



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCION
DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :
GUERRERO CEDANO JUAN

No. DE CUENTA 8403822-3

HOYOS ALVARADO VIRGINIA

No. DE CUENTA 9357809-7



M. Teresa Pérez Rodríguez
DIRECTORA DE TESIS: MTRA. M^C. TERESA PÉREZ RODRIGUEZ

OCTUBRE 2000



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.

DEDICATORIA

A nuestros Padres:
Por su apoyo, ejemplo y amor.

A nuestros Hermanos:
Por su apoyo y consejos
otorgados.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por darnos la oportunidad de aprender y crecer.

A nuestra asesora:
Mtra. Ma. Teresa Pérez Rodríguez

Al honorable jurado:
Lic. Elia Aljama Corrales
Lic. Irma Piña Jiménez

Al Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" por permitirnos realizar la investigación y por el apoyo brindado.

INDICE

I	INTRODUCCION	..6
II	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	..7
III	JUSTIFICACION	..8
IV	OBJETIVO GENERAL	..9
V	OBJETIVOS ESPECIFICOS	..9
VI	MARCO TEORICO	
	6.1 EL PROCESO DE MORIR EN LA SOCIEDAD MEXICANA	
	6.1.1. Causas comunes y actitudes	..10
	6.1.2. Muerte y las representaciones sociales de la vida	..12
	6.1.3. Algunos aspectos religiosos y culturales acerca de la muerte y el proceso de duelo	..14
	6.1.4. Etapas de las respuestas emocionales ante la muerte inminente	..15
	6.2 PACIENTE TERMINAL	..16
	6.2.1. La muerte Clínica	..17
	6.3 ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?	..20
	6.3.1. La Tanatología y el equipo de salud	..21
	6.4 LA ENFERMERA ANTE EL PROCESO DE MORIR	..23
	6.4.1. Sentimientos de la enfermera acerca de la muerte	..23
	6.4.2. La enfermera y el proceso de duelo	..25
	6.4.3. Disyuntivas éticas en el cuidado de pacientes en etapa terminal	..28
	6.4.3.1. Derechos humanos y enfermería	..29
	6.5 SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN ETAPA TERMINAL SEGÚN EL MODELO DE V. HENDERSON	..31
	6.5.1. Necesidades psicológicas	..34
	6.5.2. Necesidades espirituales	..38
	6.5.3. Necesidades físicas	..39
	6.5.4. Papel de la enfermera	..40
	6.5.5. La atención al paciente en fase terminal	..42
	6.6 SATISFACCION PROFESIONAL Y LABORAL DE LA ENFERMERA QUE ASISTE AL PACIENTE EN FASE TERMINAL	..44
	6.6.1. Las enfermeras trabajan con personas	..45
	6.6.2. Las enfermeras y la toma de decisiones	..47
	6.6.3. Desempeño y relaciones	..48
	6.6.4. Ambiente laboral	..50
	6.6.5. Cálculo de personal ideal de enfermería para la atención al paciente	..52
VII	HIPOTESIS DIRECCIONALES	..55
VIII	DEFINICION DE VARIABLES E INDICADORES	..56
	Variable I. Factores sociales	..56
	Variable II. Factores institucionales	..58
	Variable III. Características del cuidado de enfermería	..59

IX	DISEÑO METODOLOGICO	
	9.1 Tipo de estudio, límites temporales y espaciales.....	.60
	9.2 Población y muestra.....	.61
	9.3 Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación.....	.61
	9.4 Métodos de recolección de la información.....	.61
	9.4.1 Instrumento de medición.....	.62
	9.4.2 Procedimiento de recolección de la información.....	.62
	9.5 Plan de tabulación y análisis de datos63
	9.6 Recursos humanos y materiales que se emplearon.....	.63
X	RESULTADOS.....	.64
XI	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	.68
	BIBLIOGRAFÍA.....	.75
	ANEXOS	
	ANEXO A Cronograma de actividades.....	.78
	ANEXO B Cuestionario.....	.79
	ANEXO C Cuadros.....	.82
	ANEXO D Gráficas.....	.104

ÍNDICE DE CUADROS

1. Edad y género de las enfermeras.....	76
2. Estado civil de las enfermeras.....	77
3. Nivel de estudios y categoría de las enfermeras.....	78
4. Turno en que laboran las enfermeras.....	79
5. Antigüedad laboral y horario de trabajo de las enfermeras.....	80
6. Importancia que le otorgan las enfermeras a la comunicación enfermera-paciente y enfermera-equipo de salud.....	81
7. Aspectos de realización profesional.....	82
8. Importancia que le otorgan las enfermeras al conocimiento de la concepción de la muerte.....	83
9. Influencia del número de enfermeras y de la carga laboral en la atención al paciente.....	84
10. Opinión de las enfermeras acerca de que no se pierde la sensibilidad con la antigüedad laboral.....	85
11. Pacientes asignados a cada enfermera.....	86
12. Influencia del abastecimiento de material y equipo para la atención del paciente.....	87
13. Asistencia de las enfermeras a cursos por edad.....	88
14. Importancia que le otorgan las enfermeras a la impartición de programas de actualización de atención humanística para proporcionar atención integral.....	89
15. Enfermeras que toman en cuenta la religión del paciente 16. en fase terminal por rangos de edad.....	90
17. Enfermeras que acostumbran orar con o por sus pacientes.....	91
18. Opinión de las enfermeras acerca de la funcionalidad del área física para la atención del paciente.....	93
19. Enfermeras que crean un método de atención dirigido al paciente.....	94
20. Enfermeras que conocen el modelo de Virginia Henderson por rangos de edad.....	95
21. Enfermeras que aplican el modelo de Virginia Henderson.....	96
22. Concepto que las enfermeras poseen del término Tanatología por rangos de edad.....	97

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los terrenos de la enfermería profesional que tiene gran alcance, mayores responsabilidades y múltiples posibilidades para el acercamiento moral y humanitario, es la labor que se realiza con el paciente en etapa terminal. Este periodo lo podemos catalogar como una etapa de desgaste, en donde se involucra la participación de un equipo multidisciplinario y el papel preponderante y crucial que puede desempeñar la enfermera es digno de analizarse, ya que existen diversos factores que aislada o colectivamente interfieren en la calidad de la atención que se debe ofrecer en esta etapa tan crítica del ciclo vital.

En este trabajo se analizan algunos de éstos aspectos, con el propósito de evaluar la calidad de la atención durante esta fase. Los elementos que guiaron esta investigación parten de un marco teórico en el cual se da énfasis al modelo conceptual de Virginia Henderson al proporcionar cuidados de enfermería al paciente terminal.

El trabajo incluye el planteamiento del problema, la justificación, objetivos general y específicos de la investigación. En el marco teórico se destacan otros aspectos importantes para la atención al paciente en fase terminal, tales como el proceso de morir en la sociedad mexicana, el paciente terminal, ¿qué es la Tanatología?, la enfermera ante el proceso de morir, además de la satisfacción profesional y laboral de la enfermera que asiste al paciente en fase terminal, y a partir de él se derivan las hipótesis de trabajo y la definición de variables, así como la estructura del instrumento de recolección de datos. Por último se presenta el análisis e interpretación de resultados.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante las prácticas hospitalarias realizadas por semestre a lo largo de la carrera, se ha detectado un gran desinterés en la atención otorgada al paciente en fase terminal por parte de enfermería, atención que no debiese faltar ni descuidarse en ningún tipo de paciente, mucho menos al enfermo en estado crítico, el cual requiere más que nadie del acercamiento humano. Por ello, se considera importante analizar, cuál es la participación que deben tener las enfermeras que laboran en los servicios de Medicina Interna y de la UCI de una institución de salud con los pacientes en fase terminal. Se debe conocer si las enfermeras toman en cuenta las necesidades por las que el enfermo atraviesa, tales como necesidades psicológicas y físicas, además de identificar de qué manera influyen algunos de los factores sociales e institucionales, así como las características del cuidado de enfermería que debe otorgarse al paciente en fase terminal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen algunas de las características personales de las enfermeras y de los servicios de Medicina Interna y Unidad de Cuidados intensivos (UCI) del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", en la calidad y calidez del cuidado de enfermería al paciente en fase terminal?.

III. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se han producido cambios dinámicos en la práctica de la enfermería, los avances científicos y tecnológicos en la atención de la salud, a veces atentan contra el enfoque humanista y refuerzan la atención en resolver la enfermedad más que cuidar del enfermo. A partir de una visión objetiva acerca de las condiciones que rodean a un individuo y a su familia, cuando se enfrenta a la muerte, interesa reflexionar sobre la importancia de la intervención del personal de enfermería y de los factores que intervienen en lo que respecta a la calidad de la atención proporcionada a los pacientes en fase terminal, desde la perspectiva de las propias enfermeras que laboran en las áreas críticas de un hospital, en las cuales cotidianamente se vive esa fase del ciclo vital de las personas.

El análisis de los resultados obtenidos permitirá proponer alternativas que contribuyan a elevar la calidad de la atención, no solo durante la etapa terminal, si no también, se proyectarán a cada una de la actividades que se realizan dentro del ámbito de la enfermería.

Este trabajo es elaborado por enfermeros a favor de la calidad de vida y la calidad de muerte de los pacientes, y de la enfermería misma. Tomando en cuenta que deben ser fomentados los valores humanos en la atención de los pacientes, la cultura de la población respecto a los procesos de muerte y duelo, así como la importancia que adquiere la preparación y la actitud que ha de asumir la enfermera, al proporcionar atención de calidad en dichos procesos.

IV. OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia de algunos de los factores personales e institucionales que influyen en la atención de enfermería otorgada al paciente en fase terminal de los servicios de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer si los factores personales como la edad, la escolaridad y la actualización de las enfermeras influyen en la atención del paciente en fase terminal.
2. Identificar si algunos de los factores sociales tales como la comunicación enfermera-paciente, comunicación enfermera-equipo de salud, además de las perspectivas laborales y profesionales del personal de enfermería, influyen en la atención del paciente en fase terminal.
3. Identificar si los factores institucionales, abastecimiento de material y equipo, y carga laboral influyen en la atención del paciente en fase terminal.
4. Identificar las características del cuidado de enfermería y la aplicación del modelo conceptual de Virginia Henderson, en la atención proporcionada al paciente en fase terminal.

VI. MARCO TEÓRICO

LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

6.1. EL PROCESO DE MORIR EN LA SOCIEDAD MEXICANA

6.1.1. Causas comunes y actitudes

Son numerosas las causas de muerte, y las actitudes, creencias y respuestas ante ella, con frecuencia dependen de la misma causa. Las causas principales de muerte dentro del área hospitalaria en los servicios de Medicina Interna y la Unidad de Cuidados Intensivos que se registran con mayor frecuencia, son las enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, insuficiencia renal, cirrosis hepática además de enfermedades cardiovasculares, traumatismos, por determinadas neoplasias y enfermedades de transmisión sexual como el VIH. Se ha notado que la actitud del personal de enfermería varía en cada caso dependiendo de la patología que desencadena la enfermedad por lo que sería importante definir cuál es el concepto que se tiene de actitud, según el autor Santiago H. Valdés dice que " la actitud es una organización bastante estable de las opiniones, sentimientos y conductas de un individuo ante los demás, ante las situaciones o los objetos, en otras palabras, es una tendencia general a emitir la misma respuesta ante una persona u objeto, es decir, el mismo patrón de sentimientos y tendencias conductuales." ¹

¹ VALDÉS, Santiago, H, Psicología Social, p. 715.

Las actitudes de un individuo reflejan su personalidad. El individuo tiende a aceptar como propias aquellas actitudes que se integran con su personalidad. Existen múltiples actitudes en el personal de enfermería, estas actitudes son manifestadas en forma inmediata dependiendo en la situación de que se trate. Algo que si es obvio, es que se demuestran con rapidez las actitudes negativas, o por lo menos son más demostrables. Estas actitudes negativas afloran muchas veces por impulsos no contenidos.²

Las actitudes de las personas dentro del trabajo, dependerán del grado en el que el trabajador considere que éste satisface sus necesidades. Por ejemplo, hay trabajos tan mal pagados que el dinero que gana, proporciona apenas una parte para satisfacer las múltiples necesidades de los trabajadores. En éste caso, la actitud del trabajador hacia su empleo será probablemente negativa.³

En la profesión de enfermería generalmente el personal se queja continuamente de los sueldos y de las pocas prestaciones e incentivos recibidos en su trabajo. Esto lleva a enfermería a tener comúnmente dos trabajos para equilibrar sus ingresos con sus gastos. A pesar de los sueldos y de las prestaciones laborales negativas, solo una parte del profesional de enfermería continúa con su profesión, cuidando a los pacientes con una actitud positiva y de continua superación para ella y su familia.⁴

² SEGURA, Pescador Francisco, Tesis El profesional de enfermería ante un paciente en fase terminal, p. 27.

³ VILLAREAL, Marcelo, Fundamentos de entrevista conductual, p. 101.

⁴ SEGURA, Pescador Francisco, Op. Cit. p. 28.

6.1.2. Muerte y las representaciones sociales de la vida

La comprensión de la muerte y del proceso de morir tiene una importancia particular para los profesionales de la salud que trabajan con ancianos. "Conforme se vuelven más viejas, enfermas y delicadas las personas tienden a prepararse para la muerte. Es útil comprender la forma en que esta preparación puede progresar y el impacto que tiene en el personal médico. Usando las etapas familiares del morir como marco de referencia".⁵

El hombre ha demostrado siempre un gran interés en representar la vida y la muerte, y encontrar el sentido de estas dos situaciones tan variables.

Mientras la vida encuentra explicaciones científicas, la muerte continúa envuelta en una bruma de angustioso misterio y así se la representa. Pero, ¿Qué es la muerte para el viejo, para el enfermo, para el condenado o para el que la siente lejana?

Los psicólogos han analizado esta situación que varía también según las circunstancias: ellos la representan, en general, como un proceso dinámico en etapas sucesivas de reacciones diversas frente al mismo hecho. La reacción primaria es de rechazo o bien de aislamiento total; luego se produce irritación y rebeldía, enseguida viene la negación, depresión, aceptación, etc., que va acompañada de miedo a lo desconocido. Para los psicoanalistas lo que más caracteriza al moribundo es la necesidad de tener a alguien a su lado lo cual sería cualquier persona ávida de cariño y afecto en esos momentos de su vida y la necesidad de relación.⁶

En determinados lugares no se tiene miedo a la muerte, sino amor a la vida, a la convivencia, esa verdadera alegría de vivir que se observa en todos los aspectos de su vida cotidiana, en la vida social comunitaria.

⁵ DENNIS, Hassol, Psicología evolutiva, p. 140.

⁶ SANDERS, C. La vie aidant la mort, p. 241.

La concepción misma de la muerte, la veneración de los ancianos en la vida y en la muerte, no es sino un canto a la vida. Para algunos la muerte no es la negación de la vida sino un cambio de situación, como si fuese un sueño o un viaje hacia los ancestros que es purificación, castigo o recompensa. Por ejemplo, en África, la muerte es reencarnación renovadora de lo vivo y de la continuidad de la especie, es la sabiduría ecológica que está presente en todos los seres vivos.⁷

El duelo monumental de ritos y funerales, las danzas colectivas, todo en torno a la muerte aparece como una forma de retomar conciencia de sí mismo y de asegurar la unidad de la comunidad.

Es evidente que situaciones muy diversas se observan en diferentes culturas que responden a visiones también diferentes de la realidad, visión muy influenciada por el conocimiento científico, por los ritos y creencias religiosas, por las tradiciones nacionales.

“La vida es un proceso que pasa por varios ciclos en el tiempo; al ciclo final le llamamos muerte, la muerte es salirse del tiempo, dejar de ser, volver a no ser. Esta situación es tan trascendental para el individuo humano, que es un ser vivo pensante y conciente, que no puede vivir sin pensar en la muerte, salirse del tiempo, de la acción del pensamiento mismo preocupa, nos mantiene preocupados. A pesar de que es más difícil vivir que morir, ésta, con su amenaza permanente obliga al hombre desde sus primeras tiempos a dar un sentido a su vida”.⁸ La angustia de no ser aparece como insoportable para el ser humano, no hay experiencia de lo que sucede a los muertos. Explicamos la muerte a través de la vida. Tal como la vida, La muerte no existe por sí misma, sucede solo en los organismos vivos.

⁷ THOMAS, Louis V. La muerte Africana, p. 243.

⁸ Ibidem, p. 243.

Finalmente, la reflexión sobre la muerte no es sino una reflexión sobre la vida. Aunque aquellos que se apartan de la idea de la muerte, que la realizan o no sienten honestamente ningún temor a ella, no dejan de pensar en la fragilidad, en la vulnerabilidad de nuestras vidas. La sensación de estar en un callejón sin salida es evidente para todos, para aquellos que toman un camino mítico que les da la esperanza de la mortalidad en otra vida.

6.1.3. Algunos aspectos religiosos y culturales acerca de la muerte y el proceso del duelo

Todos los patrones religiosos influyen en el pensamiento y en la conducta del paciente en agonía y su familia. Sirve para poder expresar algunas de las reacciones que cualquier asistente de un enfermo agonizante puede enfrentar y que pueden abarcar desde una agradable aceptación hasta un miedo sobrenatural.

