adecuadamente dichas reuniones.

14

Nelson. Tratado de pediatría. 13ª edición. Volumen I. México 1989. Pag. 223.

EL SENTIDO DE LA MUERTE PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Para que los profesionales de enfermería proporcionen a los niños moribundos un cuidado atento y consolador, deben alcanzar un grado de comprensión de sus propios sentimientos sobre la muerte, los profesionales de enfermería pueden hacer esto con más objetividad, considerando la muerte y sus complicaciones cuando no estén enfrentándose con las crisis de un paciente terminal.

Dado que los hombres encuentran la muerte tan difícil de entender, utilizan una serie de mecanismos para enfrentar a su misterio. Algunos dan a la muerte una gran importancia y construyen grandes monumentos a sus víctimas. Algunos la niegan y expulsan de su conciencia todo pensamiento de muerte, ocultándose de su presencia. Otros afirman haberla "vencido" y explican la muerte como si fuera el fin póstico a una vida espiritual superior. Algunas personas reaccionan ante la muerte como una válvula de escape de las emociones. Las reacciones dependen de la personalidad y de la formación cultural y religiosa.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

HIPÓTESIS GENERAL

A mayor conocimientos tanatológicos del personal de enfermería, las actitudes serán positivas, ante el paciente pediátrico con una enfermedad terminal.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

A menor conocimiento tanatológico del personal de enfermería, las actitudes serán negativas, ante el paciente pediátrico con una enfermedad terminal.

HIPÓTESIS NULA

A mayor o menor conocimientos tanatológicos del personal de enfermería las actitudes serán las mismas, ante el paciente pediátrico con una enfermedad terminal.

VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente: Conocimientos tanatológicos

Indicadores: Muerte

Fase terminal

Etapas del duelo

Reacciones ante la muerte

Variable Dependiente: Actitudes del personal de enfermería

Indicadores:

Enojo

Indiferencia

Apatía

Comprensión

Apoyo

Confianza

Miedo

Angustia

Dolor

Ira

Depresión

Insatisfacción

Rechazo

Serenidad

Compañía

Llanto

Valentía

Respeto

Indicadores según la escala de Likert

- *totalmente positivos Comunicación de acuerdo a su edad*

Control de emociones

Saber escuchar

- *Positivas*

Confianza

Honestidad

Respeto

Compañía

Apoyo

Valentía

Esperanza

Comunicación

- *Indeciso*

Tensión

Angustia

Dolor

Depresión

Serenidad

- *Negativas*

Apatía

Enojo

Ira

- *Totalmente positivas*

Rechazo

Indiferencia

Compasión

Existe una correlación entre la escala de Likert y el cuestionario, que es la siguiente:

Totalmente positivas

Siempre

Positivas

Casi siempre

Indeciso

Ocasionalmente

Negativas

Rara vez

Totalmente negativas

Nunca

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que describe lo que es y analiza los hallazgos en relación a sus significados. La investigación en enfermería es de este tipo, se realiza con el fin de generar hipótesis importantes para futuros estudios experimentales; o puede simplemente ser el procedimiento para averiguar lo que son los hechos.

En este tipo de investigación se utilizan muchas y diversas técnicas de recolección de datos que incluyen: la entrevista, el cuestionario, la elaboración de informes y observaciones.

En este caso, nuestra investigación es descriptiva porque va a estudiar el fenómeno de la variable actitudes, sin alterar los resultados, si no que va a descubrir el fenómeno, tal como se presenta.

UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo lo constituye el 100% del personal de enfermería que incluyen a: Licenciadas en enfermería, enfermeras especialistas, enfermeras generales, jefes de servicio, pasantes en enfermería y enfermeras auxiliares del servicio de pediatría del Hospital General de México, que hacen un total de 250 personas.

La población la constituye exclusivamente el personal profesional que tiene contacto con los pacientes pediátricos con enfermedades terminales. De esta manera, la población son: Licenciados en enfermería, enfermeras especialistas, y enfermeras generales, que hacen un total de 120.

La muestra se obtiene utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_o}{N}$$

$$l = \frac{n_o}{N}$$

Que haciendo las conversiones resulta:

n= Tamaño de la muestra

n_o= Tamaño de la población

N= Tamaño del universo

De donde:

$$n = \frac{120}{1 \cdot \frac{120}{250}}$$

$$n = \frac{120}{1.48}$$

Que resulta 82 personas a encuestar.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios De inclusión: Se tomara en cuenta los siguientes profesionales de enfermería: Licenciados en enfermería, enfermeras especialistas y enfermeras generales de los cuatro turnos.

Criterios de exclusión: Personal de Enfermería no profesional: auxiliares de enfermería, pasantes y estudiantes de enfermería.

IV. DISTRIBUCION

DE

CUADROS Y GRAFICAS

IV. DISTRIBUCION DE CUADROS Y GRAFICAS

CUADRO No. 1

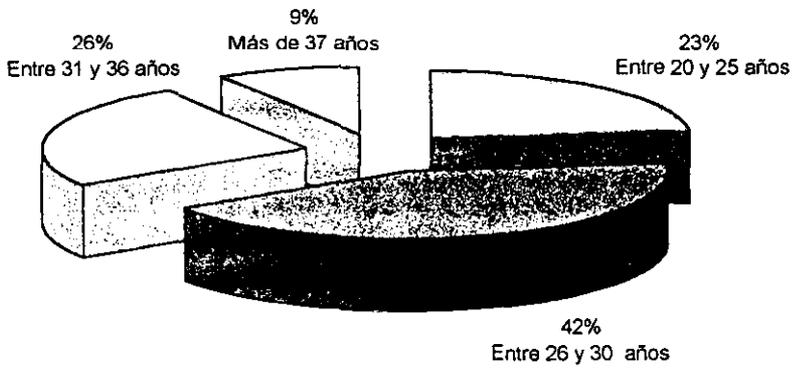
Edad del personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del Hospital General de México.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Entre 20 y 25 años</i>	<i>19</i>	<i>23</i>
<i>Entre 25 y 30 años</i>	<i>35</i>	<i>42</i>
<i>Entre 31 y 36 años</i>	<i>21</i>	<i>26</i>
<i>Mas de 37</i>	<i>7</i>	<i>9</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 1

**EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 2

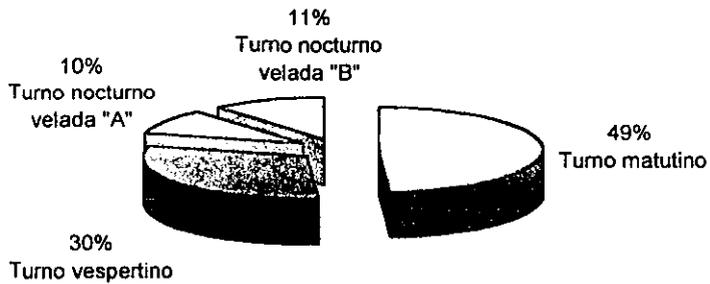
Turno del personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del Hospital General de México.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Estoy en el turno matutino</i>	<i>40</i>	<i>49</i>
<i>Estoy en el turno vespertino</i>	<i>25</i>	<i>30</i>
<i>Estoy en el turno velada "A"</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>Estoy en el turno velada "B"</i>	<i>9</i>	<i>11</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 D.F.

GRÁFICA 2

**TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL
DE MÉXICO**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 3

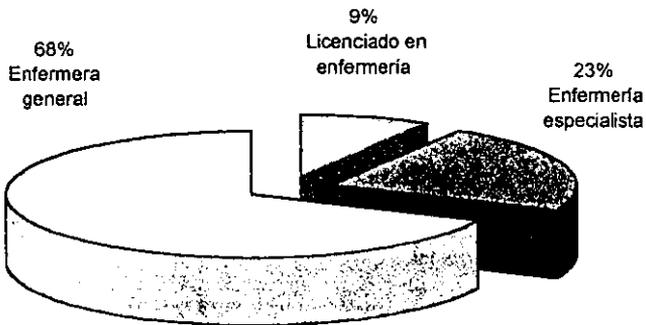
Nivel académico del personal de enfermería del servicio de hemato oncología pediátrica del Hospital General de México.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Licenciado en enfermería</i>	<i>7</i>	<i>9</i>
<i>Enfermería especialista</i>	<i>19</i>	<i>23</i>
<i>Enfermera general</i>	<i>56</i>	<i>68</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 3

**NIVEL ACADÉMICO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 4

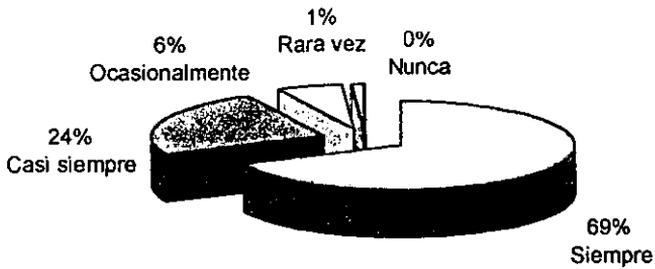
Confianza que brinda el personal de enfermería al paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>56</i>	<i>69</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>20</i>	<i>24</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>Rara vez</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Nunca</i>		
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 4

CONFIANZA QUE LE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



CUADR No. 5

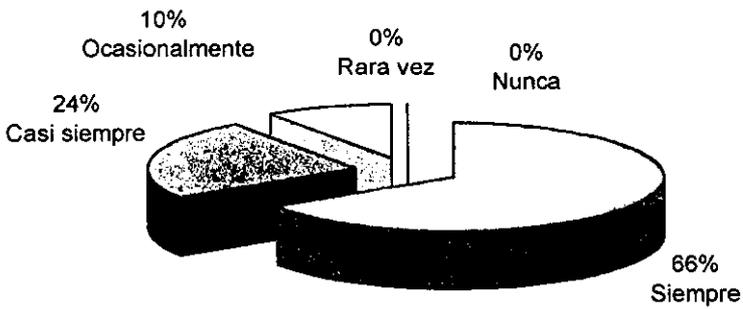
Honestidad que tiene el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	54	65
<i>Casi siempre</i>	20	24
<i>Ocasionalmente</i>	8	9
<i>Rara vez</i>		
<i>Nunca</i>		
<i>TOTALES</i>	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 5

HONESTIDAD QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 6

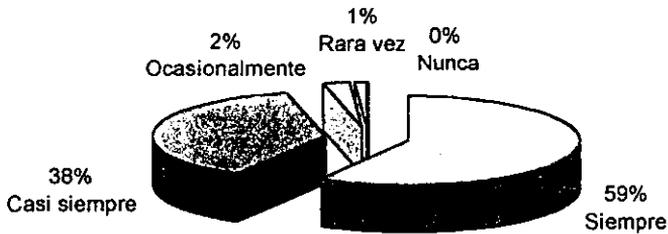
Respeto que siente el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	48	59
<i>Casi siempre</i>	31	38
<i>Ocasionalmente</i>	2	2
<i>Rara vez</i>	1	1
<i>Nunca</i>		
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 6

RESPECTO QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 7

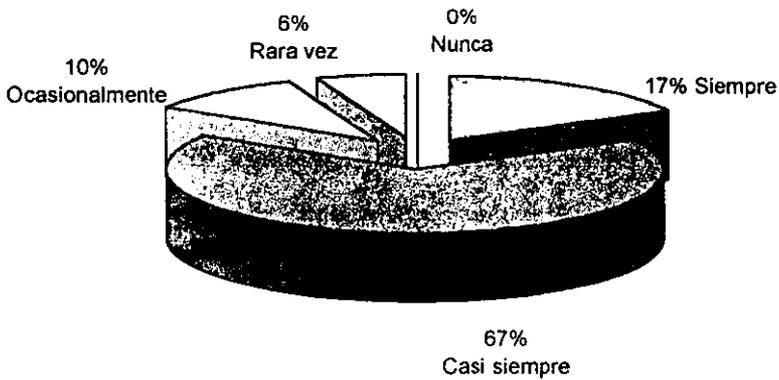
Comunicación que tiene el personal de enfermería al paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	15	18
<i>Casi siempre</i>	53	65
<i>Ocasionalmente</i>	9	11
<i>Rara vez</i>	5	6
<i>Nunca</i>		
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemeto-oncología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 7

COMUNICACIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL Y CON SU FAMILIA