No todos los paciente son igualmente fervientes devotos de su religión sin embargo, esto no quiere decir que no tendrán necesidades religiosas. Los principales requisitos en todos los casos, son la privacidad, la tranquilidad, el bienestar y el libre acceso a la vida y a los servicios religiosos tanto como esa persona lo desee. Antes que nada una actitud sensible por parte de todos aquellos que cuiden a los moribundos y de su familia que puede apoyar y ayudar a la persona como un ser complejo.⁹

Para que la enfermera ayude al enfermo y familiares, requiere de diferentes modos de acercamiento el cual dependería filosófica y psicológicamente, del estado que tenga el paciente y de las etapas por las que está pasando cada uno de los miembros de la familia. Y exige también vigilar las emociones de quienes lo cuidan.

⁹ MORALES, Espinoza Aurora, La valoración de enfermería en los procesos de duelo y muerte, p.59.

Todo lo anteriormente mencionado es obvio y sin embargo también ignorado por muchos. Por lo tanto se deduce que “la espiritualidad no es ajena al ser humano. No es monopolio de la religión, es algo esencial al hombre mismo”.¹⁰

6.1.4. Etapas de las respuestas emocionales ante la muerte inminente.

Cada quien reacciona ante el conocimiento de la muerte inminente o la pérdida que acompaña a ésta en forma singular, pero hay similitudes en las respuestas psicosociales ante tal situación. La doctora Elizabeth Kübler Ross, investigadora reconocida a nivel mundial, estudió en profundidad las respuestas ante el proceso de morir y la muerte, y las enfermeras y otros profesionales han ampliado extensamente sus hallazgos.¹¹ Dicha autora establece cuatro etapas del proceso de duelo.

La primera denominada de NEGACIÓN, “no, yo no”, el paciente puede creer que se trata de un error, que él no puede morir.

La segunda etapa o de IRA, la persona se pregunta ¿porqué yo?, la agresividad del paciente puede dirigirse contra los parientes, amigos o profesionales de la salud.

En la tercer etapa se inicia el proceso de aceptación y suele denominarse como TRANSIGENCIA, “sí, soy yo, pero...”. La aceptación puede adoptar la forma de una promesa a Dios, si el paciente es una persona con inclinaciones religiosas, a cambio de una prolongación en el tiempo; también la persona puede afirmar que hará algo a cambio de experiencias como saber que un hijo, nieto o cualquier otro familiar o amigo se ha graduado, o bien, celebrar el próximo onomástico.

¹⁰ Ibidem, p. 60.

¹¹ Wolff, Witzel, et al, Curso de enfermería moderna, p. 935

La cuarta etapa o de DEPRESIÓN, "sí, yo". El paciente experimenta tristeza o desolación y con frecuencia llora, como si estuviera doliéndose por su propia muerte.

Por último la quinta etapa consiste en la ACEPTACIÓN, "estoy listo". Este comentario se caracteriza por un sentimiento positivo y, cierta disponibilidad para la muerte.

6.2. PACIENTE TERMINAL

La asistencia al enfermo terminal ha sido una preocupación prioritaria de algunos médicos desde que el hombre ha luchado contra la enfermedad. Sin embargo, con la aparición de nuevas tecnologías médicas, la atención sanitaria se ha dirigido por otros caminos excluyendo al enfermo terminal. Es frecuente ver como el enfermo muere con dolores al final de una sala de hospital, sintiéndose aislado, solo, e incluso un estorbo. Analizando el concepto que se tiene de paciente terminal encontramos que, normalmente nos referimos a enfermedad terminal al cáncer avanzado en donde la situación ya no puede ser controlada y ya no hay planes para continuar con un tratamiento activo.¹²

Citando al Dr. Zubiría "Definimos al *enfermo terminal* como: aquella persona que padece una enfermedad potencialmente terminal, por la que probablemente vaya a morir en un tiempo relativamente corto".¹³

El paciente terminal, es el que se ha enfrentado a la muerte desde que sabe que padece una enfermedad mortal. Si un enfermo tiene la sensación de que todo esfuerzo es inútil, dado que de todos modos va a morir, empezará a sufrir con un sufrimiento muy intenso, lo mismo que sus familiares. Sentirá un aislamiento creciente, una pérdida de interés por todo y una desesperación cada vez mayor,

¹² SEGURA, Pescador Francisco. Op. Cit. p. 30.

¹³ REYES, Zubiría Luis Alfonso, Curso fundamental de Tanatología y suicidio, p. 14.

podrá empeorar rápidamente al caer en una depresión profunda de la que difícilmente saldrá si no recibe la ayuda adecuada y oportuna.

Ahora bien, *enfermo en fase terminal* "es la persona moribunda, hacemos hincapié en persona, ya que un moribundo sigue siendo persona, por más moribundo que esté".¹⁴ Entendemos como enfermo en fase terminal aquel que perdió los mecanismos de defensa necesarios para conservar la homeostasis y que no responde a las medidas terapéuticas que se le aplican. Necesariamente cursa con insuficiencias orgánicas progresivas que lo llevarán directamente a la muerte biológica.¹⁵

6.2.1. La muerte clínica.

Todos sabemos que vamos a morir. Aunque ningún hombre cree en su propia Muerte, es lo único seguro que tenemos. A pesar de esto nadie sabe cuándo va a morir; lo más difícil es conocer el momento exacto de la muerte. En un sentido estricto, ésta no será completa, sino hasta que haya muerto la última de las células de los millones, que componen el cuerpo del ser humano. Podemos afirmar entonces, que el instante en que el cuerpo organizado pierde la vida no es súbito, se va extinguiendo por grados, y sucesivamente en los diferentes órganos. No obstante esto, médicamente existe la muerte cuando hay un cadáver, es decir, un despojo sin vida de aquello que ha vivido.¹⁶

Hablando de la muerte de un organismo complejo, como lo es el hombre, y no de la muerte celular, algunos autores mencionan tres estadios de muerte:

¹⁴ Ibidem, p. 14.

¹⁵ MORALES, Espinoza Aurora, Op. Cit. p.p. 83-84.

¹⁶ REYES, Zubiría Luis Alfonso, Acercamientos Tanatológicos al enfermo terminal y a su familia T-II, p. 54.

Muerte aparente es aquella en donde 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. Pero es una etapa en la que generalmente son eficaces las terapias usuales de reanimación.

Muerte relativa o clínica describe que 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.

Y por último se menciona a la muerte individual u orgánica absoluta: 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.¹⁷

Cómo establecer un diagnóstico definitivo de muerte clínica, ha sido un tema muy discutido en el ámbito médico. Se ha tratado de establecer criterios que sirvan de base para ello, por ejemplo el informe de Harvard fue el primero que se difundió y aplicó, y se constituyó en un modelo básico(1968). Sus criterios fundamentan el diagnóstico de muerte cerebral, éstos son:

1. Coma, con ausencia de respuesta a ningún estímulo.
2. Apnea, comprobable por el retiro del ventilador durante 3 minutos a partir de un estado de normocapnia (tensión normal de bióxido en sangre) previa, con ausencia de todo movimiento somático.
3. Ausencia de reflejos cefálicos y de actitud corporal.
4. Ausencia de reflejos espinales (cualquier reflejo cuyo arco esté conectado con un centro de la médula espinal).
5. Electroencefalograma plano, cuyo registro dure un mínimo de 10 minutos.
6. Persistencia de estos criterios durante 24 horas

¹⁷ Ibidem. p.p. 55-56.

7. Ausencia de intoxicación por drogas depresoras del SNC y de hipotermia menor a 32 grados centígrados.¹⁸

Otra forma de diagnosticar la muerte clínica inminente, se basa en la clasificación de ciertos signos:¹⁹

1.- Signos precursores.

- Reflejos que desaparecen en forma gradual y no hay movimientos.
- Respiración rápida con períodos de apnea.
- Expresión de angustia y en muchas ocasiones aparición de cianosis.
- Piel fría y húmeda.
- Pulso acelerado y rápido, pupilas midriáticas y mirada fija al aumentar la anoxia.
- Hipotensión e hipotermia.
- Pérdida de conocimiento y sensibilidad.

2.- Signos de valor absoluto.

- Suspensión de la respiración.
- Falta de circulación.
- Enfriamiento progresivo del cuerpo hasta la temperatura del medio ambiente.
- Resequedad de la piel.
- Aparición de una "telillia" en la córnea.
- Pupilas dilatadas e inmóviles con retracción de los globos oculares.
- Rigidez de las extremidades superiores e inferiores.

¹⁸ Ibidem, p. 58

¹⁹ ROSALES, Barrera Susana, et al, Fundamentos de enfermería, p. 434.

Los criterios que se aplican en México y por ende dentro del Hospital Regional "Ignacio Zaragoza" ISSSTE, son los mismos que se aplican universalmente dentro del área médica, los cuales se mencionaron anteriormente. Se han resaltado definiciones que por su importancia determinan el curso de nuestra investigación.

6.3. ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA?

En realidad existe un desconocimiento general del tema. Por lo tanto, es interesante y de igual manera importante saber qué es la Tanatología, la situación de un enfermo terminal, las pérdidas que el ser humano padece a través de su camino y porqué es importante saber enfrentar la muerte.

"El término tanatología viene de los vocablos griegos: *thanatos* que quiere decir muerte, y *logos* tratado, es decir, el estudio o tratado de la muerte, sin embargo, en el sentido más amplio de la palabra, es el estudio de la muerte vista desde el punto de vista psicosocial, tal como se percibe popularmente y, especialmente relacionada con el sufrimiento de los enfermos terminales; en otras palabras se orienta y tiene la finalidad primordial, de ofrecer al hombre que muere una muerte digna y tratar de disminuir su sufrimiento físico y emocional".²⁰

La tanatología funciona en estos términos: busca desarrollar la capacidad para respaldar al moribundo, trabajar con él, lo escucha, lo acompaña y lo apoya en su proceso de morir. La Tanatología en su concepto más amplio abarca no solo la atención al moribundo, sino también al sobreviviente y a cualquier persona que vive un proceso de duelo ocasionado por las pérdidas que debe enfrentar, como un divorcio, la pérdida de un empleo, la amputación de un miembro del cuerpo o la partida de los hijos, etc.

²⁰ GUERRA, de Almaraz Patricia, Revista Rompan filas, p. 1.

Al enfermo terminal, sea niño o sea anciano, se le considera un auténtico maestro del pensamiento, un iniciador, puesto que pasa en su agonía una experiencia única e irrepetible. Ahora bien, más aún que al dolor, a lo que el enfermo terminal teme, es a esa soledad y abandono tan frecuentes en las instituciones. La sensación de una presencia atenta y compasiva tiene un poder de consolación tan grande, que permite disminuir las dosis de medicamentos ansiolíticos. El enfermo espera que los demás no se sustraigan a esa relación, a ese compromiso recíproco que él propone casi secretamente, a veces sin saberlo. Acompañar a un moribundo es, recorrer con él, el mayor tiempo posible, el trayecto hasta su muerte, marchar a su lado de acuerdo con su ritmo y en la dirección que él ha escogido, saber callarse y escucharlo, pero también sostener su mano y responder a sus expectativas.²¹

6.3.1. La Tanatología y el equipo de salud

¿Dónde y cómo entra el tanatólogo en el quipo de salud?

Un equipo de salud debe constar, mínimo del médico tratante, de enfermería, de los especialistas, de trabajo social, del ministro religioso, del psicólogo y, en casi todos los casos, de la familia del enfermo. Al menos estos son los indispensables. Cada uno de ellos debe cumplir aquello que se espera de su función profesional, del médico, el tratamiento curativo si es posible, y si no, los cuidados paliativos y el manejo del dolor; de enfermería se espera toda la atención y solicitud que el enfermo y la familia necesiten, así como su colaboración en los tratamientos; de los especialistas su diagnóstico y tratamiento requerido; de trabajo social, su orientación y apoyo tanto al enfermo como a la familia; del ministro religioso, el consuelo que brinda la fe, la religión y la espiritualidad, del psicólogo, la ayuda profesional referente

²¹ Ibidem, p.p. 2-5.

a los procesos psicológicos y emocionales de familia y del nutriólogo el manejo dietético especializado.²²

Se considera que el perfil del tanatólogo debe cubrir con determinadas características ya que no todos pueden serlo. Según el Dr. Reyes Zubiría, presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C. son las siguientes:

1. "El tanatólogo deberá tener un profundo conocimiento, total, de la ciencia o disciplina científica tanatológica. Sin éste cometerá muchos errores. Y no es ético presentarse ante quien sufre los dolores de la muerte y de la desesperanza, sin la menor preparación científica tanatológica.
2. Ser capaz de tener compasión: real empatía sin sentimientos fingidos.
3. Habilidad para identificar las necesidades de su paciente.
4. Habilidad para desarrollar relaciones interpersonales llenas de significado.
5. Sentido del humor: poder reírse de lo absurdo de una situación.
6. Honestidad para saber decir "No se".
7. Capacidad de decir las cosas como son, sin recurrir a mentiras piadosas que rompan la confianza entre tanatólogo-enfermo-familia.
8. Generosidad en dar su tiempo y paciencia para escuchar todo el tiempo que sea necesario para el enfermo o para los familiares.
9. Humildad para aprender, reconocer, aceptar correcciones y perdonar y perdonarse.
10. Saber lo que es y lo que exige el amor incondicional, y lo más importante vivirlo".²³

"Tener esto, es ser verdadero tanatólogo. Por supuesto que este perfil puede tomarse también como todo un programa de vida, como metas muy valiosas a alcanzar. Realmente ser tanatólogo exige tener todo un estilo de vida"²⁴

²² MORALES, Espinoza Aurora, Op. Cit. p. 80.

²³ REYES, Zubiría, Luis Alfonso, T-4, Op. Cit. p. 6.

²⁴ Ibidem.

Todo esto dicho en esta cita del Dr. Reyes Zubiria con respecto al perfil del tanatólogo solo resta reflexionarlo.

6.4. LA ENFERMERA ANTE EL PROCESO DE MORIR

6.4.1. Sentimientos de la enfermera acerca de la muerte

Todos tenemos el privilegio y el derecho de enfrentar la muerte con serenidad y dignidad, y es mucho lo que puede hacer la enfermera para ayudar a que sus pacientes mueran en paz y en la forma que ellos mismos decidan. Como ya se ha mencionado anteriormente, la muerte es parte natural de la vida, algo que experimenta todo ser vivo. Es un asunto individual, que tiene diferentes significados para cada persona. Puede ser aceptado como inevitable, de modo que la persona tiene la actitud de que debe disfrutar la vida al máximo. La muerte, en presencia de una enfermedad terminal en que no hay esperanzas razonables de recuperación, puede constituir un alivio para la persona que es anciana y que ha visto morir a familiares y amigos, pero en quien es joven y con toda su vida por delante, y que de repente se ve segada, la muerte es aterradora. Por otra parte, los objetivos de las instituciones de salud y de quienes trabajan en ellas son curar, mantener la salud o restaurarla por lo que es frecuente que se considere a la muerte como un fracaso por parte del personal de salud. A consecuencia de todo esto, los trabajadores de la salud tienden a evitar el contacto con pacientes en fase terminal excepto por los cuidados físicos indispensables.²⁵

²⁵ Wolff, Witzel, Op. Cit. p. 931.

La enfermera se encuentra en una posición clave para la atención del paciente moribundo y está en posibilidad de establecer comunicación con sus familiares, sin importar que el paciente esté o no hospitalizado, pues también puede estar en el hogar. Por ello la enfermera debe tener en claro sus propios sentimientos y reconocer su actitud acerca de la muerte. Es necesario que comprenda las fases del duelo y de la etapa terminal, y que pueda reconocer las manifestaciones de los mismos. Quizá lo más importante es que tiene que aceptar las características de cada persona y brindarle apoyo, sin importar que sus opiniones y conducta coincidan o no con las de ella misma. El objetivo es brindar la ayuda y el apoyo necesarios para que el paciente muera en forma digna y tranquila.²⁶

La necesidad de comprenderse a uno mismo para comprender a los demás es fundamental, y cuya importancia pocas personas podrían poner a tela de juicio. La muerte inminente se acompaña del miedo a lo desconocido y el instinto de aferrarse a la vida es natural en todo ser vivo, de modo que es de vital importancia que la enfermera comprenda sus propios sentimientos hacia los enfermos en etapa terminal y hacia la muerte y el duelo como fases ineludibles de ésta, a fin de poder satisfacer las necesidades de los paciente que atiende. Esto es indispensable para el desarrollo de su profesión. La mayoría de las enfermeras han demostrado saber cómo brindar cuidados físicos a los pacientes en etapa terminal, pero no les ofrecen la atención psicosocial que éstos requieren, probablemente a causa de los sentimientos de rechazo de la enfermera hacia la muerte.²⁷

En nuestra cultura se valora mucho la juventud y la productividad, a despecho de las enfermedades, el envejecimiento y la muerte, de modo que la enfermera trae consigo estos valores cuando atiende a pacientes en etapa terminal; la actitud de nuestra sociedad y la profesión misma de la enfermera hacen que ésta se incline considerablemente hacia la salud y la vida, por lo que estas experiencias le dificultan enfrentar la muerte.

²⁶ Ibidem, p. 932.

²⁷ Ibidem, p. 934

Si la enfermera no hace frente a sus sentimientos sobre la vida y la muerte, es dudoso que pueda analizar y considerar las necesidades de los pacientes que están a punto de morir. Por lo tanto, los sentimientos que tenga ella misma desempeñan una función importante en su forma de atender a un paciente con una enfermedad terminal.