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 8

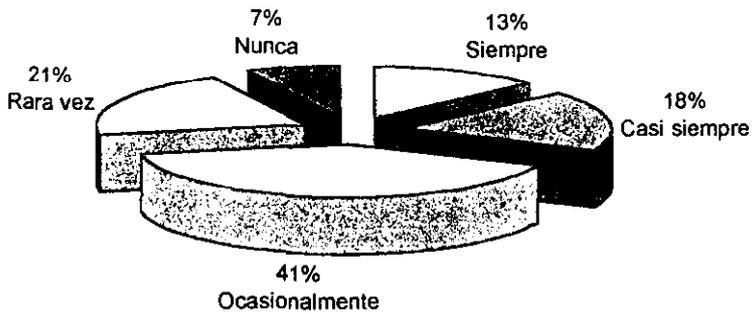
Control de emociones que tiene el personal de enfermería al atender a un paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	11	13
<i>Casi siempre</i>	15	18
<i>Ocasionalmente</i>	33	41
<i>Rara vez</i>	17	21
<i>Nunca</i>	6	7
<i>TOTALES</i>	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 8

**CONTROL DE EMOCIONES QUE TIENE EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ATENDER A UN
PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL**



CUADRO No. 9

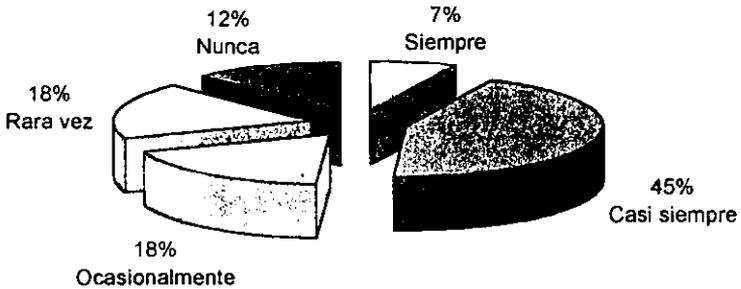
Depresión que siente el personal de enfermería al atender al paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>36</i>	<i>45</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>15</i>	<i>18</i>
<i>Rara vez</i>	<i>15</i>	<i>18</i>
<i>Nunca</i>	<i>10</i>	<i>12</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 9

DEPRESIÓN QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ATENDER AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

Cuadro No. 10

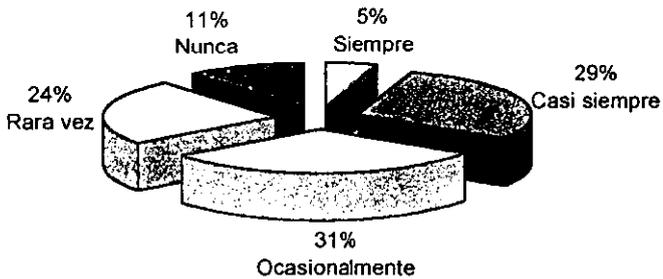
Angustia que siente el personal de enfermería al atender al paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	4	5
<i>Casi siempre</i>	24	29
<i>Ocasionalmente</i>	25	31
<i>Rara vez</i>	20	24
<i>Nunca</i>	9	11
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M. Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 10

ANGUSTIA QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ATENDER AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 11

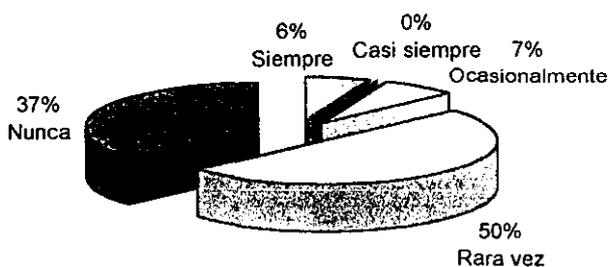
Apatía que manifiesta el personal de enfermería durante la atención del paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	5	6
<i>Casi siempre</i>		
<i>Ocasionalmente</i>	6	7
<i>Rara vez</i>	41	50
<i>Nunca</i>	30	37
<i>TOTALES</i>	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 11

APATÍA QUE MANIFIESTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 12

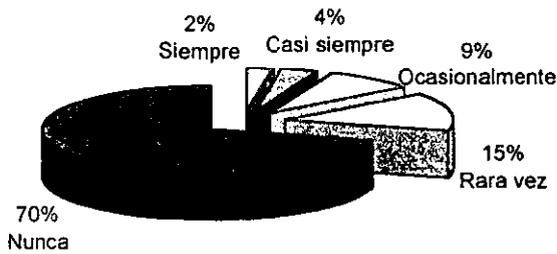
Rechazo que siente el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	2	2
<i>Casi siempre</i>	3	4
<i>Ocasionalmente</i>	7	9
<i>Rara vez</i>	12	15
<i>Nunca</i>	58	70
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 12

RECHAZO QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 13

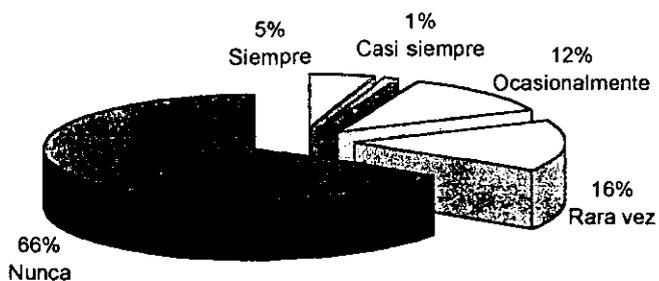
Indiferencia que tiene el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>10</i>	<i>12</i>
<i>Rara vez</i>	<i>13</i>	<i>16</i>
<i>Nunca</i>	<i>54</i>	<i>66</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100 %</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 13

INDIFERENCIA QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 14

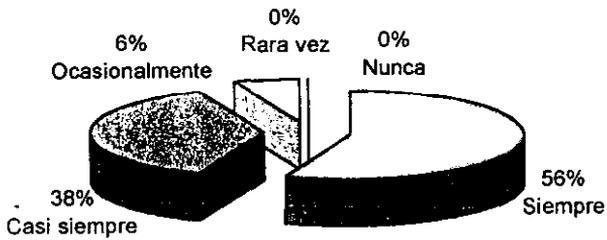
Frecuencia en que debe acudir el personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica a cursos de tanatología.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>46</i>	<i>56</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>31</i>	<i>38</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>Rara vez</i>		
<i>Nunca</i>		
<i>TOTALES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 14

FRECUENCIA EN QUE DEBE ACUDIR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA A CURSOS DE TANATOLOGÍA



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 15

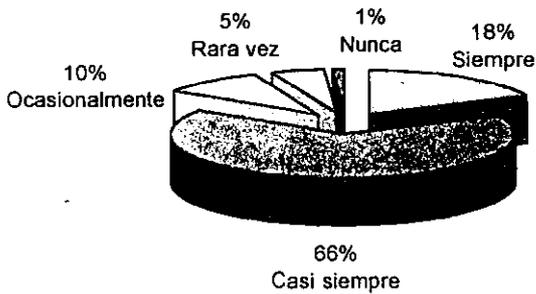
Atención que presta el personal de enfermería a la conversación del paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>15</i>	<i>18</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>54</i>	<i>66</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>Rara vez</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 15

ATENCIÓN QUE PRESTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LA CONVERSACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 16

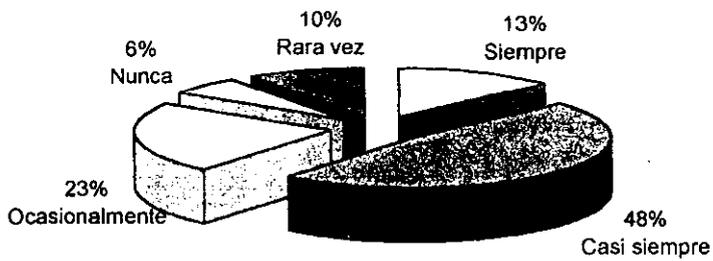
Frecuencia que el personal de enfermería acompaña al paciente pediátrico y a su familia en el proceso de la muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>11</i>	<i>13</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>39</i>	<i>48</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>19</i>	<i>23</i>
<i>Rara vez</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>Nunca</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F

GRÁFICA 16

**FRECUENCIA QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ACOMPAÑA AL PACIENTE PEDIÁTRICO Y A SU
FAMILIA EN EL PROCESO DE LA MUERTE**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 17

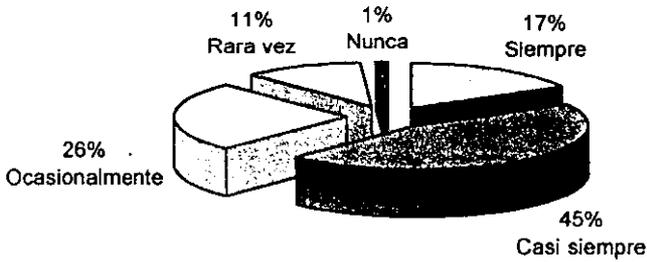
Frecuencia que el personal de enfermería proporciona apoyo emocional al paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	<i>14</i>	<i>17</i>
<i>Casi siempre</i>	<i>37</i>	<i>45</i>
<i>Ocasionalmente</i>	<i>21</i>	<i>26</i>
<i>Rara vez</i>	<i>9</i>	<i>11</i>
<i>Nunca</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 17

FRECUENCIA EN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PROPORCIONA APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL Y A SU FAMILIA



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 18

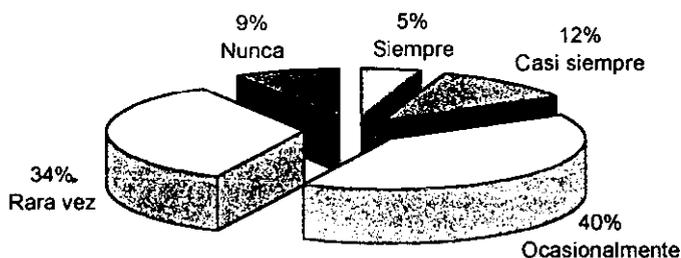
Frecuencia en que el personal de enfermería muestra valentía ante la muerte del paciente pediátrico.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	4	5
<i>Casi siempre</i>	10	12
<i>Ocasionalmente</i>	33	40
<i>Rara vez</i>	28	34
<i>Nunca</i>	7	9
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 18

FRECUENCIA EN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MUESTRA VALENTÍA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 19

Frecuencia en que proporciona comprensión el personal de enfermería al paciente pediátrico en fase terminal.

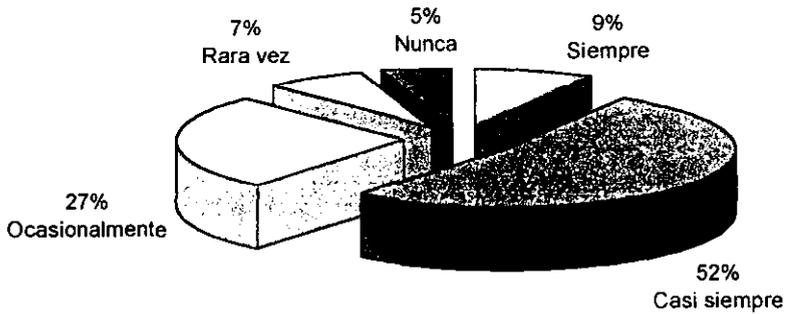
<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	7	9
<i>Casi siempre</i>	43	52
<i>Ocasionalmente</i>	22	27
<i>Rara vez</i>	6	7
<i>Nunca</i>	4	5
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizad al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

GRÁFICA 19

**FRECUENCIA EN QUE PROPORCIONA
COMPRENSIÓN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL
PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 20

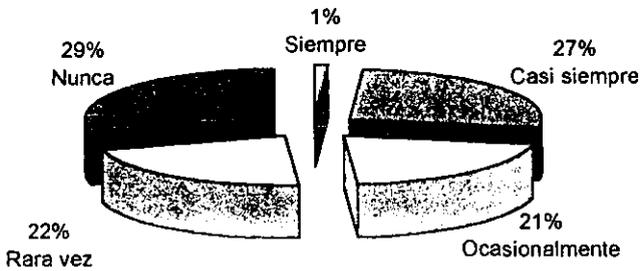
Frecuencia en la que el personal de enfermería muestra tensión al atender a un paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	1	1
<i>Casi siempre</i>	22	27
<i>Ocasionalmente</i>	17	21
<i>Rara vez</i>	18	22
<i>Nunca</i>	24	29
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 20

FRECUENCIA EN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA MUESTRA TENSIÓN AL ATENDER A UN PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 21

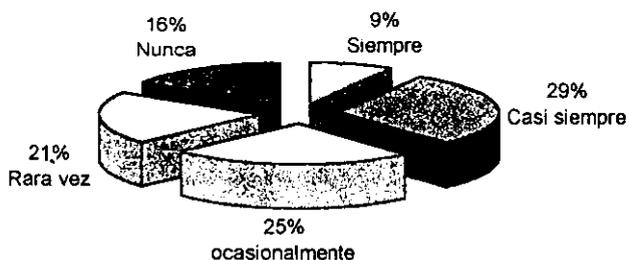
Dolor que siente el personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico

<i>OPCIONES</i>	<i>f.</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	8	9
<i>Casi siempre</i>	24	29
<i>Ocasionalmente</i>	20	25
<i>Rara vez</i>	17	21
<i>Nunca</i>	13	16
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 21

DOLOR QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 22

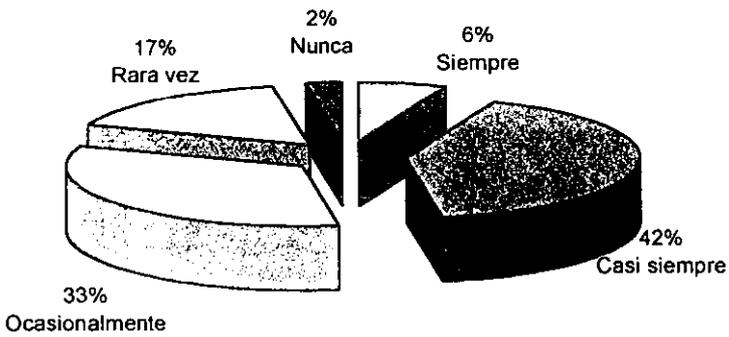
Serenidad que muestra el personal de enfermería al atender a un paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	5	6
<i>Casi siempre</i>	34	42
<i>Ocasionalmente</i>	27	33
<i>Rara vez</i>	14	17
<i>Nunca</i>	2	2
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 22

SERENIDAD QUE MUESTRA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL ATENDER A UN PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 23

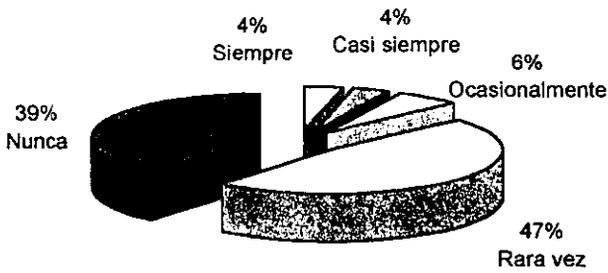
Enojo que siente el personal de enfermería ante la muerte del paciente pediátrico.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	3	4
<i>Casi siempre</i>	3	4
<i>Ocasionalmente</i>	5	6
<i>Rara vez</i>	39	47
<i>Nunca</i>	32	39
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 23

ENOJO QUE SIENTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 24

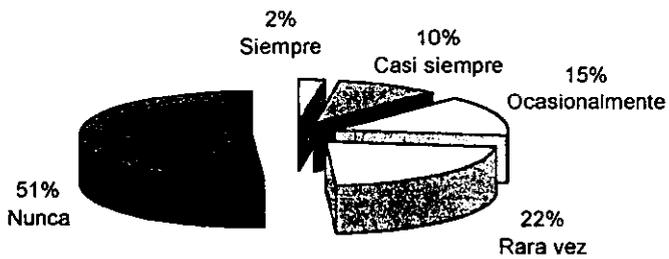
Compasión que siente el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Siempre</i>	2	2
<i>Casi siempre</i>	8	10
<i>Ocasionalmente</i>	12	15
<i>Rara vez</i>	18	22
<i>Nunca</i>	42	51
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del2000 México D.F.

GRÁFICA 24

COMPASIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL PACIENTE PEDIÁTRICO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 25

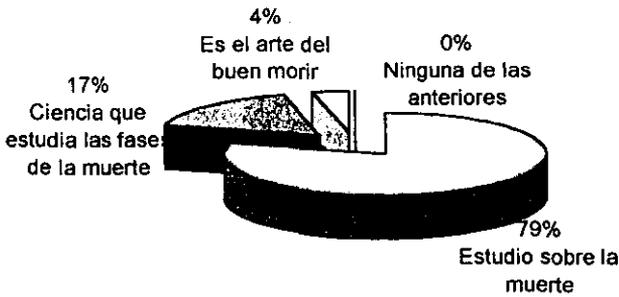
Concepto de tanatología, que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Estudio sobre la muerte</i>	65	79
<i>B) Ciencia que estudia las fases de la muerte</i>	14	17
<i>c) Es el arte de buen morir</i>	3	4
<i>D) Ninguna de las anteriores</i>		
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio hemato-oncología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 25

**CONCEPTO DE TANATOLOGÍA QUE TIENE EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 26

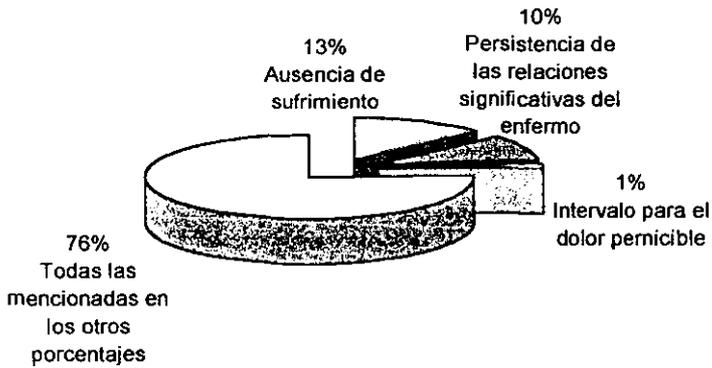
Concepto de muerte adecuada que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Ausencia de sufrimiento</i>	<i>11</i>	<i>13</i>
<i>B) Persistencia de las relaciones Significativas del enfermo</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>C) Intervalo para el dolor pernicioso</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>62</i>	<i>76</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 26

**CONCEPTO DE MUERTE ADECUADA QUE TIENE EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 27

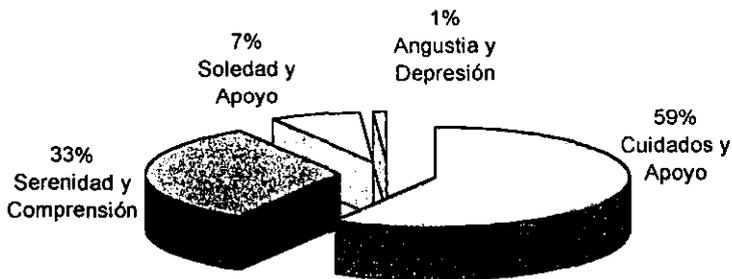
Conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los requisitos de una buena muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Cuidados y apoyo</i>	<i>48</i>	<i>59</i>
<i>B) Serenidad y comprensión</i>	<i>27</i>	<i>33</i>
<i>C) Soledad y apoyo</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>D) Angustia y depresión</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 27

**CONOCIMIENTO QUE EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
TIENE SOBRE LOS REQUISITOS DE UNA BUENA
MUERTE**



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 28

Cuales son los tipos de muerte que conoce el personal de enfermería del Hospital General de México

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Muerte aparente</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>B) Muerte clínica</i>		
<i>C) Muerte orgánica</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>79</i>	<i>96</i>
TOTALES	82	100 %

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 28

TIPOS DE MUERTE QUE CONOCE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 29

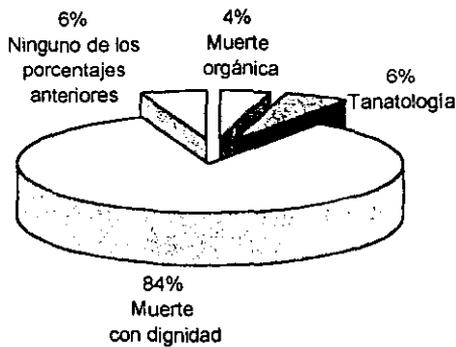
Significado de respeto a la individualidad de un paciente en trance de muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Muerte orgánica</i>	3	4
<i>B) Tanatología</i>	4	6
<i>C) Muerte con dignidad</i>	61	84
<i>D) Ninguna de las anteriores</i>	4	6
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 29

SIGNIFICADO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO ACERCA DEL RESPETO POR LA INDIVIDUALIDAD DE UN PACIENTE EN TRANCE DE MUERTE



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 30

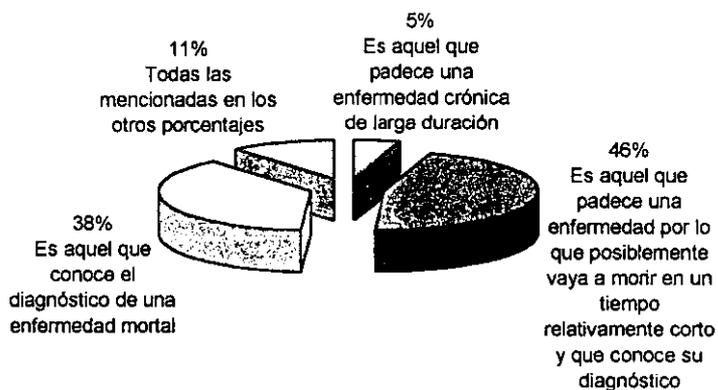
Concepto que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de enfermo terminal

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Es aquel que padece una enfermedad Crónica de larga duración</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>B) Es aquel que padece una enfermedad Por lo que posiblemente vaya a morir En un tiempo relativamente corto y que Conoce su diagnóstico</i>	<i>38</i>	<i>46</i>
<i>C) Es aquel que conoce el diagnóstico de Una enfermedad mortal</i>	<i>31</i>	<i>39</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>9</i>	<i>11</i>
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 30

CONCEPTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE ENFERMO TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 31

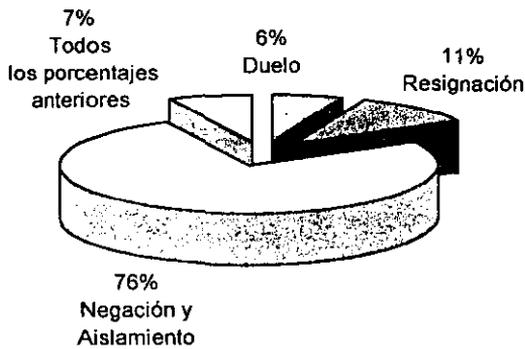
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de cual es la primera fase del procedimiento de morir.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Duelo</i>	5	6
<i>B) Resignación</i>	9	11
<i>C) Negación y aislamiento</i>	62	76
<i>D) Todas las anteriores</i>	6	7
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 31

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LA PRIMERA FASE DEL PROCESO DE MORIR



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 32

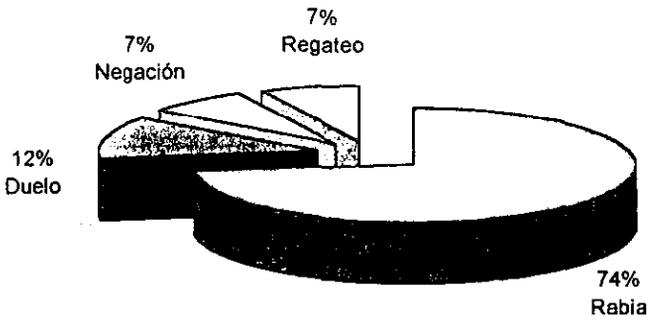
Conocimiento que tiene el personal de enfermería Hospital General de México de la segunda fase del proceso de morir.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Rabia</i>	<i>60</i>	<i>74</i>
<i>B) Duelo</i>	<i>10</i>	<i>12</i>
<i>C) Negación</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>D) Regateo</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 32

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUAL ES LA SEGUNDA FASE DEL PROCESO DE MORIR



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 33

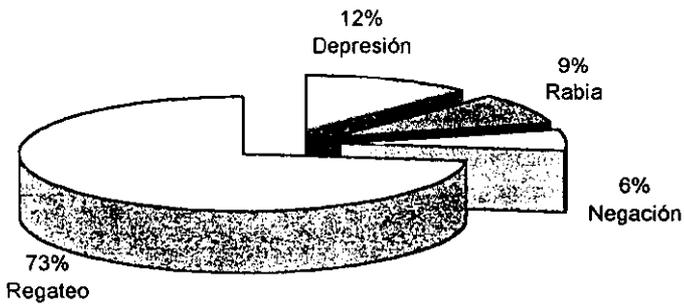
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de la tercera fase del proceso de morir.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Depresión</i>	<i>10</i>	<i>12</i>
<i>B) Rabia</i>	<i>7</i>	<i>9</i>
<i>C) Negación</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>C) Regateo</i>	<i>60</i>	<i>73</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 33