Todo ser humano, y no solo la enfermera, experimenta emociones cuando la muerte es inminente. Lo más sencillo es hacer caso omiso de los sentimientos del enfermo y de los familiares. Resulta bastante desalentador ver que, como resultado de esto, con frecuencia el paciente moribundo y su familia están emocionalmente abandonados y tienen que enfrentar solos una situación que por sí misma implica soledad.

6.4.2. La enfermera y el proceso de duelo.

La enfermera es un ser humano como cualquier otro, y no está exenta de sufrir cierto grado de depresión al atender a pacientes en fase terminal. Los sentimientos que afloran con mayor frecuencia en el personal de enfermería son: depresión, frustración, rabia, enojo, culpabilidad, inadecuación y a la larga, insensibilidad. Mientras más joven es la enfermera, tiene una mayor tendencia al enojo, luego depresión y por último al desánimo.

El atender enfermos terminales le genera a la enfermera un problema de ansiedad y resalta su temor hacia su propia muerte, pero en la medida en que ella se siente segura de la atención y de los cuidados que brinda, disminuye esta ansiedad y aumenta su satisfacción.²⁸

²⁸REYES, Zubiria, Luis Alfonso, T-I, Op. Cit. p.p. 90-95.

Es innegable el hecho de que la enfermera siempre establece lazos emotivos tanto con el paciente como con la familia, y en el caso de enfermos terminales no está, por lo general, preparada para un adecuado manejo de la situación, ni para hablar de muerte ni mucho menos para poder expresar sus sentimientos. El profesional que mayor contacto tiene con el proceso de morir, es el personal de las unidades de cuidados intensivos, urgencias, medicina interna, cirugía, oncología y geriatría.

Es importante por ello el estar dispuesto a hablar, a admitir los propios temores, dudas e inquietudes, pero también el aprender a escuchar en forma empática para poder aligerar la carga emotiva propia, así como la del equipo de trabajo.

Es importante que el equipo de trabajo se abra para facilitar la expresión de emociones sin temor, sin censura y sin acciones punitivas hacia quien expresa sus sentimientos. Bajo estas circunstancias siempre habrá alguien en el propio equipo que se abra, que extienda la mano y brinde su comprensión y apoyo, en una situación que es por demás cien por ciento humana, normal y natural.

Cuando el personal logra llevar a cabo estas acciones los sentimientos que con mayor frecuencia afloran son: la culpa, la sensación de inadecuación e impotencia que pueden surgir fácilmente por los cuestionamientos tanto del paciente como de la familia a la enfermera, en donde la enfermera ante la desesperanza que percibe, quiere responder lo más correcto, o lo mejor o ideal, y no sabe qué o cómo y finalmente, aflora la insensibilidad.²⁹

El sentimiento de culpa es la emoción mas difícil de manejar y puede manifestarse de diversas maneras y traducirse en la impotencia ante el dolor y el sufrimiento de los otros y de uno mismo, la cual puede obstaculizar nuestras labores de enfermería, de lo que hubiéramos podido hacer ante el paciente mismo.

²⁹ Ibidem, p. 98.

Analizar nuestros sentimientos es de gran valor, requiere de tiempo y de cierto grado de madurez, las sesiones de grupo son muy valiosas para lograrlo, es importante saber que no necesariamente lo que se dice es lo que cuenta, sino el cómo lo expresamos, y el mensaje de la palabra siempre va anexado al lenguaje corporal, que a fin de cuentas, es el que más habla de nosotros.³⁰

Para evitar la frustración de la familia y del equipo de salud, es necesario ayudar a establecer objetivos a corto plazo para el paciente, que sean realistas y alcanzables, por ejemplo, ofrecerle lo que le guste de comer, permitirle períodos de descanso, sobre todo si tuviera muchas visitas; no molestarlo cuando esté dormido, permitirle ver y gozar el sol o la luna, etc., ya que, con estos pequeños detalles, la enfermera le da calidad de vida a su paciente, recibiendo ella, a la vez una sensación de vida y significancia.³¹

En cuanto a la insensibilidad, la enfermera debe de tener cuidado de no impacientarse ante los problemas o circunstancias por las que atraviesan sus pacientes, los familiares o los colegas del servicio, y nunca tomar las cosas como que van dirigidas hacia su persona.

Por otra parte, la enfermera puede reconocer el valor que tiene expresar el duelo, incluso si no se puede “resolver” el problema. Pero, como enfermera, es posible pensar que resultaría muy poco profesional por su parte actuar así cuando un paciente muere. El modo en que la enfermera reconcilie sus sentimientos personales de pérdida con la idea que se tiene de profesionalidad, es importante, ya que a la larga el dolor no expresado hará mella.³²

³⁰ Ibidem, p.p. 99-100.

³¹ Ibidem, p. 101.

³² RESEE, C. David, Revista Nursig, p. 39.

6.4.3. Disyuntivas éticas en el cuidado de pacientes en etapa terminal

Con frecuencia, se pide al paciente en etapa terminal o a sus familiares que participen en la toma de decisiones acerca del mantenimiento de la vida por medios artificiales múltiples. Es el médico quien suele iniciar las conversaciones al respecto con los familiares, pero, éstos pueden involucrar a la enfermera en la toma de decisiones. La función de la enfermera debe ser aportar información, ayudar a los familiares del enfermo en el análisis de sus sentimientos e ideas, y brindarles apoyo. La enfermera no debe aconsejar ni tratar de persuadir a los familiares del paciente.

La cuestión de permitir que ocurra la muerte sin intervenciones agresivas para evitarla adquirió significado para muchas personas cuando los medios masivos de comunicación publicaron artículos controvertidos sobre la prolongación de la vida de ciertas personas inconscientes en quienes parecía imposible la recuperación. No se han elaborado normas terminales al respecto, y cada caso se maneja en forma diferente. Sin embargo, la tendencia actual es respetar los deseos de los parientes más cercanos en cuanto a la prolongación de la vida por medios artificiales.³³

Hoy, muchas personas planean anticipadamente esta situación, antes de que ocurran los traumatismos o surjan las enfermedades terminales, y buscan una opinión respecto de la prolongación innecesaria de su vida. Un método para facilitar la toma de una decisión personal, objetiva, sobre la prolongación de la vida, es que la persona prepare una declaración de voluntad, en la que describe sus deseos con relación al hecho de que se le mantenga vivo por medios artificiales o se tomen medidas heroicas cuando no haya esperanzas razonables de recuperación de una incapacidad física o mental. El *Eutanasia Educational Council* ha preparado una forma de declaración de voluntad que se obsequia a cualquier persona que la solicite. El médico, anota en el expediente si no se usarán medidas de reanimación y otras de prolongación de la vida. La enfermera quizá tenga sentimientos

³³ WOLFF, Witzel, Op. Cit. p. 46.

ambivalentes en cuanto a no llevar a cabo la reanimación, pero al igual que en otras medidas de atención de la salud, cada vez se acepta más el derecho de una persona adulta en pleno uso de sus facultades para tomar decisiones sobre su propia muerte.³⁴

La declaración de voluntad no tiene valor jurídico obligatorio, excepto en jurisdicciones como en el estado norteamericano de California, pero la opinión pública presiona cada vez más para que se legisle sobre la así llamada muerte con dignidad. En muchas jurisdicciones de diversos países se estudian actualmente proyectos de ley al respecto. En el caso del estado de California, la ley libera al médico y otros profesionales de la salud de cualquier responsabilidad, cuando actúan con base en declaraciones de voluntad. La California Nurses Association dió su apoyo a esta ley. Se sacaría en conclusión que parece haber un cambio en la actitud de la sociedad, que está reaccionando contra la prolongación de la etapa terminal de la vida y contra el hecho de que las decisiones correspondientes tenga que tomarlas el médico, y no el paciente y sus familiares.³⁵

6.4.3.1. Derechos humanos y Enfermería

Las enfermeras, tanto desde las instituciones profesionales, como desde el desarrollo científico de la disciplina, han concretado su responsabilidad en el ámbito de la salud desde el mantenimiento, fomento y desarrollo de los derechos humanos.

La enfermera adquiere un compromiso personal y profesional en el acto de cuidar. Ello supone el reconocimiento de la importancia de la persona como tal y el profundo respeto por el otro, implica también que la enfermera acompañe a la persona, a la familia o al grupo en sus experiencias de salud, intentando mantener su dignidad y

³⁴ Ibidem, p. 47.

³⁵ Ibidem.

respetando sus diferencias. El mantenimiento de la dignidad supone el reconocimiento de los valores del otro y la promoción de sus derechos, la enfermera favorece el potencial de desarrollo del otro a través de su disponibilidad y escucha. La relación de ayuda es el eje del cuidado: pone a disposición de la persona cuidada todo el bagaje de conocimientos y habilidades que ha ido adquiriendo en su trayectoria profesional, la enfermera proporciona cuidados individualizados de acuerdo con la persona, la familia o el grupo dentro del proceso clínico. El acuerdo entre la persona cuidada y la enfermera es el núcleo de la intervención; significa la apreciación del otro como ser único.³⁶

¿Qué derechos tienen los pacientes en etapa terminal?. La carta de derechos siguiente, fue elaborada por enfermeras, ayuda a responder éstas preguntas:

CARTA DE DERECHOS DE LA PERSONA MORIBUNDA

- Tengo el derecho a que se me trate como persona humana hasta que muera.
- Tengo el derecho a conservar la esperanza sin importar que tan cambiante sea.
- Tengo el derecho a que me atiendan personas que mantengan la esperanza, sin importar que tan cambiante sea.
- Tengo el derecho de expresar mis sentimientos y emociones relativas a mi muerte inminente a mi propia manera.
- Tengo el derecho a participar en las decisiones relativas a mi atención.
- Tengo el derecho a esperar que se me continúe brindando atención de enfermería y médica, aunque los objetivos de curación deban cambiarse a los de comodidad.
- Tengo el derecho a no morir solo.
- Tengo el derecho a no sufrir dolor.
- Tengo el derecho a que se me respondan mis preguntas con sinceridad.
- Tengo derecho a que no se me engañe.

³⁶ BUSQUETS, Surribas Monserrat, Revista Ejercicio profesional: responsabilidad ética y legal. p.p. 29-31.

- Tengo el derecho a que mis familiares y yo recibamos ayuda en la aceptación de mi muerte.
- Tengo el derecho a morir en paz y con dignidad.
- Tengo el derecho a conservar mi individualidad y que no se juzguen mis decisiones, que podrían ser contrarias a las creencias u opiniones de otros.
- Tengo el derecho a hablar sobre mis experiencias religiosas o espirituales, sin importar lo que signifiquen para otros.
- Tengo el derecho a que se respete mi cadáver después de mi muerte.
- Tengo el derecho a que me atiendan personas altruistas, sensibles e informadas, que intentarán comprender mis necesidades y se sentirán satisfechas en ayudarme a enfrentar mi muerte.

Esta carta de derechos se redactó en el taller "The Terminally Ill Patient and the Helping Person". En Lansing, Michigan, University Detroit. (1975).

6.4.4. Satisfacción de las necesidades del paciente en etapa terminal según el Modelo de Virginia Henderson.

La agonía es ese periodo, que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. Es el camino por el que se viaja al no ser, que es la muerte, si le quitamos a esta su sentido de trascendencia. Por esta razón, el enfermo en fase terminal tiene muchas necesidades. Entenderlas y saber ayudarle, es hacerle su muerte amable, llena de paz y serenidad, lo que es el gran objetivo del personal de salud.³⁷

Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Muchos de los supuestos son

³⁷ REYES, Zubuía, Luis Alfonso, T- III, Op. Cit. p. 127.

válidos para el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas se corresponden finalmente con la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada, aunque fueron concretadas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow.

Principales supuestos y definiciones

Enfermería: Henderson define a la enfermería en términos funcionales como, "La única función de la enfermera es ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hace esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible".³⁸

Salud: aunque Henderson no especifica una definición propia sobre este término, sí considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es " la calidad de la salud más que la vida en sí misma, que reserva la energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".³⁹

Entorno: Tampoco hace Henderson una definición clara de entorno, pero señala que es, "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo".⁴⁰

Persona (paciente): Henderson considera al paciente como "Un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La

³⁸ MARRINER, Tomer, Modelos y teorías en enfermería, p. 104.

³⁹ Ibidem, p.p. 104-105.

⁴⁰ Ibidem.

mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad".⁴¹

Necesidades: no se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Comer y beber de forma adecuada.
- 3.- Eliminar los residuos corporales.
- 4.- Moverse y mantener la posición adecuada.
- 5.- Dormir y descansar.
- 6.- Elegir las prendas de vestir –vestirse y desvestirse-.
- 7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
- 8.- Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
- 9.- Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10.- Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
- 12.- Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
- 13.- Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.⁴²

Los cuidados básicos son acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios propios en base a sus conocimientos,

⁴¹ Ibidem.

⁴² Ibidem.

según el nivel de dependencia identificado en el paciente, siendo así, el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación.⁴³ Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descritas anteriormente, los cuales son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes, sin embargo, se han de adaptar a cada paciente según la enfermedad específica y la idiosincrasia de cada uno, de ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Una forma de cómo las enfermeras pueden retomar las recomendaciones de Henderson para el cuidado del paciente en fase terminal en el medio hospitalario es mediante la aplicación de la guía para la valoración de las 14 necesidades básicas la cual divide a cada una de ellas en tres esferas, biológica, psicológica y social, cuya pretensión es la de ayudar a la identificación de las manifestaciones de independencia y dependencia en la satisfacción de las mismas para dar pie a las siguientes fases del proceso de atención de enfermería, y por medio del uso constante de los procesos de atención se dará la profesionalización en la práctica diaria.

6.4.4.1. Necesidades psicológicas

Respecto a las necesidades psicológicas se pueden señalar los siguientes aspectos:

El miedo a la fuerza catastrófica de la muerte

Cuando una persona habla de sus temores relativos a la muerte, es usual que sus respuestas incluyan miedo a lo desconocido, el dolor, la separación, el dejar a los seres amados, la pérdida de la dignidad, los asuntos personales no arreglados, etc.

⁴³ El modelo de Henderson y el proceso de atención, p.2.

Sin embargo, Kübler- Ross considera que "hay otro temor más abrumador y significativo, con frecuencia reprimido e inconsciente, la fuerza destructiva y catastrófica a que se ve sujeta una persona y que no puede cambiar; el individuo no puede hacer nada al respecto de ella". ⁴⁴

Kübler-Ross señala que las personas en etapa terminal comunican éste temor a una fuerza destructiva pero lo hacen en gran parte mediante un lenguaje simbólico. Este último incluye el lenguaje no verbal, como expresiones faciales, una forma especial de dar la mano, en el caso de los niños, mediante dibujos y la forma en que juegan. También es factible que ocurra el uso simbólico de la comunicación verbal.

La necesidad de ser escuchados

Muchos expertos, entre ellos Kübler-Ross, consideran que el aprendizaje de los profesionales de la unidad de salud sobre la forma de enfrentar la muerte de otra persona y los sentimientos que tengan respecto de ellos mismos se amplía en la medida en que escuchan a los moribundos. Las investigaciones de Ross la han convencido de que los moribundos desean hablar sobre su propia muerte y pueden hacerlo y también pueden indicar cuando morirán. Negarles la oportunidad de hablar y no escucharlos, ni percibir lo que dicen, es dejarlos aislados, solitarios. Con frecuencia, los trabajadores de la salud tienen que luchar con sus propias necesidades personales cuando atienden a pacientes en etapa terminal. Son ellos y no el paciente, quienes no desean hablar sobre la muerte. No debe perderse de vista que escuchar al enfermo sirve para centrar la atención en las necesidades del paciente y no las de la enfermera u otros trabajadores de la salud. ⁴⁵

La función de la comunicación

⁴⁴ WOLFF, Witzel, Op. Cit. p.p. 938-939.

⁴⁵ *Ibidem*.

La comunicación es indispensable para los seres humanos en la búsqueda de su identidad personal y, obviamente, la necesidad de tal identidad dura toda la vida, incluso hasta el momento de la muerte. La comunicación adecuada con el paciente implica que la enfermera tenga una relación de confianza con él. La enfermera, al igual que otras personas, suele tener dificultades para hablar acerca de la muerte con pacientes en etapa terminal.

El tema de la muerte ha sido tabú durante mucho tiempo, y en muchos casos, los trabajadores de la salud han otorgado mayor importancia a la curación y prevención de enfermedades, que a la atención de enfermos en etapa terminal, además de que la muerte, generalmente, es una experiencia de gran contenido emocional para cualquier humano. Muchos trabajadores de la salud acostumbran dar al paciente los mejores cuidados físicos, como una forma de huir de sus sentimientos de culpa, cuando no pueden brindarles cuidados psicosociales. Es indudable que los cuidados físicos son importantes, pero la enfermera pasa por alto una significativa oportunidad de desempeñar una función terapéutica, en la atención de enfermos terminales si no los escucha ni presta atención a los indicios verbales que le permitan identificar las necesidades reales del paciente.⁴⁶

La función del contacto físico

Una forma especialmente importante de comunicación con los pacientes en etapa terminal, es el contacto físico. No siempre es necesario decir algo para expresar apoyo emocional, preocupación e interés. El contacto físico en silencio, con frecuencia comunica mucho más, que las palabras.

⁴⁶ Ibidem.

Qué decir al paciente en etapa terminal

Una cuestión frecuente es la de ¿qué decir al paciente en etapa terminal, acerca del pronóstico de su enfermedad?. Corresponde al médico decidir qué se dirá al paciente y cuándo. El médico suele tomar esa decisión después de analizar el problema con los familiares del paciente y evaluar a este último como individuo. Aún así la enfermera, el trabajador social, los religiosos u otros profesionales participan en la toma de decisiones.