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE CUAL ES LA TERCERA FASE DEL PROCESO DE MORIR



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 34

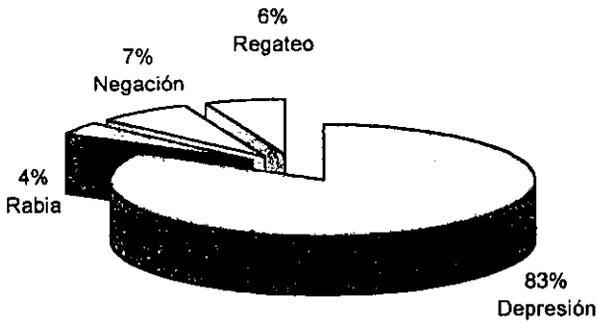
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de la cuarta fase del proceso de morir.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Depresión</i>	68	83
<i>B) Rabia</i>	3	4
<i>C) Negación</i>	6	7
<i>C) Regateo</i>	5	6
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 34

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE CUAL ES LA CUARTA FASE DEL PROCESO DE MORIR



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 35

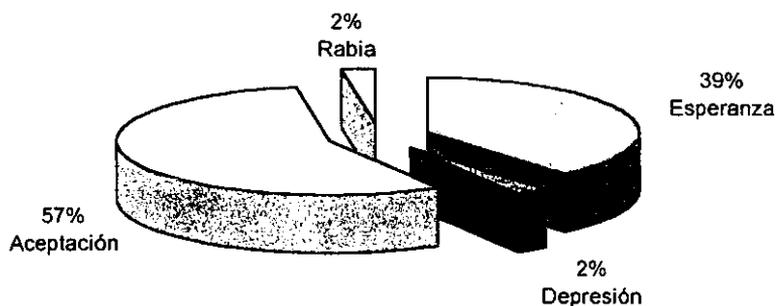
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de la quinta fase del proceso de morir.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Esperanza</i>	32	39
<i>B) Depresión</i>	1	2
<i>C) Aceptación</i>	46	57
<i>D) Rabia</i>	2	2
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 35

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE CUAL ES LA QUINTA FASE DEL PROCESO DE MORIR



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 36

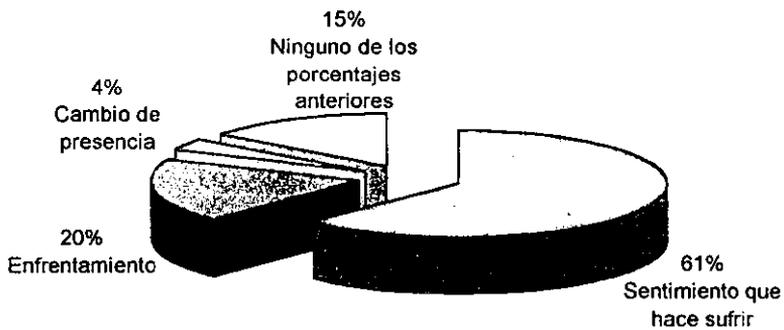
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de que es el duelo.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Sentimiento que hace sufrir</i>	<i>51</i>	<i>61</i>
<i>B) Enfrentamiento</i>	<i>16</i>	<i>20</i>
<i>C) Cambio de presencia</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>D) Ninguna de las anteriores</i>	<i>12</i>	<i>15</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 36

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE QUÉ ES EL DUELO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 37

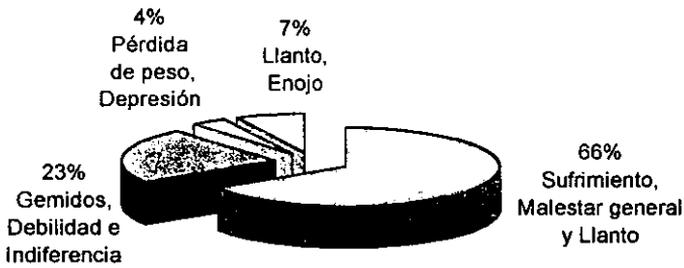
Conocimiento que tiene el persona de enfermería del Hospital General de México sobre algunas manifestaciones del duelo.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Sufrimiento, malestar general y llanto</i>	54	66
<i>B) Gemidos, debilidad e indiferencia</i>	19	23
<i>C) Perdida de peso, depresión</i>	3	4
<i>D) Llanto y enojo</i>	6	7
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 37

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE ALGUNAS MANIFESTACIONES DEL DUELO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 38

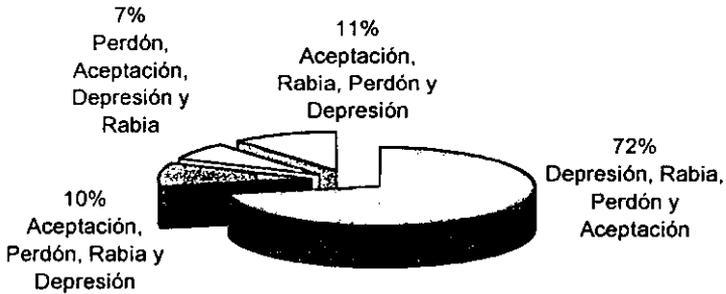
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México del orden en que se dan las etapas del duelo.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Depresión, rabia, perdón y aceptación</i>	<i>59</i>	<i>72</i>
<i>B) Aceptación, perdón, rabia y depresión</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>C) Perdón, aceptación, depresión y rabia</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>D) Aceptación, rabia, perdón y depresión</i>	<i>9</i>	<i>11</i>
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 38

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DEL ORDEN EN QUE SE DAN LAS ETAPAS DEL DUELO SEGÚN REYES LUBIRIA



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 39

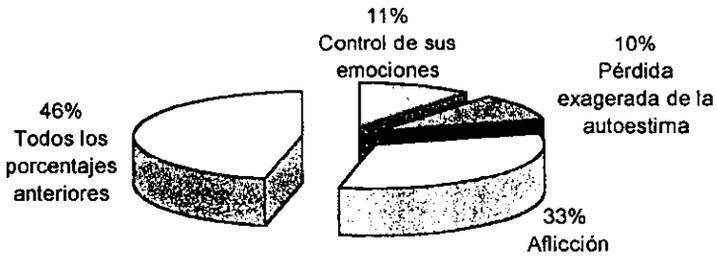
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de las manifestaciones anormales durante el duelo

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Control de sus emociones</i>	9	11
<i>B) Perdida exagerada del autoestima</i>	8	10
<i>C) Aflicción</i>	27	33
<i>D) Todas las anteriores</i>	38	47
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México D.F.

GRÁFICA 39

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LAS MANIFESTACIONES ANORMALES DURANTE EL DUELO



CUADRO No. 40

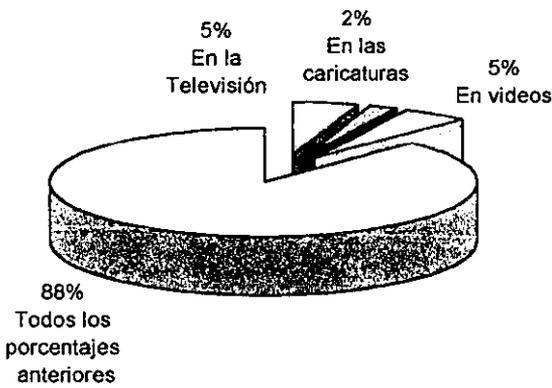
En donde observan y participan continuamente los niños a la muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) En la televisión</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>B) En las caricaturas</i>	<i>2</i>	<i>2</i>
<i>C) En videos</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>72</i>	<i>88</i>
<i>TOTALES</i>	<i>82</i>	<i>100%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del H.G.M Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 40

**DONDE OBSERVAN Y PARTICIPAN
CONTINUAMENTE LOS NIÑOS A LA MUERTE**



CUADRO No. 41

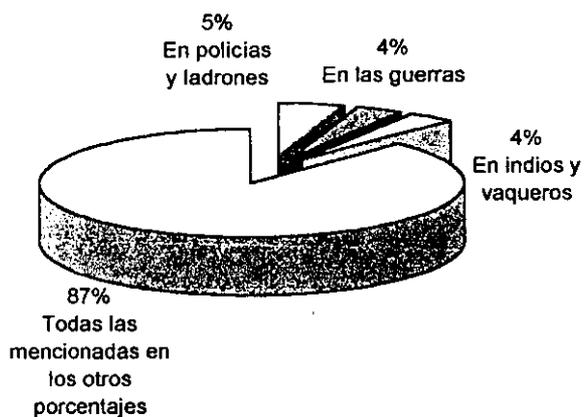
Como suelen representar los niños a la muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) En policías y ladrones</i>	4	5
<i>B) En las guerras</i>	3	4
<i>C) En indios y vaqueros</i>	3	4
<i>D) Todas las anteriores</i>	72	87
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del H.G.M Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 41

CÓMO SUELEN REPRESENTAR LOS NIÑOS A LA MUERTE



CUADRO No. 42

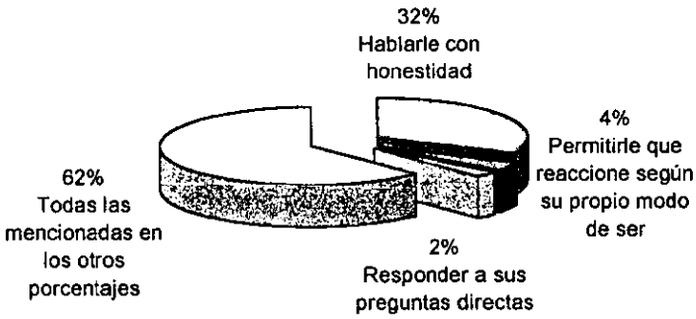
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de cómo ayudar al niño en fase terminal.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Hablarle con honestidad</i>	26	32
<i>B) Permitirle que reaccione según su Propio modo de ser</i>	3	4
<i>C) Responder a sus preguntas</i>	2	2
<i>D) Todas las anteriores</i>	51	62
TOTALES	82	%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 42

CONOCIMIENTO DE CÓMO AYUDAR AL NIÑO EN FASE TERMINAL



CUADRO No. 43

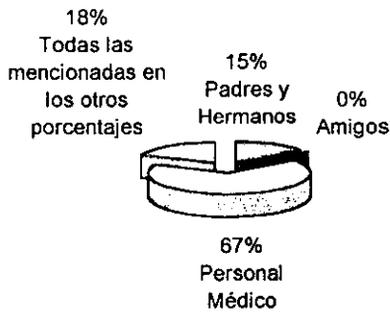
Opinión que tiene las enfermeras del Hospital General de México de quién debe hablarle del significado de la muerte al niño.

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Padres y hermanos</i>	12	15
<i>B) Amigos</i>		
<i>C) Personal médico</i>	55	67
<i>D) Todas las anteriores</i>	15	18
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 43

**OPINIÓN QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE QUIÉN
DEBE DE HABLARLE DEL SIGNIFICADO DE LA
MUERTE AL NIÑO**



CUADRO No. 44

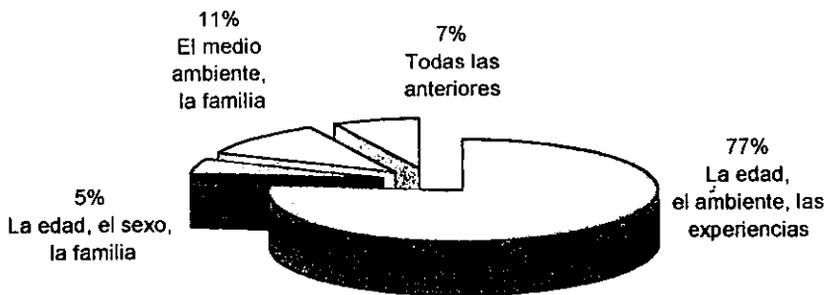
Factores que influyen en el concepto que el niño tiene sobre la muerte.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) La edad, el ambiente, las experiencias</i>	63	77
<i>B) La edad, el sexo, la familia</i>	4	5
<i>C) El medio ambiente, la familia</i>	9	11
<i>D) Ninguna de las anteriores</i>	6	7
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 44

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONCEPTO QUE EL NIÑO TIENE SOBRE LA MUERTE



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No. 45

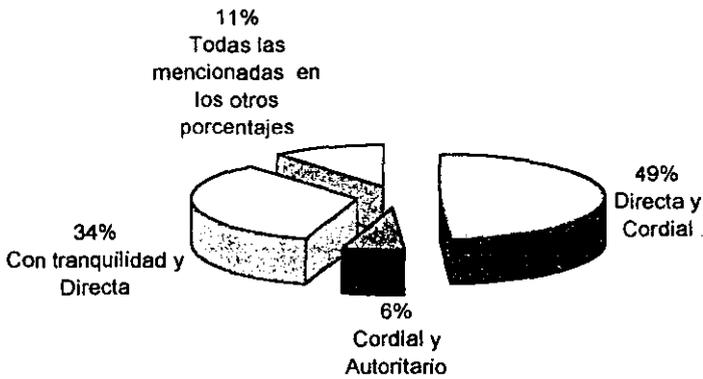
Opinión de las enfermeras del Hospital General de México de la manera en que el médico debe de comunicar el diagnóstico de una enfermedad terminal a la familia.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Directa y cordial</i>	<i>40</i>	<i>49</i>
<i>B) Cordial y autoritario</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
<i>C) Con tranquilidad y directa</i>	<i>28</i>	<i>34</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>9</i>	<i>11</i>
TOTALES	F	%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 45

OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LA MANERA EN QUE EL MÉDICO DEBE DE COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL A LA FAMILIA



CUADRO No. 46

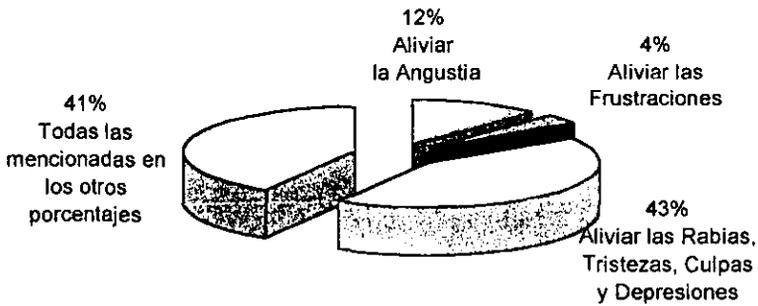
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de cuales son las funciones del tanatólogo.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Aliviar la angustia</i>	<i>10</i>	<i>12</i>
<i>B) Aliviar las frustraciones</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>C) Aliviar las rabias, tristeza, culpas Y depresiones</i>	<i>35</i>	<i>43</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>34</i>	<i>41</i>
<i>TOTALES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hematología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 46

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE LAS FUNCIONES DEL TANATOLOGO



CUADRO No. 47

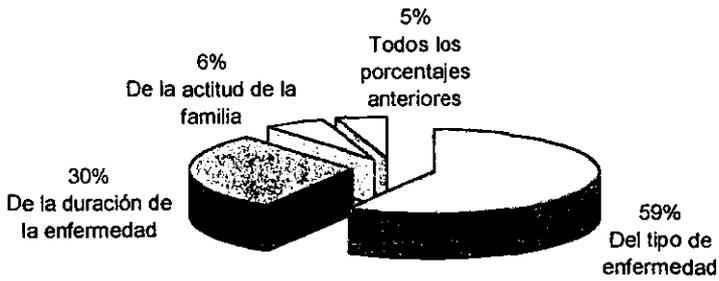
Opinión que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño en fase terminal

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Del tipo de enfermedad</i>	48	59
<i>B) De la duración de la enfermedad</i>	25	30
<i>C) De la actitud de la familia</i>	5	6
<i>D) Todas las anteriores</i>	4	5
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato-oncología del HGM. Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 47

OPINIÓN PERSONAL ACERCA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS REACCIONES DEL NIÑO EN FASE TERMINAL



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No.48

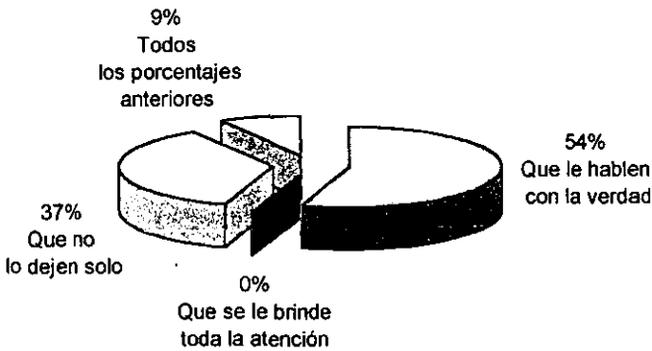
Manifestación que toma el niño cuando sabe que esta muriendo

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) Que le hablen con la verdad</i>	45	54
<i>B) Que se le brinde toda la atención</i>		
<i>C) Que no lo dejen solo</i>	30	37
<i>D) Todas las anteriores</i>	7	9
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 48

MANIFESTACIÓN QUE TOMA EL NIÑO CUANDO SABE QUE ESTA MURIENDO



FUENTE: Encuesta realizada al personal de enfermería del Servicio de Hematología y Oncología de Pediatría del Hospital General de México en julio del 2000 en México, DF.

CUADRO No.49

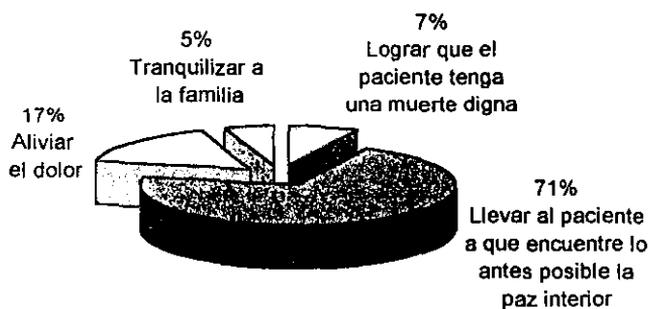
Conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de cual es la meta del tanatólogo.

<i>OPCIONES</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>A) Lograr que el paciente tenga una muerte digna</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
<i>B) Llevar al paciente a que encuentre lo Antes posible</i>	<i>58</i>	<i>71</i>
<i>C) Aliviar el dolor</i>	<i>14</i>	<i>17</i>
<i>D) Tranquilidad a la familia</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 49

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DE CUÁL ES
LA META DEL TANATOLOGO**



CUADRO No.50

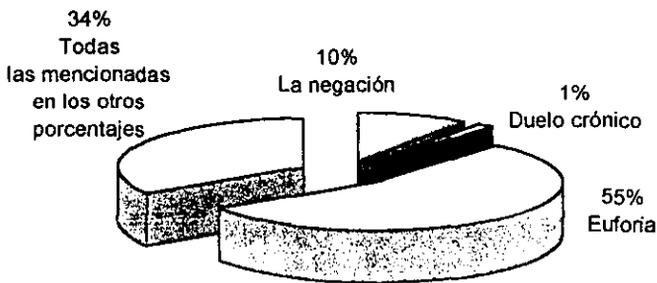
Conocimiento que tiene el persona de enfermería del Hospital General de México acerca de los tipos de duelos anormales

<i>OPCIONES</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>A) La negación</i>	<i>8</i>	<i>10</i>
<i>B) Duelo crónico</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>C) Euforia</i>	<i>45</i>	<i>55</i>
<i>D) Todas las anteriores</i>	<i>28</i>	<i>34</i>
TOTALES	82	100%

Fuente: encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de hemato oncología pediátrica del HGM Julio del 2000 México DF.

GRÁFICA 50

CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO ACERCA DE LOS TIPOS DE DUELOS ANORMALES



V. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados derivados de los cuadros presentados.

Cuadro No. 1, referente a la edad del personal de Enfermería, del servicio de Hematología y Oncología pediátrica en el Hospital General de México, se observa, que el 23% tiene entre 20 y 25 años, el 42% tiene entre 26 y 30 años, el 26% entre 31 y 36 años y el 9% más de 37 años, lo cual indica que predomina personal joven, que tiene cierta madurez para tomar actitudes en la atención al paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 2, relativo a la distribución del turno de trabajo, del personal de Enfermería, se observa que el 49% labora en el turno matutino, el 30% en el turno vespertino, el 10% en el turno nocturno velada A, y el 11% en el turno nocturno velada B, esto indica que el personal de enfermería se concentra más en el turno matutino.

Cuadro No. 3, referente al nivel académico del personal de enfermería del servicio de Hematología y Oncología pediátrica, del Hospital General de México, se observa que el 9% lo ocupa el licenciado en enfermería, el 23% la enfermera especialista, y el 68% la enfermera general, lo anterior demuestra que quienes tienen más contacto con los pacientes pediátricos en fase terminal son las enfermeras generales.

Cuadro No. 4, referente a la confianza que le brinda el personal de enfermería al paciente pediátrico en fase terminal, se observa que el 69% siempre brinda confianza, el 24% casi siempre, el 6% ocasionalmente, el 1% rara vez y el 0% nunca, esto significa que para la enfermera es muy importante la confianza que le tenga el paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 5, referente a la honestidad que tiene el personal de enfermería, ante el paciente pediátrico en fase terminal, se observó que el 66% es honesto siempre, el 24% casi siempre, el 10% ocasionalmente, rara vez y nunca el 0%, lo cual indica que el personal de enfermería es honesto ante el paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 6, en el que se ubica el respeto, que siente el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal, donde el 59% siempre tiene respeto por el paciente, el 38% casi siempre, el 2% ocasionalmente, el 1% rara vez y el 0% nunca, se observa que el personal de enfermería tiene respeto por el paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 7, referente a la comunicación que tiene el personal de enfermería con el paciente pediátrico en fase terminal y con su familia, donde el 18% siempre tiene comunicación, el 65% casi siempre, el 11% ocasionalmente, el 6% rara vez y el 0% nunca, esto indica que existen barreras en la comunicación enfermera-paciente-familia.

Cuadro No. 8, referente al control de emociones, que tiene el personal de enfermería al atender a el paciente pediátrico en fase terminal, se observó que el 13% siempre controla sus emociones, el 18% casi siempre, el 41% ocasionalmente, el 21% rara vez y el 7% nunca, esto indica que por ser pacientes en fase terminal, existe una relación más estrecha entre enfermera-paciente, lo cual hace más difícil el control de emociones del personal de enfermería.

Cuadro No. 9, relativo a la depresión, que siente el personal de enfermería al atender al paciente pediátrico en fase terminal, se observo que el 7% siempre se deprime, el 45% casi siempre, el 18% ocasionalmente, el 18% rara vez y el 12% nunca, esto indica que la mayor parte del personal de enfermería se deprime al proporcionar atención al paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 10, referente a la angustia, que siente el personal de enfermería, al atender al paciente pediátrico en fase terminal, donde el 5% siempre siente angustia, el 29% casi siempre, el 31% ocasionalmente, el 24% rara vez y el 11% nunca, lo cual indica que debido a la experiencia que tiene el personal de enfermería al atender a este tipo de pacientes, su angustia ya no se manifiesta como cuando el personal es de nuevo ingreso.

Cuadro No. 11, referente a la apatía, que manifiesta el personal de enfermería, durante la atención del paciente pediátrico en fase terminal, se observo que el 6% siempre muestra apatía, el 0% casi siempre, el 7% ocasionalmente, el 50% rara vez y el 37% nunca, esto indica que para la enfermera es importante el atender a sus pacientes de la misma manera, sin tomar en cuenta su diagnóstico.

Cuadro No. 12, referente al rechazo, que siente el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal, donde el 2% siempre siente rechazo, el 4% casi siempre, el 9% ocasionalmente, el 15% rara vez y el 70% nunca, esto significa, que la enfermera no rehuye su responsabilidad al atender a un paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 13, referente a la indiferencia que tiene el personal de enfermería ante el paciente pediátrico en fase terminal, se observo que el 5% siempre es indiferente, el 1% casi siempre, el 12% ocasionalmente, el 16% rara vez y el 66% nunca,

esto indica que el personal de enfermería no es indiferente en la atención al paciente pediátrico, cuando el personal se vuelve indiferente se considera que es por el exceso de mecanización que sufre, el exceso de trabajo y el tratar de huir de una situación dolorosa.

Cuadro No. 14, relativo a la frecuencia con la que debe acudir el personal de enfermería a cursos de Tanatología, el 56% del personal opino que siempre, el 38% que casi siempre, el 6% que ocasionalmente, esto indica que el personal de enfermería quiere estar preparado, para la atención del paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 15, relativo a la atención que presta el personal de enfermería a la conversación del paciente pediátrico en fase terminal, se observo que el 18% siempre presta atención a la conversación, el 66% casi siempre, el 10% ocasionalmente, el 5% rara vez y el 1% nunca, esto indica, que no siempre el personal de enfermería tiene el tiempo o la disposición de prestar atención a lo que sus pacientes le quieren decir.