Según Ross, en sus investigaciones encontró que la mayoría de los pacientes deseaban conocer su pronóstico a la brevedad posible a modo de tener tiempo de asimilarlo. Los pacientes piden que continúe su esperanza aunque parezca imposible su curación y prolongación de la vida, ruegan que no se les abandone ni se les deje morir solos.

Hoy se considera inapropiado e injusto permitir que el paciente muera sin saber la gravedad de su padecimiento. Al negarle tal conocimiento, también se le priva del tiempo necesario para arreglar asuntos personales, documentos, finanzas y otras cuestiones de importancia. Sin embargo, en numerosas ocasiones, se ha advertido que muchos pacientes se dan cuenta de que sufren una enfermedad incurable sin que se les diga nada al respecto. La comunicación no verbal de sus familiares y el personal de salud con frecuencia dice más que las palabras de éstos.⁴⁷

El personal de salud debe estar preparado para brindar apoyo emocional al paciente, después de hablar con él sobre el pronóstico en forma abierta y franca. La confianza y el respeto mutuo entre los miembros del equipo de salud fomenta el surgimiento de un ambiente que brinde tranquilidad adicional al paciente y familiares.

Muchos pacientes en etapa terminal, hayan gran consuelo y apoyo emocional en su fe religiosa. Es importante ayudarles en la obtención de los servicios de un religioso,

⁴⁷ Ibidem, p. 941.

según lo indique cada institución. En circunstancias adecuadas la enfermera puede sugerir que se llame a un religioso sin que el paciente o que sus familiares hayan expresado tal deseo, pero debe hacerlo con gran tacto y criterio, de modo que la sugerencia no atemorice al paciente. Pero La visita del religioso no debe sustituir las palabras y el trato amable de la enfermera. ⁴⁸

6.4.4.2 Necesidades Espirituales

Ciencia y creencias

La enfermería es tanto una ciencia como un arte. Por una parte, nosotros realizamos los tratamientos técnicos que han sido sometidos a un riguroso método científico; por otra parte, escuchamos y ponemos de manifiesto que proporcionamos cuidados en formas intangibles. Por regla general, nos sentimos cómodas con esta dualidad. Pero, cuando un paciente expresa sus creencias religiosas o espirituales, podemos sentirnos inseguras acerca de nuestro papel. ⁴⁹

Consejos para proporcionar cuidados espirituales

- Comience su día con unos momentos de silencio, una plegaria, o su himno favorito.
- Trabaje con su paciente con una finalidad determinada, concediéndole toda su atención cada vez que entre en su habitación.
- Toque a su paciente, ponga una mano en su frente o apriétele la mano.
- Pregúntele a su paciente si tiene una lectura espiritual, un poema o un himno preferidos. Mantenga sus cosas favoritas en su carpeta.

⁴⁸ Ibidem, p. 942.

⁴⁹ STONER, Marilyn, Revista Nursing, p. 10.

- Sea generosa con el silencio. Simplemente, la meditación con un paciente puede confortarlo.
- Haga unas plegarias realistas. Si su paciente padece una enfermedad terminal, rezar por una recuperación milagrosa puede infundirle falsas esperanzas.
- Reconozca el espíritu en todas las personas. Al hacerlo, usted reconoce la necesidad que todos tenemos de dar y recibir amor.

La enfermera es la única persona que puede decidir si quiere incluir o no las oraciones en los cuidados de enfermería. Si la idea de la oración le es incómoda, entonces debe declinar cortésmente una petición. Pero, aún así se debe tomar en serio la petición y pasarla a alguien que esté dispuesto a intervenir, por ejemplo, alguna persona esté al cargo de los servicios religiosos. Si se decide tomar parte en la plegaria por un paciente, se debe pensar en la acción como en la satisfacción de una necesidad espiritual y no de una necesidad religiosa.⁵⁰

6.4.4.3. Necesidades Físicas

Respecto a las necesidades físicas, se enuncian a continuación seis necesidades fisiológicas básicas del enfermo en fase terminal, la primera se refiere a la pérdida de la sensibilidad, los movimientos y los reflejos que el paciente comienza a perder por las piernas y los pies, por lo que debemos vigilar que las sábanas estén suficientemente flojas.

En la segunda necesidad se encuentra una abundante sudación, señal del deterioro de la circulación periférica, la piel se enfría, sin embargo la temperatura del organismo aumentará. La agitación que generalmente presenta el enfermo en fase

⁵⁰ Ibidem.

terminal se debe muchas veces a la sensación de calor; muchos enfermos intentan quitarse las sábanas, por lo tanto necesitan ropas ligeras y circulación de aire fresco.

Conforme pasa el tiempo, según la tercer necesidad, el enfermo en fase terminal va perdiendo tanto la visión como la audición. Solo ve lo que le está muy cerca y oye nada más lo que se le dice directamente, por lo que hay que procurar que la habitación tenga luz suficiente, si es indirecta mejor y pedir a los familiares que hablen en voz baja, sino cerca de él, al oído pudiera ser, con voz baja y con respuestas sinceras.

En la siguiente necesidad se menciona que aunque vaya disminuyendo su sensibilidad, el enfermo en fase terminal siente la presión. Si a él le gusta, tóquelo. Pero habrá de saber si le place; hay muchos enfermos que prefieren la sola compañía del familiar sin el menor asomo de caricia física.

En la quinta necesidad la presencia del dolor físico continúa a lo largo de todo el proceso agónico, hay que disminuirlo, esto requiere de la participación de todo el equipo multidisciplinario.

Con frecuencia, el enfermo en fase terminal permanece con plena conciencia casi hasta el final. Lo que significa que según la sexta necesidad, hasta el final hay que brindarle un cuidado holístico total. Fisiológicamente hay que hacer hincapié en los cuidados paliativos.⁵¹

6.4.4.4. Papel de la enfermera

⁵¹ REYES, Zubiría Luis Alfonso, T-III, Op. Cit. p.p. 127-129.

Con toda nuestra tecnología, medicamentos, conocimientos y autoridad, hemos olvidado que la muerte es inevitable, que la cantidad y la calidad no son la misma cosa. La vida está llena de sufrimiento, de dolor que no puede percibirse en los resultados de laboratorio o en las radiografías. Quizás la enfermera debería pasar más tiempo hablando con los pacientes, en lugar de tan solo controlar los equipos y aparatos.⁵²

Por lo que, al proporcionar la atención no se deben omitir ninguno de los siguientes puntos:

- La enfermera tendrá presente que el miedo del paciente a la muerte es menos importante que el miedo a morir.
- Tener en mente que las palabras y las acciones no tienen que prometer curación sino cuidados, tranquilidad y apoyo.
- Ver al paciente moribundo como una persona, ser humano, satisfaciendo sus necesidades, profundizándose en su mundo.
- Escuchar al paciente.
- Respetar la individualidad del paciente, pidiendo siempre su autorización para la realización de cualquier actividad (necesaria, médica, de intervención).
- Informar siempre al paciente y a familiares lo que esta sucediendo.
- Permitir que tome parte de las decisiones que se refieren a sus últimos días y a su muerte.
- No hacer promesas al paciente de algo que no se pueda cumplir.
- Relacionarse con la familia del enfermo, estimulando a los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo terminal, esto les ayudará a reducir sus sentimientos de culpabilidad, reproche e impotencia.
- Prepararlos para cualquier procedimiento, equipo, eventualidad que pueda haber en la habitación del paciente.
- Responda al enfado y hostilidad del paciente con apoyo y comprensión.

⁵² ASCH, David A, Revista Nursing. p. 26.

- Cuestionarse todo el tiempo qué tan importante puede ser permitir actos heroicos ante el paciente moribundo.
- Sea sensible a los ruegos verbales y no verbales del enfermo solicitando compañía.
- Fomentar actividades físicas: terapias ocupacionales o recreativas.⁵³

6.4.4.5. La atención al paciente en fase terminal

Los cuidados al paciente terminal son un intento terapéutico que tiene en cuenta el cambio que representa para un individuo cuya muerte es inminente el pasar de una asistencia con finalidad curativa a otra con finalidad únicamente paliativa. La meta de este tipo de asistencia es conseguir que el paciente termine su vida con la mínima alteración de sus actividades habituales y permaneciendo en su ambiente familiar.

Esta modalidad terapéutica de atención al paciente terminal requiere de un método interdisciplinario para proporcionar asistencia médica, social, psicológica y espiritual mediante un amplio marco de profesionales y personas voluntarias, y su finalidad es conseguir la máxima comodidad física y psíquica del paciente.

Los servicios que deben proporcionarse a pacientes terminales son:

1. Ayuda o apoyo científico, humanístico, religioso y en general de todo conocimiento humano. (Tanatología).
2. Asistencia de enfermería proporcionada por el personal altamente calificado.
3. Servicios médico-sociales proporcionados por un asistente social.
4. Servicios médicos: cuidados médicos generales para paliar y controlar la enfermedad terminal y sus complicaciones.

⁵³ MORALES, Espinoza Aurora, Op. Cit. p. 75.

5. Servicios de asesoramiento: que se proporcionen al paciente y a la familia, estos servicios incluyen consejo espiritual, dietético y psicológico.
6. Cuidados intrahospitalarios: si estos se llegaran a requerir.
7. Aparatos médicos, suministros, equipos, medicamentos, para ayudar al paciente y brindar comodidad; y los fármacos para paliar y controlar los síntomas relacionados con la enfermedad.
8. Servicios de ayuda para la salud a domicilio: cuidados de la casa y del paciente para conseguir un ambiente sano y seguro, bajo la supervisión del personal de enfermería.
9. Terapia física, ocupacional y servicios para la patología del habla: para que el paciente pueda realizar sus actividades cotidianas o sus habilidades básicas.
10. Apoyo frente a la aflicción: se ofrece a la familia tras la muerte del paciente por un periodo de un año.⁵⁴

Tratamientos y cuidados médicos específicos

Puede distinguirse entre el tratamiento causal de la enfermedad, destinado a proporcionar la regresión o estabilización de la misma y los cuidados médicos sintomáticos. En la enfermedad terminal se han agotado los primeros y los segundos representan el campo donde tiene lugar la actuación médica y los cuidados de enfermería.

Las manifestaciones clínicas que requieren tratamientos y cuidados específicos durante la enfermedad terminal, son muy variadas; muchas veces precisan asistencia hospitalaria bajo la atención calificada de especialistas.

La finalidad inmediata de estos cuidados y tratamientos es aumentar la calidad de la vida en la fase terminal de la enfermedad. Los objetivos concretos se pueden desglosar en los siguientes: aumentar el periodo de descanso y sueño del enfermo y

⁵⁴ Ibidem. p. 73-74.

de la familia, aumentar la comunicación y la actividad física del paciente, disminuir los sentimientos de impotencia o culpa, y procurar la atención en el propio domicilio si se considera factible.

La planificación terapéutica debe ser esmerada, y se puede ofrecer un programa óptimo de acuerdo a las siguientes bases:

1. Tratamiento adecuado del dolor.
2. Valoración de la ansiedad-depresión.
3. Cobertura completa durante todo el día.
4. Equipo multidisciplinario que pueda tratar las diversas manifestaciones.
5. Valoración y tratamiento aislado de acuerdo a uno de los síntomas.
6. Conocimiento de la estrategia por el paciente.

En definitiva, desde la perspectiva médica, hay que defender al enfermo terminal y permitirle ocupar una cama hospitalaria que necesita, proporcionándole los cuidados y tratamientos oportunos. En pocas áreas de la medicina existe la riqueza ocasional y profesional de ésta, donde se conjugan los más altos valores de la compasión y el consuelo humano, junto con el sufrimiento y la lucha por la vida. El médico y la enfermera hacen en estos casos una labor profesional necesaria y absolutamente gratificante.⁵⁵

6.5. SATISFACCIÓN PROFESIONAL Y LABORAL DE LA ENFERMERA QUE ASISTE AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Las enfermeras han sostenido una larga y azarosa lucha para alcanzar un estatus profesional. La misión de la enfermería es la de cuidar la gente enferma con el

⁵⁵ BRUGAROL AS, Masllorens, La Ética en la práctica médica cotidiana, p. 383.

respeto y la dignidad que merece todo ser humano. Las enfermeras trabajan con personas y éstas son el punto focal de la atención de enfermería.

Como profesional, la enfermera acepta la responsabilidad que implica el tomar decisiones y acciones que protejan la salud de otros individuos y el cuidado de enfermos.

Las enfermeras trabajan y actúan en ambientes diversos en donde reclaman sus servicios, no solo con los pacientes y sus familiares sino también con los otros miembros del equipo de salud.

El compromiso profesional que obliga a la enfermera a ser competente en su vida profesional exige que la enfermera actualice constantemente sus conocimientos básicos.

6.5.1. Las enfermeras trabajan con personas

Las enfermeras tratan con pacientes con objeto de desempeñar su responsabilidad profesional cuando el enfermo lo solicita. Los pacientes aportan el binomio enfermera-paciente, diversas creencias, valores y actitudes morales. De igual manera, las enfermeras aportan diversidad de creencias personales, valores y actitudes morales, además de sus responsabilidades dentro de la práctica profesional.

Las personas que eligen la enfermería como carrera profesional se comprometen con sus pacientes más allá de sus propios sentimientos y actitudes morales. La enfermera presta sus servicios con respeto a la dignidad humana y a la singularidad del paciente. Por lo que la enfermera ya sabe o debería saber cuáles son las creencias, valores y actitudes morales del paciente y de sus familiares (con el objeto

de respetarlos) y la manera en que pueden influir en la habilidad del enfermo para solicitar, recibir o rehusar atención médica y/o de enfermería.⁵⁶

Aclaración de valores

Además de que la enfermera entienda y respete la moral y las creencias que el paciente aporte a una situación terapéutica, también se beneficiarían si conocieran sus propios valores –tanto personales como profesionales- y cómo éstos pueden influir potencialmente tanto en el vínculo enfermera-paciente, como en la manera en que se administren los servicios profesionales. La enfermera debe empezar por identificar sus propias posiciones y prejuicios morales, para explorar los medios de evitar que dichos prejuicios interfieran inconscientemente con su habilidad en proporcionar atención a determinados pacientes. Otro aspecto importante en la aclaración de valores es permitir que la enfermera o enfermero prueben hasta qué tipo de límites llega su habilidad de atender a enfermos que sustenten valores o actitudes morales opuestas a las suyas, puesto que ahora ya conocen cuáles son esas posturas.

Una enfermera que no acepta a ciertos individuos por sus actitudes –drogadictos, suicidas, prostitutas o personas que se someten a cirugías plásticas para alterar su apariencia física- le será muy difícil atenderlos, y más aún si es uno de ellos un paciente en fase terminal. Tanto la enfermera como el paciente se beneficiarían mutuamente si ella determinara con anticipación cuáles serán su conducta y circunstancias que podrá tolerar o apoyar verdaderamente en caso de atención profesional.

Una enfermera que necesita trabajar y no por ello acepta cualquier empleo disponible, no tendrá el dilema de elegir entre su responsabilidad hacia el paciente y su empleo, ya que éste tiene prioridad. Sin embargo, existe la posibilidad que, en uno

⁵⁶ THOMPSON, Joyce Beebe, Ética en enfermería, p.p. 3-4.

u otro momento, las enfermeras en su mayoría cederían sus responsabilidades vocacionales a favor de valores o ganancias personales.⁵⁷

6.5.2. Las enfermeras y la toma de decisiones.

En la práctica de enfermería siempre hay decisiones que tomar. A medida que las enfermeras aumentan su campo de acción e incluyen la atención primaria, deberán tomar decisiones y emitir más juicios clínicos. Generalmente cuando la enfermera está acorralada y algún miembro del equipo, o el paciente, le pregunta: ¿Qué haría usted en este caso?, con demasiada frecuencia, las enfermeras delegan la responsabilidad en el médico o en el paciente. "Es su decisión, no la mía". Ahora bien, si enfermería no es capaz de tomar decisiones precisas y en el momento oportuno debido a la falta de interés por la carrera o a la inseguridad que le brinda la falta de conocimientos, ¿cómo podrá ser capaz de atender debidamente al paciente en fase terminal en sus tres esferas?. E aquí una de las respuestas buscadas en cuanto a la deficiente atención de enfermería al paciente moribundo.⁵⁸

Responsabilidad

Las enfermeras de hoy en día aceptan con facilidad el concepto de la responsabilidad en sus actos de enfermería y en sus juicios clínicos. Como profesionistas responsables están aprendiendo cuáles son las consecuencias legales y éticas de su práctica. Reconocemos, sin embargo, que existen instituciones y colegas que interfieren en la buena disposición de algunas enfermeras para tomar decisiones, pero las enfermeras deben superar esas dificultades para poder desempeñar con eficiencia sus responsabilidades profesionales para el paciente.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem. p. 5.