Cuadro No. 16, referente a la frecuencia con la que el personal de enfermería acompaña al paciente pediátrico y a su familia en el proceso de la muerte, se observo que el 13% siempre los acompaña, el 48% casi siempre, el 23% ocasionalmente, el 10% rara vez y el 6% nunca, lo cual indica que el personal de enfermería en gran parte está con el paciente en el proceso de la muerte.

Cuadro No. 17, referente a la frecuencia en la que el personal de enfermería proporciona apoyo emocional al paciente pediátrico en fase terminal y a su familia, se observo que el 17% siempre proporciona apoyo, el 45% casi siempre, el 26% ocasionalmente, el 11% rara vez y el 1% nunca, lo cual indica que el personal de enfermería sabe lo importante que es para el paciente como para su familia el contar con apoyo emocional.

Cuadro No. 18, referente a la frecuencia en que el personal de enfermería muestra valentía ante la muerte del paciente pediátrico, se observó que el 5% siempre muestra valentía, el 12% casi siempre, el 40% ocasionalmente, el 34% rara vez y el 9% nunca, esto indica, que debido a la relación del personal de enfermería con estos pacientes, le es muy difícil mostrar valentía ante la muerte de uno de sus pacientes, esto es indicativo que el personal es sensible en el momento de la muerte del paciente pediátrico.

Cuadro No. 19, referente a la frecuencia con que el personal de enfermería muestra comprensión, al paciente pediátrico en fase terminal, se observó, que el 9% siempre muestra comprensión, el 52% casi siempre, el 27% ocasionalmente, el 7% rara vez y el 5% nunca, lo cual indica que el personal de enfermería sabe que en este tipo de pacientes, sus estados de ánimo son variables, por lo cual es muy importante la comprensión que se les pueda brindar.

Cuadro No. 20, referente a la tensión que muestra el personal de enfermería al atender a un paciente pediátrico en fase terminal, se observó que el 1% siempre muestra tensión, el 27% casi siempre, el 21% ocasionalmente, el 22% rara vez y el 29% nunca, lo que indica que debido a que existe personal con experiencia en atender a este tipo de pacientes, ya no les causa tensión, pero también existe personal de nuevo ingreso el cual no tiene la experiencia, y esto ocasiona tensión al estar con pacientes pediátricos en fase terminal.

Cuadro No. 21, referente al dolor que siente el personal de enfermería, ante la muerte del paciente pediátrico, se observó que el 9% siempre siente dolor, el 29% casi siempre, el 25% ocasionalmente, el 21% rara vez y el 16% nunca, lo cual indica que por el tipo de enfermedad existe un vínculo muy estrecho entre enfermera-paciente, lo cual hace doloroso para la enfermera la muerte de uno de sus pacientes.

Cuadro No. 22, referente a la serenidad, que muestra el personal de enfermería al atender a un paciente pediátrico en fase terminal, se observó que el 6% siempre muestra serenidad, el 42% casi siempre, el 33% ocasionalmente, el 17% rara vez y el 2% nunca, lo cual indica que para el personal de enfermería es muy importante que el paciente pediátrico vea, la serenidad que tiene la enfermera al atenderlo.

Cuadro No. 23, referente al enojo, que siente el personal de enfermería, ante la muerte del paciente pediátrico, se observó que el 4% siempre muestra enojo, el 4% casi siempre, el 6% ocasionalmente, el 47% rara vez y el 39% nunca, lo cual indica, que el personal de enfermería, sabe que los pacientes pediátricos en fase terminal, van a morir, por lo que su muerte no les produce enojo.

Cuadro No. 24, referente a la compasión, que siente el personal de enfermería, ante el paciente pediátrico en fase terminal, se observó que el 2% siempre muestra compasión, el 10% casi siempre, el 15% ocasionalmente, el 22% rara vez y el 51% nunca, lo cual indica, que el personal de enfermería atiende por igual a sus pacientes, sin tomar en cuenta el diagnóstico.

Cuadro No. 25, referente al concepto de tanatología que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, se observó que el 79% dice que es el estudio sobre la muerte, el 17% que es la ciencia que estudia las fases de la muerte, el 4% opina que es el arte del buen morir, lo cual indica que el personal de enfermería conoce lo que es la tanatología, que es el estudio sobre la muerte.

Cuadro No. 26, referente al concepto de muerte adecuada que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, se observó que el 13% opina que es la ausencia de sufrimiento,

el 10% dice que es persistencia de las relaciones significativas del enfermo, el 1% dice que es el intervalo para el dolor pernicioso y el 76% dice que son todas las anteriores mencionadas, lo cual indica, que el personal de enfermería tiene conocimientos tanatológicos, lo cual les permite brindar una mejor atención al paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 27, referente al conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre los requisitos de una buena muerte, se observó que el 59% opina que son cuidados y apoyo, el 33% que es serenidad y comprensión, el 7% soledad y apoyo, y el 1% angustia y depresión, lo cual indica que el personal reconoce estos requisitos, los cuales son necesarios en la atención del paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 28, referente, a los tipos de muerte, que conoce el personal de enfermería del Hospital General de México, se observó que el 3% conoce la muerte aparente, el 0% la muerte clínica, el 1% la muerte orgánica y el 96% conoce todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica, que el personal de enfermería, conoce los diversos tipos de muerte.

Cuadro No. 29, referente al significado que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, acerca de la individualidad, de un paciente en trance de muerte, se observó que el 4% opina que es la muerte orgánica, el 6% opina que es la tanatología, el 84% opina que es la muerte con dignidad y el 6% dice que no es ninguna de las antes ya mencionadas, lo cual indica que al tener conocimientos tanatológicos, el personal de enfermería, hace énfasis en la muerte con dignidad.

Cuadro No. 30, referente al concepto que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de enfermo terminal, se observó que el 5% dice que es aquel que padece una enfermedad crónica de larga duración,

El 46% es aquel que padece una enfermedad por lo que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico, el 38% dice que es aquel que conoce el diagnóstico de una enfermedad mortal y el 11% dice que son todas las anteriores mencionadas, lo cual indica que menos del 50% conoce el concepto de enfermo terminal.

Cuadro No. 31, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de cual es la primera fase del proceso de morir, se observa que él, 6% dice que es el duelo, el 11% dice que es la resignación, el 76% dice que es la negación y aislamiento, y el 7% dice que son todas las anteriores mencionadas, lo cual indica que el personal de enfermería conoce, sobre el proceso de la muerte.

Cuadro No. 32, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de cual es la segunda fase del proceso de morir, en donde el 74% dice que es la rabia, el 12% que es el duelo, el 7% que es la negación y el 7% el regateo, lo cual indica que el personal de enfermería saben como se dan las fases del proceso de morir.

Cuadro No. 33, referente al conocimiento, que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, sobre la tercera fase del proceso de morir, se observa que el 12% dice que es la depresión, el 9% que es la rabia, el 6% dice que es la negación y el 73% que es el regateo, lo cual indica que mas del 70% conoce esta fase.

Cuadro No. 34, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México sobre la cuarta fase del proceso de morir, se observa que el 83% dice que es la depresión, el 4% que es la rabia, el 7% que es la negación y el 6% que es el regateo, lo cual indica que el personal de enfermería conoce cada una de las etapas del proceso de morir.

Cuadro No. 35, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México acerca de la quinta fase del proceso de morir, donde el 39% dice que es la esperanza, el 2% que es la depresión, el 57% que es la aceptación y el 2% que es la rabia, lo cual indica que el personal conoce el orden de cómo se dan las fases del proceso de morir.

Cuadro No. 36, al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de que es el duelo, se observó que el 61% dice que es un sentimiento que hace sufrir, el 20% dice que es enfrentamiento, el 4% cambio de presencia, y el 15% ninguna de las antes mencionadas, lo cual indica que más del 60% conoce lo que es el duelo.

Cuadro No. 37, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería, del Hospital General de México, sobre algunas manifestaciones que se dan durante el duelo, se observó que el 66% dice que son sufrimientos, malestar general y sufrimiento, el 23% que son gemidos, debilidad e indiferencias, el 4% pérdida de peso y depresión, y el 7% llanto y enojo, lo cual indica que al conocer lo que es el duelo, también conoce el personal de enfermería las manifestaciones de este.

Cuadro No. 38, referente al orden en que se dan las etapas del duelo, según Reyes Zubiría, se observó que el 72% dice que es la depresión, rabia, perdón y aceptación, el 10% que son aceptación, perdón, rabia y depresión, el 7% perdón, aceptación, depresión y rabia y el 11% aceptación, rabia, perdón y depresión, lo cual indica que el personal reconoce que la etapa del duelo esta su paciente, como el familiar, lo cual le facilita la atención del paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 39, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, acerca de las manifestaciones anormales,

Durante el duelo, se observo que el 11% dice que es control de sus emociones, el 10% que es la pérdida exagerada del autoestima, el 33% que es la aflicción y el 46% que son todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que menos del 50% identifica estas manifestaciones.

Cuadro No. 40, referente a donde observan y participan continuamente los niños con la muerte, se observo que el 5% dice que en la televisión, el 2% que en las caricaturas, el 5% en videos y el 88% en todas las ya mencionadas, lo cual indica que el personal de enfermería sabe que el niño conoce la muerte.

Cuadro No. 41, referente a como suele representar los niños a la muerte, se observo que el 5% dice que en policías y ladrones, el 4% en las guerras, el 4% en indios y vaqueros, y el 87% en todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que los pacientes pediátricos saben como relacionar la muerte, lo cual para el personal de enfermería es importante ya que facilita hablar con ellos de la muerte.

Cuadro No. 42, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería de Hospital General de México, de cómo ayudar al niño en fase terminal, se observo que el 32% dice que hablándole con honestidad, 4% permitirle que reaccione según su propio modo de ser, el 2% responder a sus preguntas directamente y el 62% todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que el personal de enfermería sabe como ayudar a los niños en fase terminal.

Cuadro No. 43, referente a la opinión que tiene el personal de enfermería de quien debe hablarle del significado de la muerte al niño, se observo que el 15% dice que son los padres y los hermanos, el 67% que es el personal médico y el 18% todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que solo el 18% conoce quienes deben hablarle del significado de la muerte al niño, por lo difícil que es hablar de ella.

Cuadro No. 44, referente a los factores que influyen en el concepto que el niño tiene sobre la muerte, se observó que el 77% dice que es la edad, el ambiente y las experiencias, el 5% dice que es la edad, el sexo, la familia, el 11% el medio ambiente y la familia, y el 7% que son todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que el personal de enfermería desconoce cuales son estos factores, por lo que se le hace difícil entender porque no todos los niños tiene el mismo concepto de muerte.

Cuadro No. 45, referente a la opinión que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de la manera en que el médico comunica el diagnóstico de una enfermedad terminal a la familia, se observó que el 49% opina que debe de ser directa y cordial, el 6% cordial y autoritario, el 34% con tranquilidad y directa, y el 11% todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que la enfermera sabe de la importancia, que tiene para los familiares del paciente pediátrico en fase terminal, la manera de cómo se les informe el Dx.

Cuadro No. 46, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería de Hospital General de México, de cuales son las funciones de tanatologo, se observó que el 12% dice que del tipo de enfermedad, el 4% aliviar las frustraciones, el 43% aliviar las rabias, tristezas, culpas y depresiones y el 41% todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que solo el 43% del personal de enfermería conoce estas funciones.

Cuadro No. 47, referente a la opinión que tiene el personal de enfermería acerca de los factores que influyen en las reacciones del niño en fase terminal, se observó que el 59% dice que del tipo de enfermedad, el 30% duración de la enfermedad, el 5% de la actitud de las familias y el 5% de todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que el personal de enfermería desconoce estos factores, por lo cual no entiende las reacciones del paciente pediátrico en fase terminal.

Cuadro No. 48, referente a la manifestación que toma el niño cuando sabe que sé esta muriendo se observo que el 54% que le hablen con la verdad, el 37% que no lo dejen solo y el 9% todas las anteriores, lo cual indica que el personal de enfermería no sabe que manifestaciones toma el paciente pediátrico, por lo cual no saben como apoyarlo en ese momento.

Cuadro No. 49, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México, de cual es la meta del tanatologo, se observo que el 7% dice que es lograr que el paciente tenga una muerte digna, el 71% que es llevar al paciente a que encuentre lo antes posible la paz interior, el 17% aliviar el dolor y el 5% tranquilizar a la familia, lo cual indica que mas del 70% del personal de enfermería conoce la meta del tanatologo.

Cuadro No. 50, referente al conocimiento que tiene el personal de enfermería del Hospital General de México de los tipos de duelos anormales, se observo que el 10% dice que es la negación, el 1% que es el duelo crónico, el 55% que es la euforia, y el 34% que son todas las anteriores ya mencionadas, lo cual indica que solo el 43% sabrá identificar cuando exista un duelo anormal.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones: Se lograron los objetivos de la investigación al analizar las actitudes del personal de Enfermería en el Hospital General de México, para con los pacientes pediátricos con una enfermedad terminal. Se pudo identificar que existen actitudes negativas del personal de Enfermería ante la muerte del paciente. Las principales actitudes negativas encontradas son las siguientes: rechazo, indiferencia, apatía, enojo y compasión.

Se encontró además que el personal de Enfermería se torna indiferente en el momento de la muerte, se enoja y muestra rechazo, perdiendo la calidez. Esto desde luego es producto de la frustración y de la impotencia del personal de Enfermería ante el hecho de la muerte.

Se encontraron actitudes calificadas como positivas entre las que destaca, la confianza, honestidad, respeto, compañía, apoyo, y valentía. De la misma manera, las actitudes negativas como la apatía, la ira, el enojo y la compasión se hicieron presentes demostrando que el personal de Enfermería requiere de una capacitación que permita auxiliar a este personal y enfrentar con mayor madurez el proceso de la muerte.

En torno al marco teórico se estudió la variable actitudes del personal de enfermería, de manera exhaustiva con apoyo de fuentes bibliográficas, lo que permitió estudiar los conceptos básicos de actitudes y de muerte, las reacciones ante la muerte: Psicológicas, socioculturales y económicas. Se estudiaron las etapas de las respuestas emocionales ante la muerte en las que se encontraron: negación y aislamiento, negociación, depresión y aceptación.

Parte importante del marco teórico, lo constituyen las actitudes del personal de Enfermería ante la muerte como son: apoyo y consuelo, indiferencia,

hostilidad y dolor. De igual forma, se analizaron los cuidados de Enfermería a los pacientes pediátricos con enfermedades terminales como son: asistencia a los padres y asistencia a los pacientes pediátricos.

En relación a la metodología, ésta se considera una investigación de tipo descriptiva. Las técnicas e instrumentos de investigación utilizadas fueron la entrevista y los cuestionarios. Los criterios de inclusión empleados tomaron en cuenta al personal de enfermería que tiene contacto con los pacientes pediátricos, siempre y cuando fuese profesional. En los criterios de exclusión, se tomo en cuenta al personal de Enfermería no profesional.

En relación con la instrumentación estadística, la encuesta se aplicó a 82 profesionales de enfermería de los cuatro turnos.

*Se comprobó la hipótesis general que dice:
A mayor conocimientos tanatológicos del personal de enfermería, las actitudes serán positivas, ante el paciente pediátrico en fase terminal.
Asimismo, se disprueba la hipótesis de trabajo que dice: A menor conocimientos tanatológicos del personal de enfermería, las actitudes serán negativas, ante el paciente pediátrico en fase terminal.*

Recomendaciones:

Hacer consciente al personal que la poca veda que tenga el paciente la viva de la mejor manera posible y esto evitará sentirse impotentes.

Brindar confianza a los pacientes para hacer que éstos se sientan más seguros y menos temerosos hacia el personal y más aun su enfermedad por difícil que esta sea.

Permitir que los pacientes reaccionen según su propio modo de ser: con llanto, con miedo, con enojo, ya que ellos necesitan tener la seguridad de que pueden manifestar sus emociones sin trabas, ni regaños.

Ofrecer atención de calidad y calidez y esto se obtiene con la continua capacitación, ya que es bueno para la satisfacción personal y del paciente.

Recordar que cada paciente por pequeño que sea y solicite nuestra atención, merece todo el respeto en todas y cada una de sus decisiones, además del respeto que se debe tener a su persona.

Tratar con cortesía y amabilidad a los pacientes y esto se logra queriendo nuestra profesión.

Entender que es difícil aceptar una enfermedad terminal, por lo que es necesario aprender acerca de su enfermedad y brindarles una mejor atención.

Recordar que se requiere de paciencia. Esta es una cualidad importante, que todo el personal debe tener, por que el paciente muchas veces actúa de manera negativa. Esto se requiere para aliviar su tensión y miedo al estar en un hospital.

Tratar de no deprimirse es difícil cuando el paciente fallece porque a veces lo llegamos a sentir como parte de nosotros. Por tanto, hay que ser realistas y comprender que no podemos ser parte de él.

No rechazar al paciente con una enfermedad terminal, ya que de esta manera, estamos dándole ayuda moral. Es necesario que él sepa que lo apoyamos, que estamos con el y que sabemos que sufre.

Hablar siempre de manera honesta con los pacientes, diciéndoles la verdad, de tal manera, que pueda entenderla y que cubra sus necesidades de ese momento.

Brindar confianza al paciente, para que éste exprese sus temores aliviando su ansiedad.

Ayudar a los familiares en los momentos de la agonía, asegurándoles intimidad, permitiéndoles el acceso al paciente y mostrándoles amabilidad y consuelo.

Permitir que el niño ingiera los alimentos que sean de su agrado. Esto le ayuda en su estado nutricional y satisface su necesidad alimenticia.

Administrar los medicamentos para aliviar el dolor, antes de que éste sea muy intenso.

Informar de manera clara, concisa y realista a las familia para que se sientan tomados en cuenta y que se sientan seguros de que se hace todo por sus pacientes.

Dar cursos de tanatología a las enfermeras que se encuentran en los servicios de Hematología , Oncología y Cuidados intensivos para sensibilizarlas.

Tratar de que el paciente se integre a su entorno de manera positiva, a pesar de que sepa de su enfermedad, y ayudarlo a que acepte su propia muerte.

Evitar tener sentimientos de culpa ante la muerte del paciente pediátrico, capacitando al personal de enfermería para brindar mejor calidad de vida al paciente con una enfermedad terminal.

Aceptar la muerte como tal para poder apoyar al paciente y familiares y darles el consuelo necesario.

Cuando la muerte es inevitable, es importante resaltar que el paciente no se sienta culpable, ya que esto influye psicológicamente y poco a poco va afectando, de ahí que aprenda a manejar sus sentimientos en el momento indicado.

Recordar que los niños recuerdan sucesos de por vida. Ayúdalos a crear recuerdos en momentos de tristeza en vez de tratar de hacer a un lado, descartar u olvidar lo que ha sucedido.

Hacer negociaciones con los pacientes que se requiera, dependiendo del grado de avance de su enfermedad.

Capacitar al personal de enfermería as tratar al paciente pediátrico con una enfermedad terminal, motivando a las enfermeras para que siempre muestren una actitud positiva para evitar que el paciente se deprima.

Sensibilizar al personal de enfermería, de no hacer comentarios a personas ajenas respecto al pronóstico del paciente.

Motivar al personal para que acuda a cursos de relaciones humanas para que les ayude a disminuir el estrés acumulado.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Subraye la respuesta, en base a su experiencia en la atención al paciente pediátrico en fase terminal.

1.- *¿Cuál es su edad?*

.....

2.- *¿Cuál es su turno de trabajo?*

.....

3.- *¿Cuál es su nivel académico?*

.....

4.- *¿ Brinda confianza a los pacientes pediátricos en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

5.- *¿Es usted honesto ante el paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

6.- *¿ Tiene usted respeto ante el paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

7.- ¿ Tiene usted comunicación con el paciente pediátrico en fase terminal y con su familia?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

8.- ¿ Tiene usted control de sus emociones cuando atiende a un paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

9.- ¿ Se deprime cuando brinda atención al paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

10.- ¿ Le produce angustia el atender a un paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

11.- ¿ Manifiesta apatía durante la atención al paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

12.- ¿ Siente usted rechazo ante el paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

13.- ¿ Es usted indiferente ante un paciente pediátrico en fase terminal?

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

14.- *¿ Cada cuando cree usted que se debe de ir a cursos de tanatología, para el manejo del paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

15.- *¿ Presta usted atención a la conversación de los pacientes pediátricos en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

16.- *Acompaña al paciente y a su familia en el proceso de la muerte?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

17.- *¿ Proporciona apoyo emocional al paciente pediátrico en fase terminal y a su familia?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

18.- *¿ Muestra usted valentía ante la muerte de un paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

19.- *¿ Proporciona comprensión al paciente pediátrico en fase terminal y a su familia?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

20.- *Al atender a un paciente pediátrico en fase terminal muestra usted tensión?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

21.- *¿ Siente usted dolor ante la muerte de un paciente pediátrico?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

22.- *¿ Se muestra usted sereno al atender a un paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

23.- *¿ Muestra usted enojo ante la muerte del paciente pediátrico?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

24.- *¿ Siente usted compasión ante el paciente pediátrico en fase terminal?*

Siempre Casi siempre Ocasionalmente Rara vez Nunca

25.- *¿ Etimológicamente tanatología es?*

- A).- Estudio sobre la muerte*
- B).- Ciencia que estudia las fases de la muerte*
- C).- Es el arte del buen morir*
- D).- Ninguna de las anteriores*

26.- *¿ Que es muerte adecuada?*

- A).- Ausencia de sufrimiento*
- B).- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo*
- C).- Intervalo para el dolor pernicioso*
- D).- Todas las anteriores*

27.- *¿ Mencione dos requisitos previos de una buena muerte?*

- A).- *Cuidados Y Apoyo*
- B).- *Serenidad y Comprensión*
- C).- *Soledad y Apoyo*
- D).- *Angustia Y Depresión*

28.- *¿ Cuales son los tipos de muerte?*

- A).- *Muerte aparente*
- B).- *Muerte clínica*
- C).- *Muerte orgánica*
- D).- *Todas las anteriores*

29.- *¿ El respeto por la individualidad de un paciente, en trance de muerte significa?*

- A).- *Muerte orgánica*
- B).- *Tanatología*
- C).- *Muerte con dignidad*
- D).- *Ninguna De las anteriores*

30.- *¿ Que es un enfermo terminal?*

- A).- *Es aquel que padece una enfermedad crónica de larga evolución*
- B).- *Es aquel que padece una enfermedad por lo que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico*
- C).- *Es aquel que conoce el diagnóstico de una enfermedad terminal*
- D).- *Ninguna De las anteriores*

31.- *¿ La primera fase del proceso de morir es?*

- A).- *Duelo*
- B).- *Resignación*
- C).- *Negación y Aislamiento*
- D).- *Regateo*

32.- *¿ La segunda fase del proceso de morir es?*

- A).- *Rabia*
- B).- *Duelo*
- C).- *Negación*
- D).- *Regateo*

33.- *¿ La tercera fase del proceso de morir es?*

- A).- *Depresión*
- B).- *Rabia*
- C).- *Negación*
- D).- *Regateo*

34.- *¿ La cuarta fase del proceso de morir es?*

- A).- *Depresión*
- B).- *Rabia*
- C).- *Negación*
- D).- *Regateo*

35.- *¿ La quinta fase del proceso de morir es?*

- A).- *Esperanza*
- B).- *Depresión*
- C).- *Aceptación*
- D).- *Rabia*

36.- *¿Que es duelo?*

- A).- *Sentimiento que hace sufrir*
- B).- *Enfrentamiento*
- C).- *Cambio de presencia*
- D).- *Ninguna de las anteriores*

37.- *¿ Mencione algunas manifestaciones del duelo?*

- A).- *Sufrimiento, Malestar general y Llanto*
- B).- *Gemidos, Debilidad, e Indiferencia*
- C).- *Perdida de peso, Problemas para concentrarse*
- D).- *Dificultad para hablar, Llanto y Enojo*

38.- *¿ En que orden se dan las etapas del duelo?*

- A).- *Depresión, Rabia, Perdón, Aceptación*
- B).- *Rabia, Depresión, Aceptación, Perdón*
- C).- *Perdón, Aceptación, Rabia, Depresión*
- D).- *Aceptación, Rabia, Perdón, Depresión*

39.- *¿ Una manifestación anormal durante el duelo es'*

- A).- *Control de sus emociones*
- B).- *Pérdida exagerada del autoestima*
- C).- *Aflicción*
- D).- *Todas las anteriores*

40.- *¿ Donde observan y participan los niños continuamente con la muerte?*

- A).- *En caricaturas*
- B).- *En videos*
- C).- *En la televisión*
- D).- *Todas las anteriores*

41.- *¿ Como suelen representar los niños a la muerte?*

- A).- *En policías y ladrones*
- B).- *En las guerras*
- C).- *En indios y vaqueros*
- C).- *Todas las anteriores*

42.- ¿ Como ayudar al niño en fase terminal?