Admitir que le hemos hecho algo a otra persona porque un tercero nos dijo lo que hiciéramos, no está de acuerdo con la práctica actual de la enfermera, responsable y comprometida. El decir y admitir abiertamente, que hemos llevado a cabo un acto específico, porque “según mi mejor juicio era lo que el paciente necesitaba”, es ser responsable a nuestra conducta respecto a la toma de decisiones. Es cierto advertir, sin embargo que según el mejor juicio que tengamos es una aseveración compleja de valores e involucra una decisión basada en su valor. El hecho de que el juicio y las acciones que de él se derivan, sean éticas depende de otros factores como la identificación clara y exacta de la necesidad y deseos del paciente.⁵⁹

6.5.3. Desempeño y relaciones

La enfermería de hoy exige que la enfermera represente una serie de papeles y que participe en diversidad de relaciones en equipo con otros profesionales de la salud. En un momento dado, la enfermera puede ser abogado, consejera, confidente, cuidadora, tomadora de decisiones o colega, ya sea individualmente o en combinación. La naturaleza misma de la enfermería requiere que la enfermera se preocupe por el paciente y sus familiares, colegas dentro del campo de la salud y la medicina, instituciones y/o jefes y la sociedad como un todo.⁶⁰

La importancia de las relaciones entre los compañeros de trabajo, y en este caso entre los miembros de salud, depende no sólo de las necesidades de sociabilidad de cada uno sino también hasta qué punto se necesite de los otros en la tarea. Casi siempre se intenta marcar las diferencias de formación académica y objetivos entre la profesión de enfermería y médica, pero en los últimos años la enfermería se considera más que un simple curso, día con día se avanza más en este rubro y cada uno de los profesionales que la integra lucha por el reconocimiento social y

⁵⁹ Ibidem. p. 6.

⁶⁰ Ibidem. p. 7.

académico de las enfermeras. La comunicación entre el médico y la enfermera es esencial pues juntos trabajan en un equipo para proveer el mejor cuidado a sus pacientes especialmente dentro de una unidad de cuidados intensivos. No obstante, la comunicación de éste dúo no solamente es esencial dentro de una unidad de cuidados intensivos sino a su vez en la atención primaria a la salud o en otro ámbito que les incumbe a su profesión.⁶¹

Respeto por los colegas

Es importante conocer y respetar los valores y las actitudes morales de nuestros colegas. Con frecuencia hablamos de la prioridad que representa en enfermería la responsabilidad de la atención al paciente, pero si no existe respeto mutuo entre los miembros del equipo de salud, es muy posible que el paciente reciba una atención muy inferior a la óptima. Es indispensable que los miembros del equipo de salud se den cuenta de cuanto antagonizan por obtener el poder o el control de las decisiones porque “ya se que es lo mejor”, el paciente será quien más sufra por esa rivalidad.

La enfermería a alcanzado un nivel profesional alto que exige decisiones de trabajo en equipo y de apoyo. No será demasiado tarde pedir a la enfermera que dedique más tiempo y energía a aceptar, entender y respetar la dignidad y singularidad de sus pacientes tal como lo hace con sus colegas.⁶²

Toma de decisiones en equipo

Una de las mejores tácticas de asegurar que las decisiones médicas o de salud se ajusten y sirvan para el mejor interés del paciente, es la de someter esas decisiones a la discusión y acción en equipo. Este equipo puede incluir al paciente mismo y familiares y al personal profesional para que funcione.

⁶¹ AGUILAR, Méndez Claudia. Tesis Factores que intervienen en las relaciones humanas del personal de enfermería en el servicio de Terapia Intensiva quirúrgica del INC Ignacio Chávez, p.25.

⁶² THOMPSON, Joyce Beebe. Op.Cit. p.p. 7-8

Competencia profesional

Se da por hecho que la enfermera necesita actualizar constantemente sus conocimientos en la materia para mantenerse en los primeros lugares de la competencia. En la práctica profesional de la enfermería, se manifiestan nuevas alternativas que demandan soluciones éticas, creadas por la sencilla razón de que han surgido otros sistemas para conservar la calidad y potencialidad de la vida humana.

Las enfermeras que laboran en unidades de cuidado intensivo o de investigación quizás estén más familiarizadas con el tipo de dilemas creados por la tecnología. El momento exacto en que se debe aplicar el respirador a un paciente puede ser decisión tan difícil de ejecutar como la de desconectarlo.

Las enfermeras, debido a su constante y continuo contacto con los paciente, suelen encontrarse en la posición de participar en ese tipo de decisiones. Conocer la anamnesis del paciente y datos de sus familiares, así como sus reacciones ante su actual estado, proporciona a la enfermera las bases para decidir cuál tratamiento será el adecuado. Sin embargo, la enfermera estará incapacitada de responsabilizarse de haber elegido cierta decisión, si no tiene los conocimientos suficientes.⁶³

6.5.4. Ambiente laboral

En la actualidad es necesario mejorar la calidad de la atención médica. El personal del enfermería es parte fundamental para lograr dicho aspecto, siendo la enfermera

⁶³ Ibidem. p. 9.

un eslabón importante, tomar en cuenta el factor humano que la rodea resulta indispensable para conocer con la mayor precisión posible sus necesidades y grado de satisfacción. Algunas investigaciones realizadas por el Departamento del Distrito Federal, revelaron que la satisfacción en el trabajo tiene relación con algunos aspectos del desempeño laboral y fundamentalmente del clima organizacional. Con ello se encontró que la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada por diferentes teóricos e investigadores en ciencias sociales como un factor determinante en la calidad de la atención. Maslow, afirma que la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, con lo que se identifica a este factor como repercusión importante sobre la motivación personal.⁶⁴

La satisfacción y el desempeño laboral establecen una relación negativa con el ausentismo y la rotación del personal, es decir, los individuos están satisfechos con su trabajo hasta el grado que les permita obtener lo que desea, su desempeño es eficiente siempre y cuando los conduzca a obtener la satisfacción de sus necesidades. La satisfacción laboral representa una correlación significativa, aunque inestable con el desempeño del trabajador.

En el ámbito laboral, los fines materiales pueden consistir en una justa retribución del salario, la seguridad en el empleo, la conservación de la salud, la satisfacción en el trabajo, entre otros. Y en el orden moral, los fines pueden ser el respeto, la estima, la consideración de los superiores jerárquicos y de los compañeros. Cuando estos fines no se logran no es difícil que surja el descontento, como un sentimiento de frustración y que la descarga emocional se traduzca en una actitud agresiva contra lo que se considera un obstáculo.⁶⁵

El factor emocional desempeña en la vida social una función importante. De ahí la necesidad de mantener un clima emocional aceptable en todo ambiente de trabajo,

⁶⁴ AGUILAR, Mendez Claudia, Op. Cit. p.p. 25-26.

⁶⁵ FINGERMAN, Gregorio, Relaciones Humanas, p.p. 8-11.

con motivaciones intrínsecas o extrínsecas pero que intervienen de manera directa sobre la calidad de trabajo que se realice. Es evidente que la motivación es indispensable en todas las áreas donde se desenvuelve el ser humano, el área laboral es una de ellas, en el trabajo se busca seguridad, independencia, satisfacción, experiencia, con la finalidad de ser útil integrarse a una comunidad humana, ubicarse en una sociedad y con ello fomentar y crear día con día relaciones humanas. Sin embargo existe una idea muy difundida pero superficial que afirma que la gente trabaja sobre todo por cobrar un salario, dentro de esta temática existe una situación paradójica: para unos el trabajo es una bendición por que les permite desenvolverse y desarrollar todas sus capacidades, en tanto que otros lamentan su trabajo y si no fuera por la motivación extrínseca del salario dejarían de trabajar. En enfermería el personal insatisfecho y sin motivaciones personales y laborales no da un rendimiento adecuado y puede generar ausentismo, falta de comunicación e influir de manera negativa sobre el establecimiento de relaciones humanas.⁶⁶

6.5.5. Cálculo de personal ideal de enfermería para la atención al paciente.

El cálculo ideal de personal empleado por el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", según indicadores de la atención de enfermería que marcan la norma técnica contemplada en la guía técnico-administrativa del ISSSTE para unidades de segundo y tercer nivel, es el siguiente:

Para cirugía General se consideran 4 horas promedio por enfermera-paciente, para Medicina Interna igualmente 4 horas, para Ginecoobstetricia 2.8 horas enfermera-paciente, en la Unidad de Cuidados Intensivos una enfermera especialista por 3 camas más una enfermera general por 6 camas, en Pediatría 4.5 horas enfermera-paciente, en Neonatos 2.8 horas enfermera-paciente, en Urgencias Pediatría una

⁶⁶ AGUILAR, Mendez Claudia, Op. Cit. p.p. 27-28.

enfermera por 3 camas, en Urgencias Adultos una enfermera auxiliar por 6 camas, para Consulta Externa de especialidad una enfermera auxiliar por consulta, en la Unidad de Tocoquirúrgico dos enfermeras especialistas por sala, para Quirófano dos enfermeras especialistas por sala y en Recuperación una enfermera auxiliar por 6 camas.

El métodos para cálculo de personal utilizado por la institución es el siguiente: para el turno matutino 35 por ciento, para el vespertino 25 por ciento, para el nocturno guardia A 20 por ciento y para la guardia B 20 por ciento, con esto obtenemos un porcentaje global del cien por ciento. Dentro de las categorías con referente al nivel, la distribución se da de la siguiente manera: Personal profesional 60 por ciento, para el no profesional 40 por ciento y para el previsible 35.62 por ciento.

El cálculo de personal para 24 horas se da de la siguiente manera: El número de camas por índice de atención en paciente más previsible, entre jornada de trabajo por persona, igual a número de personal para 24 horas. Esta es la referencia que el ISSSTE emplea para distribuir al personal dentro de los diferentes turnos, así como para las diferentes categorías.⁶⁷ Estos datos pueden variar según la capacidad instalada de los servicios, la complejidad de los tratamientos médicos, las áreas de atención y el sistema de organización, además del índice de asistencia diaria. Por lo antes mencionado, la plantilla de personal se encuentra completa según los parámetros establecidos por la institución, pero sin embargo, se observó falta de personal para la asistencia al paciente en el servicio de MI, en donde el número de pacientes es mayor y por lo tanto la distribución para cada una de las enfermeras es mayor, disminuyendo así el índice de atención.

⁶⁷ Manual técnico-administrativo del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Este marco teórico se elaboró partiendo de aspectos muy generales y que involucran cada una de las aristas concernientes al paciente en fase terminal, hasta aterrizar en aspectos tan específicos que involucran a la atención directa que proporciona enfermería, en lo que se refiere al ámbito hospitalario. No podemos olvidar ni pasar por alto la importancia que tiene para el éxito de esta investigación el modelo de Virginia Henderson, en donde se abordan los puntos más significativos de su teoría.

A partir del marco teórico definido se efectuará la investigación sistemática del problema, tomando como base científica todas aquellas variables e indicadores encontrados mediante la recopilación de datos útiles para la investigación, concluyendo con el análisis e interpretación de los resultados por medio de gráficas.

VII. HIPÓTESIS DIRECCIONALES

Aunque se trata de un estudio de corte descriptivo que no requiere de hipótesis, se decidió plantear las siguientes para guiar la investigación.

1. A mayor edad de las enfermeras, mayor interés en los aspectos humanísticos del cuidado al paciente en fase terminal.
2. El grado de escolaridad de las enfermeras se relaciona positivamente con su opinión sobre el cuidado del paciente en fase terminal.
3. La comunicación enfermera-paciente y equipo de salud, es un factor importante para enfermería en la atención al paciente en fase terminal.
4. El grado de satisfacción profesional y laboral de las enfermeras se relaciona con el tipo de cuidado que otorgan al paciente en fase terminal.
5. El abastecimiento de material y equipo, además de la carga laboral, son factores importantes para la atención al paciente en fase terminal.
6. Las características del cuidado de enfermería y el conocimiento que se tiene en la aplicación del modelo de Virginia Henderson se relaciona positivamente con la atención otorgada al paciente en fase terminal.

VIII. DEFINICIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE I. Factores Sociales:

Se toman en cuenta algunas de las características personales de las enfermeras y otros elementos que se considera intervienen o influyen en la atención de calidad de enfermería otorgada al paciente en fase terminal, de entre los cuales se encuentran la comunicación no solo con el paciente si no también con el equipo de salud, además de la satisfacción laboral en cuanto al cumplimiento de propósitos y metas, la asistencia a cursos de Tanatología y atención al paciente en fase terminal, así como datos personales útiles para la investigación, edad, sexo y estado civil.

INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	INDICES	No. DE ITEM
Comunicación con el paciente en fase terminal.	Cualitativa	Buena Regular Deficiente No hay	12
Comunicación con el equipo de salud	Cualitativa	Buena Regular Deficiente No hay	13
Nivel académico	Cualitativa	Posgrado Licenciatura Técnico Auxiliar	4
Satisfacción laboral respecto al cumplimiento de propósitos y metas.	Cualitativa	Totalmente Parcialmente Definitivamente no	15,14
Asistencia a cursos	Cualitativa	Siempre Algunas veces Nunca	22
Edad	Cuantitativa	20-30 31-40 41-50 más de 5	1
Sexo	Cualitativa	Mujer Hombre	2
Estado Civil	Cualitativa	Casado Soltero Unión libre Otro	3
Labora en otra institución	Cualitativa	Si No	7

VARIABLE II. Factores institucionales :

Las características del servicio como son el número de camas, personal con que cuenta el servicio, abastecimiento de material y equipo, programas de superación y actualización del personal en los aspectos de calidad de la atención, además de la jornada de trabajo y antigüedad laboral, son factores medibles y útiles para la investigación, y que de alguna forma influyen en la atención de enfermería otorgada al paciente en fase terminal.

INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	INDICES	ÍTEMS
Personal de enfermería con el que cuenta el serv.	Cuantitativa	6 – 9 9 – 12 más de 12	20
No. de pacientes asignados a cada enfermera.	Cuantitativa	1– 2 3 – 4 más de 4	19,17
Abastecimiento de material y equipo suficiente	Cuantitativa	Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca No lo se	21
No. de camas	Cuantitativa	1 – 12 13 – 35 36 o más	11
Programas de superación y actualización del personal en los aspectos de calidad de la atención.	Cuantitativa	Cursos Círculos de estudio Sesiones clínicas No existen	23
Antigüedad laboral	Cuantitativa	1 – 5 años 6 – 10 años 11 o más	9, 18
Jornada de trabajo	Cuantitativa	8 horas 12 horas más de 12 horas	10

VARIABLE III. Características del cuidado de enfermería.

Se incluyen algunos de los factores culturales y los conocimientos que toman en cuenta las enfermeras para otorgar cuidados al paciente en fase terminal tales como la importancia en el campo de estudio de la Tanatología, la religión del paciente, así como la importancia de cubrir las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, de acuerdo al modelo planteado por Virginia Henderson.

INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	INDICES	No. DE ITEM
Conocimiento sobre el campo de estudio de la Tanatología	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo conozco	16, 36
Toma en cuenta la religión del paciente en fase terminal	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo considero importante	24, 26
Ayuda a su paciente a aceptar las etapas del duelo	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo considero importante	25
Cubre las necesidades biológicas del paciente terminal	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo considero importante	27,30,31,32,33,
Cubre las necesidades psicológicas del paciente terminal	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo considero importante	32, 35
Cubre las necesidades sociales del paciente terminal	Cualitativa	Totalmente Parcialmente No lo considero importante	28, 29

IX. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 Tipo de estudio, límites temporales y espaciales

Se realizó una investigación transversal, descriptiva y observacional.

Transversal por ser una investigación que implica la obtención de datos en un momento específico.⁶⁸ **Descriptivo** por comprender la descripción, registro, análisis e interpretación de una situación que ocurre de modo natural.⁶⁹ **Observacional** por que el investigador no manipula las variables y consiste en registro sistemático válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta.⁷⁰ en enfermeras que trabajen en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Límites temporales:

La investigación se llevó a cabo de Diciembre de 1999 a Septiembre del 2000 en los turnos matutino, vespertino y nocturno respectivamente.

Límites espaciales:

La obtención de la información se efectuó mediante entrevista directa, estableciendo un primer contacto aprovechando los espacios y cualquier momento derivado de las interacciones enfermera-paciente. En el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, en los servicios de MI y UCI. Dicho hospital se encuentra ubicado en la calzada Ignacio Zaragoza, No. 1711 de la Delegación Iztapalapa.

9.2. Población y muestra

⁶⁸ POLIT, Denise F., Investigación científica en ciencias de la salud, p. 149.

⁶⁹ TAMAYO, Mario, El proceso de la investigación científica, p. 35.

⁷⁰ HERNÁNDEZ, Sampieri Roberto, et. al, Metodología de la investigación, p.p. 309-310.

UNIVERSO: Se incluyó en el estudio a las 771 enfermeras (os) de las diferentes categorías, adscritos, que laboran en los diferentes turnos del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

MUESTRA: Se tomó como muestra a las 56 enfermeras del servicio de Medicina Interna y de la UCI, de esta manera se obtuvo datos más fidedignos para el fin de la investigación, siendo una muestra **no probabilística** porque la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador,⁷¹ en cambio, depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas, además de ser una muestra **convencional**, ya que como su nombre lo indica, entraña el empleo de una muestra integrada por las personas cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente.⁷²

9.3. Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión: Enfermeras (os) adscritos a los servicios de MI y UCI de los diferentes turnos y que se encuentren presentes al momento de la aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión: Enfermeras que no sean adscritas a los servicios de MI y UCI, que se nieguen a contestar el instrumento.

Criterios de eliminación: Enfermeras que no se encuentren al momento de la aplicación del instrumento.

9.4. Métodos de recolección de la información

⁷¹ Ibidem. p.p. 207-208.

⁷² POLIT. Op. Cit. p.p. 238-239.

9.4.1. Instrumento de medición:

Se conoció la opinión de las enfermeras respecto a la calidad de la atención prestada en los distintos turnos del servicio de Medicina Interna y UCI, a través de un cuestionario conformado con treinta y cinco preguntas cerradas y una abierta. Las once primeras preguntas son de identificación de los participantes, el resto de tres opciones y por último una pregunta abierta que se refirieron al conocimiento que tienen las enfermeras sobre el cuidado de enfermería basados en el modelo de Virginia Henderson, así como los factores institucionales que influyen en el cuidado.

9.4.2. Procedimientos de recolección de la información:

- a) Elaboración del marco teórico: se integró a través de la recopilación bibliográfica, visitas a la biblioteca, consultas por internet, elaborando fichas de trabajo, a partir del cual se plantean las hipótesis y las variables para construir el instrumento de recolección de datos
- b) Trámites administrativos: registro de la tesis en la ENEO, trámite del permiso al campo hospitalario.
- c) Trabajo de campo: aplicación del instrumento, se recopiló la información mediante los cuestionarios aplicados a las enfermeras del servicio de Medicina Interna y de la UCI, los días 17, 18 y 19 del mes de abril del 2000 en los diferentes turnos, matutino, vespertino y nocturno.

9.5. Plan de tabulación y análisis

Los resultados obtenidos con el instrumento (cuestionario aplicado) se vaciaron en hojas de tabulación, para después realizar cuadros de trabajo, posteriormente se concentraron los datos aplicando estadística descriptiva por número de pregunta y un análisis cuidadoso de cada uno para determinar y resaltar los puntos principales para así probar o disprobar las hipótesis planteadas.

9.6. Recursos humanos y materiales que se emplearon

Recursos Humanos

Dos investigadores de la UNAM, Guerrero Cedano Juan y Hoyos Alvarado Virginia, pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, un director de tesis Mtra. María Teresa Pérez Rodríguez, y un asesor por parte de la institución hospitalaria subcoordinadora de enseñanza e investigación Enfermera Maria de la Luz Samudio Sánchez.

Recursos Materiales

Equipo de computo, tinta para impresora, hojas blancas, lápices, bolígrafos, fotocopias, libros para la investigación.

X. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE DATOS

Se realizó una investigación descriptiva y transversal para identificar los factores que influyen en la calidad de atención de enfermería al paciente en fase terminal, para lo cual se aplicó un cuestionario estructurado, a las enfermeras del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE.

Acerca de la edad de las enfermeras encuestadas del servicio de Medicina Interna y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", el 41% (23) corresponden al rango de 20-30 años, el 34% (19) de 31-40 años, el 21% (12) de 41-50 años y el 4% (2) de 51-60 años de edad. Respecto al género de las enfermeras (os) encuestadas, solo el 9% (5) corresponde al género hombre y el 91% (51) al género mujer (cuadro No. 1).

Con respecto al estado civil de las enfermeras encuestadas el 50% (28) son casadas, el 36% (20) son solteras, el 4% (2) viven en unión libre y el 7% (4) contestaron la opción otro (viuda), además del 3% (2) que no contestó (cuadro No. 2).

De acuerdo al nivel de estudios de las enfermeras encuestadas el 73% (41) son Técnicas, el 9% (5) son Licenciadas, el 16% (9) cuenta con estudio Postécnico y el 2% (1) no contestó. Respecto a la categoría de las enfermeras encuestadas el 23% (13) corresponden a la categoría de Especialistas, el 50% (28) poseen la categoría de Enfermera General y el 27% (15) poseen la categoría de Enfermera Auxiliar (cuadro No. 3).

Acerca del turno en que laboran las enfermeras encuestadas el 41% (23) laboran en el turno matutino, el 34% (19) en el turno vespertino y el 25% (14) en el turno nocturno (cuadro No. 4).

Acerca de la antigüedad laboral que poseen las enfermeras encuestadas el 34% (19) corresponden de 1 a 5 años de antigüedad, el 23% (13) de 6 a 10 años, el 7% (4) de 11 a 15 años, el 20% (11) de 16 a 20 años, el 11% (6) de 21 a 27 y el 5% (3) no contestó. Respecto al horario de trabajo de las enfermeras encuestadas el 34% (19) laboran 6 ½ hrs. al día, el 45% (25) laboran 8 hrs. al día y el 21% (12) laboran 12 hrs. (cuadro No. 5).

De acuerdo a las respuestas que dieron las enfermeras encuestadas respecto a la importancia que le otorgan a la comunicación enfermera-paciente, el 98% (55) contestaron que es muy importante, y el 2% (1) parcialmente importante. Respecto a la importancia que le otorgan las enfermeras a la comunicación con el equipo de salud, el 95% (53) la considera muy importante, y el 5% (3) parcialmente importante (cuadro No. 6).

En cuanto al cumplimiento de propósitos y metas de las enfermeras encuestadas el 43% (24) contestaron totalmente, el 55% (31) parcialmente y el 2% (1) definitivamente no ha cumplido sus metas. De acuerdo a la satisfacción laboral que poseen las enfermeras encuestadas, el 75% (42) contestaron que se encuentran totalmente satisfechas, y el 25% (14) medianamente satisfechas (cuadro No 7).

Acerca de la importancia que le otorgan las enfermeras al conocimiento de la concepción de la muerte el 89% (50) contestaron que es totalmente importante, el 5% (3) parcialmente, el 4% (2) no lo consideran importante y el 2% (1) no contestó (cuadro No. 8).

Respecto a la importancia que le otorga enfermería al número de enfermeras por servicio para la atención del paciente, el 69% (39) lo considera totalmente importante, el 23% (13) parcialmente, el 4% (2) no lo considera importante y el 4% (2) no contestó. En cuanto a si la carga laboral impide la atención integral al paciente en fase terminal, el 25% (14) contestó totalmente, el 64% opina que parcialmente (36), el 7% (4) no lo considera importante y el 4% (2) no contestó (cuadro No. 9).

Respecto a la afirmación que no se pierde la sensibilidad con la antigüedad laboral, tomando en cuenta los rangos de edad se encontró que de 20 a 30 años de edad el 35% (8) lo considera totalmente de acuerdo, el 56% (13) parcialmente de acuerdo y el 9% (2) no lo considera importante. De 31 a 40 años de edad el 37% (7) totalmente, el 37% (7) parcialmente, el 21% (4) no lo considera importante y el 5% (1) no contestó. De 41 a 50 años el 58% (7) totalmente, el 17% (2) parcialmente, el 17% (2) y el 8% (1) no contestó. De 51 a 60 años el 100% (2) totalmente (cuadro No. 10).

En cuanto al número de pacientes asignados a cada enfermera en la UCI el 100% (17) atienden de 1 a 2 pacientes. En MI el 18% (7) atienden de 3 a 5 paciente, el 74% (29) 6 o más pacientes y el 8% (3) no contestó (cuadro No. 11).

En cuanto a la influencia del abastecimiento de material y equipo para la atención del paciente, el 64% (36) opinan que es totalmente influyente, el 27% (15) parcialmente, y el 9% (5) no lo considera importante (cuadro No. 12).

Con respecto a la asistencia de las enfermeras a cursos según rangos de edades, de 20 a 30 años el 22% (5) siempre asisten, el 74% (17) algunas veces y el 4% (1) no contestó. De 31 a 40 años el 21% (4) siempre asiste, el 74% (14) algunas veces y el

5% (1) nunca asiste. De 41 a 50 años el 34% (4) siempre, el 58% (7) algunas veces y el 8% (1) nunca. De 51 a 60 años el 100% (2) asiste algunas veces (cuadro 13).

Referente a la importancia que le otorgan las enfermeras a la impartición de programas de actualización de atención humanística para proporcionar atención integral el 58% (33) lo considera totalmente importante, el 38% (21) parcialmente y el 4% (2) no lo considera importante (cuadro No. 14).

Respecto a las enfermeras que toman en cuenta la religión del paciente en fase terminal según por rangos de edad de 20 a 30 años, el 30% (7) contestó totalmente, el 17% (4) parcialmente, el 48% (11) no lo considera importante y el 4% (1) no contestó. De 31 a 40 años el 53% (10) totalmente, el 16% (3) parcialmente y el 32% (6) no lo considera importante. De 41 a 50 años el 67% (8) totalmente, el 8% (1) parcialmente y el 25% (3) no lo considera importante. De 51 a 60 años el 100% (2) toma totalmente en cuenta la religión (cuadro 15).

Cuando se pregunto si las enfermeras que colaboran con el paciente en la aceptación de las etapas del duelo, el 34% (19) colaboran totalmente, el 59% (33) parcialmente, el 5% (3) no lo considera importante y el 2% (1) no contestó (cuadro 16).

Referente a las enfermeras que acostumbran orar con o por sus paciente el 14% (8) contestó totalmente, el 56% (31) parcialmente, el 23% (13) no lo considera importante y el 7% (4) no contestó (cuadro No. 17).

Acerca de la opinión de las enfermeras en cuanto a la funcionalidad del área física para la atención al paciente, el 43% (24) opinan que es totalmente influyente, el 44% (25) parcialmente, el 11% (6) no lo considera importante y el 2% (1) no contestó (cuadro No. 18).

Respecto a las enfermeras que crean un método de atención dirigido al paciente, el 32% (18) respondió que totalmente lo crea, el 55% (31) parcialmente, el 11% (6) no lo considera importante y el 2% (1) no contestó (cuadro No. 19).

En relación a si las enfermeras que conocen el modelo de Virginia Henderson, por rangos de edad de 20 a 30 años el 17% (4) lo conocen totalmente, el 48% (11) parcialmente, el 9% (2) no lo consideran importante y el 26% (6) no lo conocen. De 31 a 40 años el 25% (5) totalmente, el 35% (7) parcialmente, el 20% (4) no lo considera importante y el 20% (4) no lo conoce. De 41 a 50 años el 55% (6) totalmente, el 27% (3) parcialmente, el 9% (1) no lo considera importante y el 9% (1) no lo conoce. De 51 a 60 años el 100% (2) lo aplica parcialmente (cuadro No. 20).

En cuanto a la importancia que le otorgan las enfermeras al movimiento y comodidad del paciente el 64% (36) contestó totalmente, el 32% (18) parcialmente, y el 4% (2)

no lo considera importante. Respecto a las enfermeras que mantienen la temperatura corporal del paciente dentro de los valores normales por medios físicos, el 80% (45) lo lleva a cabo totalmente, el 16% (9) parcialmente, el 2% (1) no lo considera importante y el 2% (1) no contestó. Respecto a las enfermeras que participan en actividades recreativas con el paciente el 14% (8) participan totalmente, el 52% (29) parcialmente, el 20% (11) no lo considera importante y el 14% (8) no contestó. Referente a las enfermeras que favorecen los periodos de descanso y sueño del paciente el 61% (34) lo favorecen totalmente, el 30% (17) parcialmente, el 5% (3) no lo considera importante y el 4%(2) no contestó. Respecto a las enfermeras que mantienen al paciente en condiciones higiénicas adecuadas, el 95% (53) lo realizan totalmente, el 4% (2) parcialmente y el 2% (1) no contesto. En lo que respecta a las enfermeras que tienen como objetivo principal ayudar al individuo sano o enfermo a su recuperación o a una muerte tranquila, el 95% (53) contestó cumplir totalmente éste objetivo, el 4% (2) parcialmente y el 2% (1) no lo considera importante (cuadro No. 21).

En cuanto al concepto que las enfermeras tienen del término Tanatología por rangos de edad de 20 a 30 años el 25% (6) contestó que es una ciencia, el 21% (5) tratado o estudio, el 33% (8) proporcionó una descripción clara y amplia del término, el 17% (4) descripción poco clara y el 4% (1) no contestó. De 31 a 40 años el 36% (8) dijo ser una ciencia, el 23% (5) tratado o estudio, el 23% (5) descripción clara y amplia del término, el 14% (3) descripción poco clara y el 5% (1) no contestó. De 41 a 50 años el 62% (5) tratado o estudio, el 25% (2) descripción poco clara y el 12% (1) no contestó. De 51 a 60 años el 50% (1) tratado o estudio y el 50% (1) descripción poco clara (cuadro No. 22).

XI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Respecto a la edad de las enfermeras encuestadas en los servicios de Medicina Interna y UCI, se encontró que casi la mitad es una población en etapa de adulto joven, lo que nos lleva a pensar en que existe mayor productividad y capacidad para cumplir con una jornada de trabajo dentro de las mejores condiciones físicas posibles.

En cuanto al género se encontró que ésta profesión continua siendo predominantemente de carácter femenino y solamente un pequeño porcentaje de varones ha incursionado dentro de éste ámbito.

En cuanto al estado civil de las enfermeras encuestadas, según datos obtenidos, la mitad son casadas, por lo que se puede deducir que éste grupo de mujeres posee ciertas responsabilidades como el mantenimiento del hogar, periodos de gravidez, la educación de los hijos entre otras, además de que puede ser personal que labora en otra institución y que en un determinado momento puede obstaculizar su labor profesional.

Respecto al nivel de estudios, tres cuartas partes pertenecen al nivel técnico, y por lo tanto nos indica que la mayoría es personal no especializado y está a cargo de proporcionar atención directa al paciente en fase terminal. Para proporcionar atención especializada es necesario revertir los porcentajes ya que solo una minoría es especialista. Un aspecto positivo para la profesión de enfermería es que no existen enfermeras cuyo nivel de estudios sea auxiliar, pero sin embargo existen enfermeras tituladas con esta categoría.

Referente al turno de las enfermeras la mayor parte de ellas se concentra en el turno matutino, disminuyendo en forma proporcional para los siguientes turnos, por lo que sería obvio pensar que a mayor cantidad de personal existe mejor atención brindada al paciente en fase terminal pero sin embargo hay que tomar en cuenta que el número de actividades es mayor para este turno, y que no todas las actividades están ligadas a la atención directa del paciente.

Respecto a la antigüedad laboral se encontró que la mayoría han pasado de cinco años o menos dentro de la institución, y conforme pasan los años disminuye el número de enfermeras con mayor antigüedad, esto nos habla de un fenómeno de permanencia institucional en donde solo un reducido número llega a la jubilación, esto puede deberse a diferentes factores.

Tomando en cuenta que la comunicación enfermera-paciente es un factor importante para la atención integral proporcionada al paciente en fase terminal, además de la adecuada comunicación con el equipo de salud, casi el cien por ciento de las enfermeras encuestadas están a favor de estos dos aspectos, pero cabría reflexionar hasta que punto lo llevan a cabo.

Es indispensable evaluar en todo momento la opinión que tienen las enfermeras acerca de la satisfacción por su profesión ya que de ésta depende la atención de calidad brindada al paciente, tres cuartas partes de las enfermeras encuestadas se encuentran totalmente satisfechas, por lo que idealmente podría esperarse una atención integral. Respecto al cumplimiento de propósitos y metas, poco más de la mitad las ha cumplido solo parcialmente, tal vez por el hecho de que al ser personal joven le falta realizarse dentro de su propio ámbito.

Referente a que si consideran importante conocer la concepción de la muerte, la mayor parte de las enfermeras encuestadas consideran totalmente importante partir de una comprensión clara para poder dar atención de calidad, como personal de enfermería no podemos partir de supuestos si no de realidades con base en la experiencia y con conocimiento.

De acuerdo a la influencia de la carga laboral en la calidad de la atención brindada al paciente se encontró que poco más de la mitad organiza y distribuye su tiempo de tal forma que la carga laboral no le impide comunicarse con sus pacientes, pero sin embargo esto se contrapone a las opiniones respecto en donde la mayoría de las enfermeras están a favor de que a mayor número de enfermeras por servicio se puede proporcionar atención de calidad, además de que el número de pacientes asignados a cada quien es de 6 o más pacientes, que pueden ser delicados o graves y que la enfermera debe proporcionarles atención integral lo cual requiere de un máximo esfuerzo por parte del personal de enfermería para lograr los objetivos deseados a favor del paciente. Otro aspecto importante es la jornada de trabajo en donde la mayoría posee o cubre un turno completo de 8 hrs. por lo que se considera que aún así no se alcanza a cubrir todas las necesidades del paciente tanto físicas y psicológicas.

Acerca de la no pérdida de la sensibilidad según datos obtenidos por rango de edad de las enfermeras, más de la mitad de 20 a 30 años opinan que la sensibilidad si se pierde o disminuye con la antigüedad laboral, tal vez por que es personal joven que posee corto tiempo de ingreso y que carece de experiencia ya que tienen otra visión muy diferente a la de su etapa de estudiante, también porque esto puede ser consecuencia de la rutina diaria y del exceso de trabajo de la que son fácil presa, tomando en cuenta que la pérdida de sensibilidad no es sinónimo de atención deficiente, pero si falta de atención holística. A diferencia de el resto de las enfermeras cuya edad es mayor, más de la mitad de 41 a 50 años y hasta el total de las enfermeras en el caso de 51 a 60 años opinan que la sensibilidad no se pierde, y que en cambio se enriquece con el paso del tiempo, quizás porque ellas han

comprendido que la muerte es parte natural de la vida, algo que experimenta todo ser vivo y que tal vez se ven reflejadas ante ésta situación.