- A).- *Hablándole con honestidad*
- B).- *Permitirle que reaccione según su modo de ser*
- C).- *Responder a sus preguntas directas*
- D).- *Todas las anteriores*

43.- ¿ Quien debe hablarle del significado de la muerte al niño?

- A).- *Los padres y hermanos*
- B).- *Loa amigos*
- C).- *El personal médico*
- D).- *Todos los anteriores*

44.- ¿ Que factores influyen, en el concepto que el niño tiene sobre la muerte?

- A).- *La edad, el ambiente, las experiencias*
- B).- *La edad, el sexo, la familia*
- C).- *El medio ambiente, la familia*
- D).- *Ninguna de las anteriores*

45.- ¿ De que manera el médico debe comunicar el diagnóstico de una enfermedad mortal a la familia?

- A).- *Directa y cordial*
- B).- *Cordial y autoritario*
- C).- *Tranquilo y directo*
- D).- *Todas las anteriores*

46.- ¿ Las funciones del tanatologo son?

- A).- *Aliviar las angustias*
- B).- *Aliviar las frustraciones*
- C).- *Aliviar las rabias, tristezas, culpas y depresiones*
- D).- *Todas las anteriores*

47.- ¿ De que factores influyen las reacciones del niño en fase terminal?

- A).- Del tipo de enfermedad
- B).- De la duración de la enfermedad
- C).- De la actitud de la familia
- D).- Todas las anteriores

48.- ¿ Que manifestación toma el niño cuando sabe que esta muriendo?

- A).- Quiere que le hablen con la verdad
- B).- Que se le brinde toda la atención a el
- C).- Que no lo dejen solo
- D).- Todas las anteriores

49.- ¿ Cual es la meta del tanatologo?

- A).- Lograr que el paciente tenga una muerte digna
- B).- Llevar a sus pacientes a que encuentren lo antes posible la paz interior
- C).- Aliviar el dolor
- D).- Tranquilizar a la familia

50.- ¿ Cuales son los tipos de duelos anormales?

- A).- La negación
- B).- Duelo crónico
- C).- Euforia
- D).- Todas las anteriores

GLOSARIO DE TERMINOS

ACTITUD

Forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, la actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado.

AISLAMIENTO

Mecanismo de defensa, proceso fisiológico por el que se permite que los hechos reales de una experiencia permanezcan en la conciencia, pero en condiciones en que se rompen las relaciones existentes entre estos hechos y las emociones o los impulsos relacionados con ellos.

ANGUSTIA

Estado anímico de extremada inquietud ante un peligro no definido, el individuo que experimenta angustia se siente desarmado e impotente ante una amenaza vaga, inexplicable e indeterminada.

APATÍA

Estado anímico de una persona caracterizado por falta de vigor o energía, la desidia y la insensibilidad a las estimulaciones afectivas.

COMUNICACIÓN

Proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes.

COMPASIÓN

Sentimiento de ternura y lástima que se tiene del trabajo, desgracia o mal que padece alguno.

COMPRESIÓN

Alcance intuitivo de una conexión natural entre hechos en la vida de una persona y su estado psicológico. Tiene gran valor para conducir problemas.

COMPORTAMIENTO

Acción o reacción que una persona manifiesta con respecto al ambiente.

CONVERSACIÓN

Relación interhumana por medio del lenguaje, que se expresa mediante la palabra, la audición y la comprensión, del significado de lo que se dice.

CONDUCTA

Toda actividad del ser humano que es susceptible de ser observada por otra persona, o como toda actividad motora.

DEPRESIÓN

Se caracteriza en general por una sensación de tristeza, melancolía y desaliento acompañados de indiferencia, apatía y un decrecimiento de la estima de si mismo.

DOLOR

Sentimiento anímico de sufrimiento producido por una gran contrariedad.

DUELO

Demostración de pesar o sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

EMOCION

Estado afectivo que transforma de un modo momentáneo pero brusco el equilibrio de la estructura psicofísica del individuo.

ENOJO

Alteración producida en el animo de una persona como resultado de algo que le contraría o perjudica.

ENFERMEDAD TERMINAL

Es aquella en la que ya no es efectiva la terapéutica instituida y el periodo que resta de vida es corto.

ENFERMO TERMINAL

Es aquel que padece una enfermedad por lo que posiblemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto y que conoce su diagnóstico.

FRUSTRACIÓN

Estado de tensión emocional aumentada por fracaso en el logro de satisfacciones o gratificaciones, generalmente como consecuencia de fuerzas externas o internas.

HIPÓTESIS

Proposición cuya verdad o validez no se cuestiona en un primer momento, pero que permite iniciar una cadena de razonamientos que luego pueden ser adecuadamente verificados.

HONESTIDAD

Conforme a lo que exige el pudor y la decencia o que no se opone a las buenas costumbres.

INDIFERENCIA

Es un estado de ánimo en que no se siente inclinación ni repugnancia hacia un individuo o situación determinada. Es utilizada comúnmente como mecanismo de defensa hacia lo que provoca dolor o cualquier sentimiento desagradable.

MIEDO

Emoción desagradable, que puede asumir grandísima violencia, provocada por una situación de peligro que puede ser actual o anticipada, e incluso fantástica. Es acompañada por un estado orgánico que se considera como reacción preparatoria, característica, aunque no específica.

MUERTE

Interrupción irreversible de la vida.

NEGOCIACIÓN

Recurso del que se vale cierta persona enferma, al querer cambiar todo lo que tiene para recuperar su salud, independientemente de lo que tenga que hacer.

RECHAZO

Es un estado de excluir, abandonar, expulsar o permanecer indiferente hacia un sujeto inferior. Son reacciones de resistencia que se tienen hacia algo o alguien.

RESPETO

Sentimiento o actitud deferente o sumisa con que se trata algo o alguien. Sentimiento que lleva a reconocer los derechos, la dignidad o decoro de una persona.

SENTIMIENTO

Sensación que se tiene, especialmente la interna o moral, que expresa alguna persona ante circunstancias que se relacionan al momento de enterarse de algún suceso.

SERENIDAD

Estado de tranquilidad, exento de toda agitación o perturbación.

TANATOLOGIA

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

TENSIÓN

Actitud y estado del que espera, tiende algo con angustia, temor o en un fuerte estado emocional.

VII. BIBLIOGRAFÍA

AMMÉ Alfonso y J. Swills Hillel. Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. Ed. Manual Moderno. México, 1988. 553pp.

ALTSCHUL, Annie. Manual de Enfermería psicológica. Ed. Continental. 3ª. Ed. México, 1982. 352pp.

ALVA, Mario. Compendio de medicina forense. Ed. Francisco Méndez Cervantes, México, 1991. 225pp.

ANASTASI Anne, y Susana Urbina. Test psicológicos. Séptima edición. Ed. Prentice Hall. 590pp.

BALSEIRO Almario Lsty Investigación de enfermería. Ed. Prado 1991, México 247pp.

BLUMER, Jeffrey L. Cuidados intensivos en Pediatría. Ed. Mosby 3ª. Ed. Madrid, 1993, 1049pp.

BROADRI, Violet. Enfermería pediátrica. Ed. Harla. 3ª. Ed. México, 1985. 665pp.

BUFALINO Erb Koizier. Fundamentos de Enfermería. Ed. Interamericana. México 247pp.

BUNGE, Mario. La investigación científica. Ed. Ariel. 2ª. Ed. Barcelona, 1969. 465pp.

COHEN, Lipkin. Atención emocional del paciente. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1980. 277pp.

DUMONT, Eleanor. Manual de Enfermería Pediátrica. Tomo II. Ed. Interamericana. México, 1984. 451pp.

FAGOTHEY, Austin. Ética, teoría y aplicación. Ed. Interamericana. México, 1973. 415pp.

GOMEZ, Ma. Carmen. Enfermería Pediátrica. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona, 1992. 413pp.

GUZMÁN, Martha. Atención al paciente en fase terminal. En la revista: Enfermera al día. Vol. 16. No. 10 Octubre. Ed. Internacional. México, 1991. 30pp.

HAUSS, Kurt. Fundamentos de psicología médica. Ed. Herder. Barcelona, 1982. 589pp.

ENDERSON, Harmer. Tratado de Enfermería. 2ª ed. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 992pp.

HO, Mary y Charles E. Diagnóstico y tratamiento de urgencias. Ed. Manual Moderno, 2ª ed. México, 1991. 877pp.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. Una luz se apaga. Ed. Pax-México, 4ª ed. México, 1987. 730pp.

LIORENS, José y cols. Pediatría para enfermeras. Ed. Jims. Madrid, 1879. 730pp.

LIPKIN, Gladis y Berta G. Cohen. Cuidados de Enfermería en el paciente con conducta especial. Ed. Doyma, Madrid, 1987. 263pp.

LOPEZ C. José Luis. Método e hipótesis científicas. Ed. Trillas México, 1986. 111pp.

LORRAINE Sherr. Agonía, muerte y duelo. Ed. Manual Moderno. 3ª. Rempresión. México 1999. 273pp.

LUCILLE E. Notter. Principios de la investigación en enfermería. Ed. Doyma Madrid. 312pp.

MARLOW, Dorothy. Enfermería pediátrica. Tomo I. Ed. Panamericana, 6ª, ed. México, 1991. 604pp.

MARTINEZ, Salvador y Luis Saldivar. Medicina legal. Ed. Méndez editores. 16ª. Ed. México. 1994. 435pp.

MEEKS, Dorothy. Enfermería práctica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1974. 653pp.

MENDEZ R. Ignacio. El protocolo de investigación. Ed. Trillas. México 1991. 563pp.

MERENES, Dorothy. Elementos de Enfermería Psiquiátrica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1982. 351pp.

MYERS, David. Psicología. Ed. Médica Panamericana. 3ª. Ed. Madrid 1994. 655pp.

NOVEL Gloria. Enfermería psicosocial II. Ed. Salvat. México, 1991. 331pp.

O'BRIEN, Mauren. Comunicación y relaciones en Enfermería. Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V. México, 1980. 273pp.

O'CONORS, Nancy. Déjalos ir con amor. Ed. Trillas. México 1990. 166pp.

ORTIZ Quezada. El acto de morir. Ed. Nemesis, México 2ª ed. 1987. 97pp.

O'RAWE, Madalon. Atención integral en Enfermería, Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma, Madrid, 1987. 190pp.

PADILLA, Hugo. El pensamiento científico. Ed. Trillas. 2ª ed. México, 1986. 317pp.

PADUA, Jorge. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Ed. Fondo de Cultura Económica.

PHILLIP, Salomon. Manual de psiquiatría. Ed. El Manual Moderno. S.A de C.V. México. 1222pp.

POLIT, Dense y Bernadette Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. Ed. Interamericana. 3ª. Ed. 563pp.

REEDER, Sharon y Leonide I. Martín. Enfermería Materno-Infantil. Ed. Harla. 16ª ed. México, 1992. 1540pp.

REYES Z. Luis Alfonso. Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. Tomo III. Ed. Diseño, S.A. México 1996. 229pp.

REYES, Alfonso. Depresión y angustia. Ed. Diseño, S.A. México 1992. 191pp.

RIVEROS, Héctor. El método científico aplicado a las ciencias experimentales. Ed. Trillas, 3ª ed. México, 1996. 163pp.

ROJAS S. Raúl. El proceso de la investigación científica. Ed. Trillas. 3ª ed. México 1989. 151pp.

ROWE, Dorothy. La construcción de la vida y la muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica. México 1989. 325pp.

SAUNDERS, Cicely. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Ed. Salvat Editores. Barcelona. 1980. 273pp.

SCOTT, William y Michael Wertheimer. Introducción a la investigación e psicología. Ed. El Manual Moderno, S.A. México. 452pp.

SORRENTINO, Sheila. Enfermería práctica. Ed. El Manual Moderno. S.A. de C.V. México 1987. 413pp.

STONE, Frederick. Psiquiatría para el pediatra. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1982. 1213pp.

TAMAYO y T. Mario. El proceso de la investigación científica. Ed. Limusa. 2ª. Ed. México. 1992. 161pp.

TEJEDA, Rosa Angélica. Angustia de separación. En la revista Enfermera al Día. Vol. 16. No. 6. Junio. Ed. Internacional. México 1991. 28pp.

YOUNG, Thomas. Sentimientos y emociones. Ed. Manual Moderno. México. 237pp.

WHALEY, Lucile y Donna L. Wong. Tratado de Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana. 2ª ed. México 1985. 1961pp.

WHITTAKER, James y Sandra J. Psicología. Ed. McGraw hill. 4ª ed. México 1990. 785pp.