El abastecimiento de material y equipo en determinado servicio es muy importante para la atención integral del paciente en fase terminal, afirmación que es evidente para la mayoría de las enfermeras del servicio de M.I. y de la UCI, otra parte considera que no es tan importante el abastecimiento, tal vez hay que pensar que a falta de material y equipo sea el personal quien improvise ante tal situación tomando como prioridad, la atención inmediata del paciente, una razón más podría ser que las enfermeras consideran que las necesidades más importantes y apremiantes no radican dentro del área hospitalaria si no que se deberían de delegar a cuidados en el hogar en donde los pacientes puedan estar en compañía de familiares y amigos.

Con respecto a la asistencia a cursos por parte del personal de enfermería es equitativa para todos los rangos de edad, la mayoría asiste solo algunas veces, es evidente el interés por la asistencia a cursos pero la cual se ve interrumpida quizás por el exceso de trabajo y las características del servicio que limitan la asistencia a los mismos.

Más de la mitad de los encuestados opinan que con programas de actualización y superación dirigidos al personal de enfermería en aspectos de calidad de la atención humanística, proporcionarían atención integral al paciente en fase terminal tal vez, porque éstos programas sean un estímulo para la profesión, además de proporcionar y/o reafirmar conocimientos básicos para el desempeño laboral y por consiguiente otorgar una atención integral.

El resultado obtenido acerca del porcentaje de las enfermeras que toman en cuenta la religión del paciente para proporcionar atención integral por rangos de edades se obtiene que casi la mitad de las enfermeras jóvenes (20-30 años) no lo consideran importante tal vez porque existe rechazo hacia el paciente en fase terminal ya que en nuestra cultura se valora mucho la juventud y la productividad, y se rechazan las enfermedades, el envejecimiento y la muerte. Analizando los rangos restantes de edad, se encuentra que existe un porcentaje significativo respecto de tomar en cuenta totalmente la religión del paciente, esto se explica quizás porque han adquirido mayor experiencia y contacto con este tipo de pacientes, además de que a mayor edad se ven reflejadas ante el hecho de experimentar determinada situación además de que ellas consideran a la espiritualidad como un elemento esencial del ser humano. Sin embargo la mayoría de las enfermeras acostumbran orar con o por sus pacientes solo parcialmente porque expresan hacerlo no directamente con él, ya que prefieren un lugar con mayor privacidad y alejado de las exigencias que representa el servicio.

Con respecto a la colaboración hacia el paciente por parte de enfermería en la aceptación de las etapas del duelo ante la muerte, más de la mitad solo colabora parcialmente en la aceptación y solo un pequeño porcentaje no lo considera importante, tal vez debido a que la enfermera no está exenta de sufrir cierto grado de depresión al atender a pacientes en fase terminal, por lo que quizás, prefiere de cierto modo alejarse de todo lo que encierra el proceso de duelo y muerte, pero también puede deberse a la insensibilidad adquirida a través de la rutina diaria siendo que los servicios de M.I. y UCI son áreas en donde constantemente el personal de enfermería proporciona atención al paciente en fase terminal.

En cuanto a la opinión de las enfermeras acerca de la funcionalidad del área física, iluminación, ventilación, mobiliario etc. la mayoría considera que es adecuada para proporcionar atención al paciente en fase terminal, ya que éste tipo de pacientes necesita lo anteriormente mencionado para brindarle comodidad, dignidad, disminuir el dolor físico y así crear un ambiente cálido, tranquilo además de la participación constante de enfermería disminuyendo así en parte la angustia ante la aceptación del proceso de duelo y muerte.

La mayoría de las enfermeras encuestadas crean parcialmente un método para proporcionar atención a un paciente en fase terminal, tal vez porque a través de la experiencia laboral han adquirido habilidad para atender las necesidades inmediatas y básicas del paciente sin necesidad de crear un método definido, pero se podría cuestionar si la atención que se brinda es totalmente integral o solo se encarga de cubrir necesidades físicas, ignorando o dejando en segundo plano todas aquellas necesidades psicológicas y espirituales de las que necesita el paciente en fase terminal.

Con respecto al conocimiento del modelo de Virginia Henderson, la mayoría de las enfermeras encuestadas refieren conocerlo total y parcialmente, éste índice de respuesta es equitativo para cada uno de los rangos de edad, esto habla de la profesionalización creciente y aplicación del método científico en el quehacer diario. La aplicación del modelo se observa con más frecuencia en el servicio de la UCI en donde el personal cuenta con mayor edad y experiencia además de ser personal especializado y que cuenta con un menor número de pacientes por lo que puede cubrir todas las necesidades básicas del paciente tomando como referente el modelo de Henderson.

Para conocer la aplicación del modelo de Henderson por parte de las enfermeras, se preguntaron algunas de las necesidades básicas del paciente, tales como el movimiento y posición adecuada, el mantenimiento de la temperatura corporal, participación en actividades recreativas, favorecer periodos de descanso y sueño y mantener condiciones higiénicas y adecuadas de sus pacientes en fase terminal, en donde la mayoría están concientes y reconocen la importancia de cada una de ellas aunque algunas desconozcan que cada una de estas actividades pertenezca a un modelo de atención y que permite ser aplicado al paciente en fase terminal, además

de que casi todas coinciden en que el objetivo principal de enfermería es, ayudar al individuo sano o enfermo hacia su recuperación a una muerte tranquila.

Para conocer el concepto que las enfermeras poseen del término Tanatología se empleó una pregunta abierta para determinar el grado de manejo y dominio con el tema, encontrando que la mayoría de las enfermeras de 20 a 30 años tienen una descripción clara y amplia del término por lo que se piensa, es el personal que está en mayor posibilidad de tomar en cuenta ciertos elementos que plantea esta ciencia, respecto al resto de los grupos de edad se obtuvo que las respuestas fueron satisfactorias. Por lo tanto, se esperaba que al tener conocimiento del tema, se brinda una mejor calidad de la atención al paciente en fase terminal.

Por el análisis de los resultados obtenidos, se puede señalar que los factores que influyen para la atención al paciente en fase terminal dentro del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, son favorables para proporcionar atención de calidad.

En cuanto a los objetivos planteados al inicio de la investigación, éstos se cumplieron en su totalidad, ya que se identificaron y analizaron los factores descritos que influyen directa o indirectamente en la atención de enfermería otorgada al paciente en fase terminal de los servicios de M.I. y UCI.

Otro aspecto importante son las hipótesis direccionales formuladas, las cuales cumplieron con el 80% de las expectativas esperadas por los investigadores, ya que la hipótesis referente al abastecimiento de material y equipo suficientes para proporcionar atención de calidad, no se cumplió puesto que las enfermeras consideran totalmente influyente este aspecto, por lo que se entiende que la calidad de la atención está directamente relacionada con el abastecimiento de material y equipo, resultado que no se esperaba ya que, además de los aspectos materiales, el paciente posee necesidades espirituales y psicológicas, esperando que el personal de enfermería les diera la misma importancia para brindar atención al paciente en fase terminal.

Durante el tiempo de aplicación del instrumento dentro de la institución hospitalaria cabe resaltar los siguientes aspectos:

1. Según opinión de las enfermeras acerca del instrumento, las respuestas están guiadas hacia la atención de calidad proporcionada al paciente, por lo que sugirió el personal que hubiera más elementos para las respuestas o que éstas fueran abiertas.
2. Se encontró falta de personal para la atención al paciente en fase terminal en el servicio de M.I. en los diferentes turnos, agravándose esta situación en el turno nocturno.

3. El otro aspecto fue que debido a lo antes mencionado, una parte del personal se mostró renuente y hasta agresivo e incluso se negaron a contestar el instrumento, y en el caso de quienes lo contestaron se observó la falta de interés, la rapidez y la falta de reflexión para los reactivos excepto en el servicio de UCI quienes mostraron interés y ofrecieron sugerencias y opiniones constructivas para la investigación.

Sin embargo es importante aclarar que de acuerdo a una visión personal por parte de los investigadores los resultados se obtuvieron únicamente bajo la opinión de las enfermeras encuestadas, indicándonos que la atención de enfermería proporcionada al paciente en fase terminal es idónea, por lo que se considera que las respuestas fueron guiadas hacia la atención de calidad, dándonos a entender que el objetivo principal de enfermería es atender las necesidades básicas del paciente, pero habría que profundizar hasta que punto se lleva a cabo, ya que especialmente en el servicio de M.I., se observó durante la aplicación del instrumento cierta frialdad en la atención al paciente, rechazo hacia los investigadores e incluso rechazo hacia el propio personal, por lo que los investigadores no se encuentran satisfechos con el resultado obtenido al no encontrar una correspondencia entre las respuestas de las enfermeras y la práctica real que realiza enfermería, por lo que sería conveniente realizar una investigación más a fondo de índole explicativo y predictivo, transversal y observacional, además de modificar el instrumento empleando preguntas abiertas que permitan proporcionar datos fidedignos de la atención que proporciona enfermería al paciente en fase terminal.

Lo significativo para los investigadores es que hay mucho por hacer con el paciente en fase terminal, el cambio tiene que darse ya, mediante la orientación al personal y aplicación de los conocimientos que se adquieran en el desempeño profesional, ya que mediante la investigación y resultados, se dio una visión más amplia respecto a los temas relacionados al proceso de morir, quedando claro que algunos de los factores estudiados si son susceptibles de ser modificados para brindar atención de calidad al paciente.

SUGERENCIAS

Para las enfermeras:

Que demuestren mayor flexibilidad y apoyo en la realización de los proyectos de investigación, en especial, en la aplicación del instrumento.

Que el personal de enfermería se integre con el personal de salud para favorecer las actividades diarias.

Que asistan a los cursos que la institución ofrece.

Para la institución de salud:

Que se impartan programas de relaciones interpersonales.

Que estimule al personal de enfermería reconociendo su labor, mediante la impartición de diplomas, becas y remuneración económica por puntualidad, asistencia y calidad de atención.

Que evalúe constantemente la calidad de la atención que se proporciona al paciente.

Para la ENEO:

Que proporcione facilidades para que los pasantes tengan acceso a préstamo de libros durante la investigación.

Que proporcione apoyo económico para la realización del proyecto.

Que facilite el acceso a la impresión gratuita de las tesis.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, Mendez Claudia. (1998), Tesis Factores que intervienen en las relaciones humanas del personal de enfermería en el servicio de Terapia Intensiva quirúrgica del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". ENEO-UNAM, México.
- ASCH, David A. (1997), ¿Ayudaría a morir a un paciente?. Revista Nursing en español, Tomo 6, Vol. 3, Agosto-Septiembre, España.
- BRUGAROLAS, Masllorens. (1988), La Ética en la práctica médica cotidiana. Revista de medicina de la Universidad de Navarra, No. 32, España.
- BUQUETS, Surribas Monserrat. (1997), Ejercicio profesional: responsabilidad Ética y legal. Revista Enfermería clínica, Vol. 8, No. 1, España.
- DENNIS, Hassol. (1995), Psicología evolutiva. 8ª ed. Edit. Interamericana, México.
- FINGERMANN, Gregorio. (1989), Relaciones Humanas. 9ª ed. Edit. Ateneo, México.
- GUERRA, de Almaraz Patricia. (1999), ¿Qué es la Tanatología?. Revista Rompan filas, Año 8, No. 41, Junio, UNAM-México.
- HERNÁNDEZ, Sampieri Roberto, et al. (1998), Metodología de la investigación. 2ª ed. Edit. Mc Grau-Hill Interamericana, México.
- KÜBLER, Ross Elizabeth. (1998), Sobre la muerte y los moribundos. Edit. Pax, México.
- MORALES, Espinoza Aurora. (1998), Tesis La valoración de enfermería en los procesos de duelo y muerte. ENEO-UNAM, México.
- PALMERO, Silveti Olga. (1992), Administración de los servicios de enfermería. 2ª ed. Edit. Centro interamericano de estudios del Seguro Social (CIESS), México.
- POLIT, Denise. (1997), Investigación científica en ciencias de la salud. Edit. 5a ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México.
- REESE, C. David. (1997), Por favor lllore conmigo. Revista Nursing en español, Tomo 3, Vol. 7, Febrero, España.

REYES, Zubiría Luis Alfonso. (1996), Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y suicidio. Tomo I, México.

REYES, Zubiría Luis Alfonso. (1996), Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y a su familia. Tomo III, México.

ROJAS, Soriano Raúl. (1982), Guía para realizar investigaciones sociales. Edit. Facultad de Ciencias políticas UNAM, México.

SANDERS, C. (1986), La vie aidant la mort. Edit. MEDÍS, París.

SEGURA, Pescador Francisco Gerardo. (1998), Tesis El profesional de enfermería ante un paciente en fase terminal. ENEO-UNAM, México.

SHERR, Lorraine. (1992), Agonía muerte y duelo. Edit. Manual moderno, México.

STONER, Marilyn. (1998), Cubrir las necesidades espirituales del paciente. Revista Nursing en español, Tomo 5, Vol. 7, Noviembre, España.

TAMAYO, Mario. (1992), El proceso de la investigación científica. 2ª ed. Edit. Limusa, México.

THOMAS, Louis V. (1982), La muerte Africana. Edit. Payot, París.

THOMPSON, Joyce Beebe. (1998), Ética en enfermería. Edit. Manual moderno, México.

VALDÉZ, H. Santiago. (1996), Psicología social. Edit. Prolam, SRL, Buenos Aires Argentina.

VILLARREAL, Marcelo. (1995), Fundamentos de entrevista conductual. Edit. Trillas, México.

WOLFF, Witzel. (1998), Curso de enfermería moderna. 7ª ed. Edit. Harla, México.



ANEXOS

ANEXO A

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	MES AÑO	DIC 1999	ENE 2000	FEB 2000	MZO 2000	ABR 2000	MAY 2000	JUN 2000	JUL 2000	AGO 2000	SEP 2000	OCT 2000
Asesoría de tesis		01	05	24	06			12	21	11	1,8,13, 21	6
Diseño de la investigación		02-05										
Investigación bibliográfica		06-22			02			12	21		1-8 13,21	
Visita al área hospitalaria			06	17	24	21	19	06	18	31		
Estructuración del marco teórico		23-30	03-21						25-28			9
Realización del diseño metodológico			24-28									
Capturación de datos				01-15	01-03			14-16	25-28	01-10	1-8 13-21	9
Corrección de tesis				25-28	25-03			14-16				9
Aplicación del cuestionario						17-19						
Análisis de resultados						24-28						
Tabulación de resultados							2-5					
Entrega de informe												

ANEXO B

Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

OBJETIVO: Se pretende analizar mediante el siguiente cuestionario cual es la opinión que tiene la enfermera sobre los factores que influyen en el cuidado que proporciona a un paciente en etapa terminal.

Se suplica conteste con la mayor veracidad posible pues de ello depende el resultado de la investigación; reiterando nuestro compromiso de mantener estos datos en absoluta confidencialidad y anonimato, útiles para el cumplimiento de nuestro objetivo.

Conteste con letra clara.

- 1.- Edad _____ años.
- 2.- Sexo: H _____ M _____.
- 3.- Edo. Civil: C _____, S _____, Unión Libre _____, Otro _____.
- 4.- Nivel de estudios: Técnico _____, Licenciatura _____, Posgrado _____, Otro _____.
- 5.- Puesto que ocupa (categoría) _____.
- 6.- Turno en que labora: Mat. _____, Vesp. _____, Noc. _____.
- 7.- Labora en otra institución: Si _____, No _____.
- 8.- En caso afirmativo indique en que turno: _____.
- 9.- Antigüedad laboral _____ años.
- 10.- Horario de trabajo: 6 ½. _____, 8hrs. _____, 12hrs. _____, más de 12hrs. _____.
- 11.- Número de camas dentro de su servicio.
1. 10-12 2. 21-30 3. más de 31
- 12.- En su opinión, ¿es importante como puesto principal en la atención de enfermería la comunicación enfermera-paciente?
1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero importante
- 13.- ¿Considera favorable la comunicación con el equipo de salud?
1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considera importante
- 14.- ¿Como se siente respecto a su profesión?
1. Totalmente satisfecho. 2. Medianamente satisfecho. 3. insatisfecho.
4. Me es indiferente.

- 15.- ¿Profesionalmente ha cumplido con sus propósitos y metas?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente 3. Definitivamente no.
- 16.- ¿Considera importante conocer la concepción de la muerte para brindar atención de enfermería al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente 3.No lo considero import.
- 17.- ¿Cree ud. que la carga laboral durante su turno, influya de tal manera que le impida realizar la comunicación enfermera-paciente, además de una atención integral?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente 3.No lo considero import.
- 18.- ¿En su opinión considera que con la antigüedad laboral no se pierde la sensibilidad en la atención al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente 3.No lo considero import
- 19.- ¿Cuántos pacientes le son asignados diariamente?
 1. 1 a 2 pacientes 2. 3 a 5 pacientes 3. 6 o más.
- 20.- ¿Considera importante el número de enfermeras en el servicio, para la atención al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3.No lo considero import.
- 21.- ¿Considera que el abastecimiento de material y equipo influye para proporcionar mejor atención al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3.No lo considero import.
- 22.- ¿Asiste a los cursos impartidos por la propia institución o fuera de ella?
 1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca.
- 23.- ¿Cree ud. que con programas de actualización y superación dirigidos al personal de enfermería en aspectos de calidad de atención humanística, se proporcione atención integral al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3.No lo considero import.
- 24.- ¿Tomaría en cuenta la religión de un paciente que se enfrenta a la muerte inminente para proporcionarle atención de enfermería?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3.No lo considero import.
- 25.- ¿Usted colabora para que su paciente acepte las etapas del duelo ante la muerte?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3.No lo considero import.
- 26.- ¿Acostumbra rezar con sus pacientes, en especial con los que se encuentran en fase terminal?
 1. Totalmente. 2. Parcialmente. 3. No lo considero import.
- 27.- En su opinión, ¿la distribución del área física, la iluminación, la ventilación, inmobiliario, etc., son adecuados para proporcionar atención integral al paciente en fase terminal?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 28.- Para proporcionar atención a un paciente en fase terminal, ¿ crea un método de atención basado en su experiencia personal?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.

- 29.- ¿Ha aplicado el modelo de Virginia Henderson en la atención al paciente en etapa terminal?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 30.- ¿Busca en todo momento que el paciente en fase terminal se mueva y mantenga una posición adecuada?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 31.- ¿Mantiene la temperatura corporal del paciente dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 32.- ¿Juega o participa en alguna actividad recreativa con el paciente en fase terminal cuando esté esta en posibilidad de hacerlo?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 33.- ¿Reconoce la importancia de favorecer en todo momento los periodos de descanso y sueño del paciente en etapa terminal?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 34.- Dentro de sus prioridades inmediatas está, mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos del paciente en etapa terminal?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 35.- ¿Su objetivo como personal de enfermería es, ayudar al individuo, enfermo o sano, en la realización de todas aquellas actividades que contribuyan a la salud, recuperación o en última instancia a una muerte tranquila?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No lo considero import.
- 36.- Con sus propias palabras, describa qué entiende por Tanatología.

POR SU COOLABORACIÓN, GRACIAS.

ANEXO C

CUADRO No. 1

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

Edad y género de las enfermeras

GÉNERO EDAD	MUJER		HOMBRE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
20-30	22	96	1	4	23	41
31-40	16	84	3	16	19	34
41-50	11	92	1	8	12	21
51-60	2	100	-	-	2	4
TOTAL	51	91	5	9	56	100

n=56

Fuente: cuestionarios aplicados a las enfermeras del servicio de Medicina Interna y de la UCI de los tres turnos del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE

Agosto del 2000.

CUADRO No. 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Estado civil de las Enfermeras

EDO. CIVIL	FRECUENCIA	%
CASADO	28	50
SOLTERO	20	36
UNION L.	2	4
OTRO	4	7
NO CONTESTO	2	3
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 3

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Nivel de estudios y categoría de las enfermeras

CATEGORÍA ESCOLARIDAD	ESPECIALISTA		GENERAL		AUXILIAR		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
LICENCIATURA	2	40	2	40	1	20	5	9
TÉCNICO	2	5	25	61	14	34	41	73
POSTÉCNICO	8	89	1	11	-	-	9	16
NO CONTESTO	1	100	-	-	-	-	1	2
TOTAL	13	23	28	50	15	27	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Turno en que laboran las enfermeras

TURNO	Fo	%
MATUTINO	23	41
VESPERTINO	19	34
NOCTURNO	14	25
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 5

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Antigüedad laboral y horario de trabajo de las enfermeras

HORARIO ANTIGÜE.	6 ½ hrs.		8 hrs.		12 hrs.		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1 a 5	5	26	11	58	3	16	19	34
6 a 10	6	46	4	31	3	23	13	23
11 a 15	1	25	3	75	-	-	4	7
16 a 20	6	55	2	18	3	27	11	20
21 A 27	1	16	4	67	1	17	6	11
NO CONTESTO	-	-	1	33	2	67	3	5
TOTAL	19	34	25	45	12	21	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 6

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Importancia que le otorgan las enfermeras a la comunicación enfermera-paciente y enfermera-equipo de salud.

COMUNICACIÓN	MUY IMPORTANTE		PARCIALMENTE IMPORTANTE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
CON EL PACIENTE	55	98	1	2	56	100
CON EL EQUIPO DE SALUD	53	95	3	5	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 7

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Aspectos de realización profesional

	TOTALMENTE		PARCIALMENTE		DEFINITIVAMENTE NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
CUMPLIÓ SUS PROPÓSITOS Y METAS	24	42.86	31	55.35	1	1.79	56	100
SE SIENTE SATISFECHO CON LA PROFESIÓN	42	75	14	25	-	-	56	100

n= 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 8

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Importancia que le otorgan las enfermeras al conocimiento de la concepción de la muerte

CONCEPCIÓN DE LA MUERTE	Fo	%
TOTALMENTE	50	89
PARCIALMENTE	3	5
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	2	4
NO CONTESTO	1	2
TOTAL	56	100

n= 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 9

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Influencia del número de enfermeras y de la carga laboral en la atención al paciente

	INFLUYE TOTALMENTE		INFLUYE PARCIALMENTE		NO LO CONSIDERO IMPORTANTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INFLUENCIA DEL No. DE ENFERMERAS PARA LA ATENCIÓN	39	69	13	23	2	4	2	4	56	100
INFLUENCIA DE LA CARGA LABORAL	14	25	36	64	4	7	2	4	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 10

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Opinión de las enfermeras acerca de que no se pierda la sensibilidad con la antigüedad laboral

SENSIBILIDAD EN LA ATENCIÓN	EDAD 20-30		EDAD 31-40	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	8	35	7	37
PARCIALMENTE DE ACUERDO	13	57	7	37
NO LO CONS.IMP.	2	9	4	21
NO CONTESTO	-	-	1	5
TOTAL	23	100	19	100

SENSIBILIDAD EN LA ATENCIÓN	EDAD 41-50		EDAD 51-60	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE DE ACUERDO	7	58	2	100
PARCIALMENTE DE ACUERDO	2	17	-	-
NO LO CONS.IMP.	2	17	-	-
NO CONTESTO	1	8	-	-
TOTAL	12	100	2	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro no. 1

CUADRO No. 11

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Pacientes asignados a cada enfermera

No. DE PACIENTES	UCI		MEDICINA I.		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
1-2	17	100	-	-	17	30
3-5	-	-	7	18	7	13
6 ó MÁS	-	-	29	74	29	52
NO CONTESTÓ	-	-	3	8	3	5
TOTAL	17	100	39	100	56	100

n= 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 12

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Influencia del abastecimiento de material y equipo para la atención del paciente

INFLUYE EL ABASTECIMIENTO DE MATERIAL Y EQUIPO	Fo	%
TOTALMENTE	36	64
PARCIALMENTE	15	27
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	5	9
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente : misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Asistencia de las enfermeras a cursos por edad

ASISTENCIA	EDAD 20-30		EDAD 31-40	
	Fo.	%	Fo.	%
SIEMPRE	5	22	4	21
ALGUNAS VECES	17	74	14	74
NUNCA	-	-	1	5
NO CONTESTO	1	4	-	-
TOTAL	23	100	19	100

ASISTENCIA	EDAD 41-50		EDAD 51-60	
	Fo.	%	Fo.	%
SIEMPRE	4	33	-	-
ALGUNAS VECES	7	58	2	100
NUNCA	1	8	-	-
NO CONTESTO	-	-	-	-
TOTAL	12	100	2	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 14

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Importancia que le otorgan las enfermeras a la impartición de programas de actualización de atención humanística para proporcionar atención integral

PROGRAMAS DE ACTUALIZACIÓN Y SUPERACIÓN	Fo	%
TOTALMENTE	33	59
PARCIALMENTE	21	38
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	2	4
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 15

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Enfermeras que toman en cuenta la religión del paciente en fase terminal por edades

SE TOMA EN CUENTA LA RELIGIÓN	EDAD 20-30		EDAD 31-40	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE	7	30	10	53
PARCIALMENTE	4	17	3	16
NO LO CONS.IMP.	11	48	6	32
NO CONTESTO	1	4	-	-
TOTAL	23	100	19	100

SE TOMA EN CUENTA LA RELIGIÓN	EDAD 41-50		EDAD 51-60	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE	8	67	2	100
PARCIALMENTE	1	8	-	-
NO LO CONS.IMP.	3	25	-	-
NO CONTESTO	-	-	-	-
TOTAL	12	100	2	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 16

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que colaboran con el paciente en la aceptación de las etapas del duelo

ETAPAS DEL DUELO	Fo	%
TOTALMENTE	19	34
PARCIALMENTE	33	59
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	3	5
NO CONTESTO	1	2
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 17

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que acostumbran orar con o por sus pacientes

ACOSTUMBRA ORAR CON O POR SUS PACIENTES	Fo	%
TOTALMENTE	8	14
PARCIALMENTE	31	56
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	13	23
NO CONTESTO	4	7
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 18

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Opinión de las enfermeras acerca de la funcionalidad del área física para la atención
del paciente

FUNCIONALIDAD DEL ÁREA FÍSICA	Fo	%
TOTALMENTE	24	43
PARCIALMENTE	25	44
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	6	11
NO CONTESTO	1	2
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 19

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que crean un método de atención dirigido al paciente

CREA UN MÉTODO DE ATENCIÓN	Fo	%
TOTALMENTE	18	32
PARCIALMENTE	31	55
NO LO CONSIDERO IMPORTANTE	6	11
NO CONTESTÓ	1	2
TOTAL	56	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 20

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que conocen el modelo de Virginia Henderson por rangos de edad

APLICACIÓN DEL MODELO	EDAD 20-30		EDAD 31-40	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE	4	17	5	25
PARCIALMENTE	11	48	7	35
NO LO CONS.IMP.	2	9	4	20
NO LO CONOZCO	6	26	4	20
TOTAL	23	100	20	100

APLICACIÓN DEL MODELO	EDAD 41-50		EDAD 51-60	
	Fo.	%	Fo.	%
TOTALMENTE	6	55	-	-
PARCIALMENTE	3	27	2	100
NO LO CONS.IMP.	1	9	-	-
NO LO CONOZCO	1	9	-	-
TOTAL	11	100	2	100

n = 56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 21

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Enfermeras que aplican el modelo de Virginia Henderson

VIRGINIA HENDERSON	TOTALMENTE		PARCIALMENTE		NO LO CONS. IMP.		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
MOVIMIENTO Y POSICIÓN ADECUADA	36	64	18	32	2	4	-	-	56	100
TEMPERATURA CORPORAL	45	80	9	16	1	2	1	2	56	100
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	8	14	29	52	11	20	8	14	56	100
FAVORECE PERIODOS DE DESCANSO Y SUEÑO	34	61	17	30	3	5	2	4	56	100
MANTIENE CONDICIONES HIGIENICAS ADECUADAS	53	94	2	4	-	-	1	2	56	100
ENFERMERAS QUE TIENEN COMO OBJETIVO PRINCIPAL AYUDAR AL IND. SANO/ENFERMO O A UNA MUERTE TRANQUILA	53	94	2	4	1	2	-	-	56	100

n=56

Fuente: misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 22

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN FASE TERMINAL**

Concepto que las enfermeras poseen del término Tanatología por rangos de edad

QUÉ ES LA TANATOLOGÍA	EDAD 20-30		EDAD 31-40	
	Fo.	%	Fo.	%
ES UNA CIENCIA	6	25	8	36
TRATADO O ESTUDIO	5	21	5	23
DESCRIPCIÓN CLARA Y AMPLIA DEL TÉRMINO	8	33	5	23
DESCRIPCIÓN POCO CLARA	4	17	3	14
NO CONTESTÓ	1	4	1	5
TOTAL	24	100	22	100

QUÉ ES LA TANATOLOGÍA	EDAD 41-50		EDAD 51-60	
	Fo.	%	Fo.	%
ES UNA CIENCIA	-	-	-	-
TRATADO O ESTUDIO	5	62	1	50
DESCRIPCIÓN CLARA Y AMPLIA DEL TÉRMINO	-	-	-	-
DESCRIPCIÓN POCO CLARA	2	25	1	50
NO CONTESTÓ	1	12	-	-
TOTAL	8	100	2	100

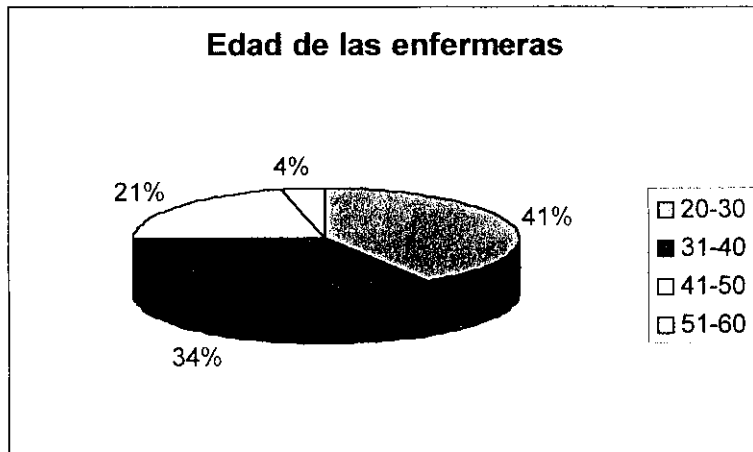
n = 56

Fuente: misma del cuadro No.1

ANEXO D

GRÁFICA No. 1

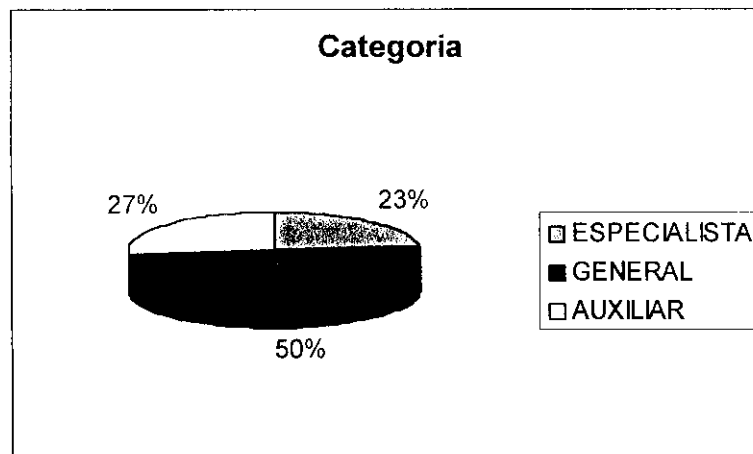
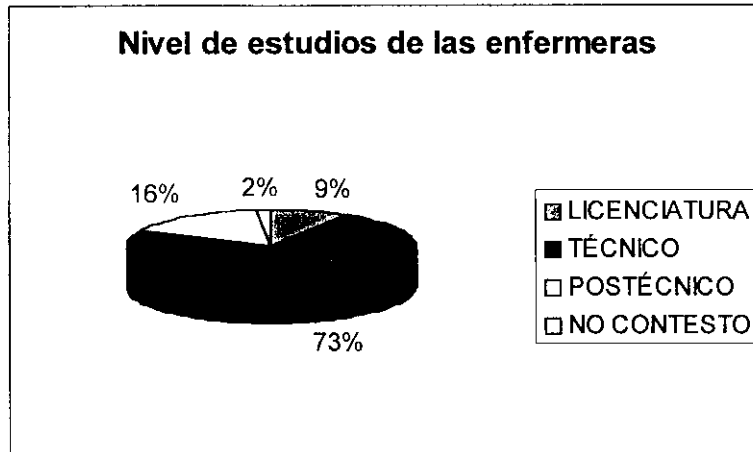
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL



Fuente: Cuadro No. 1

GRÁFICA No. 2

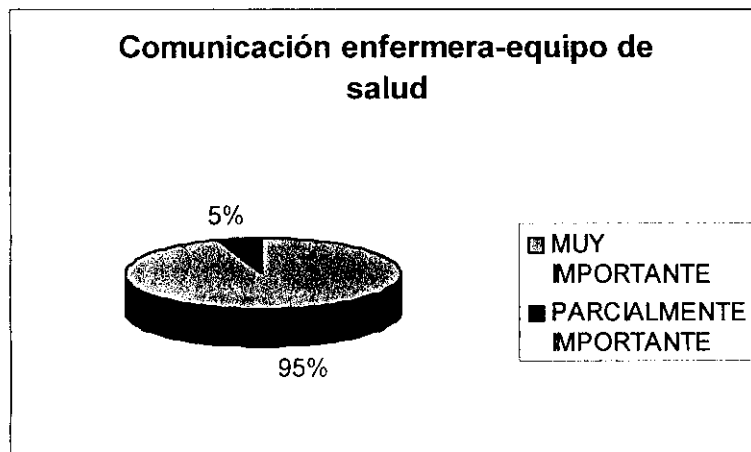
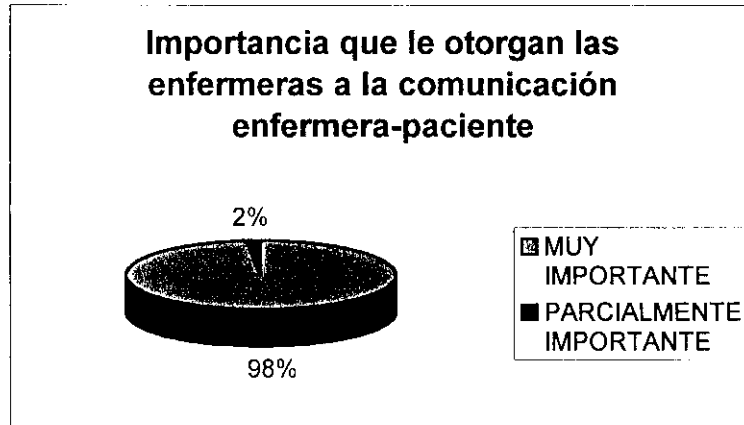
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL



Fuente: Cuadro No. 3

GRÁFICA No. 3

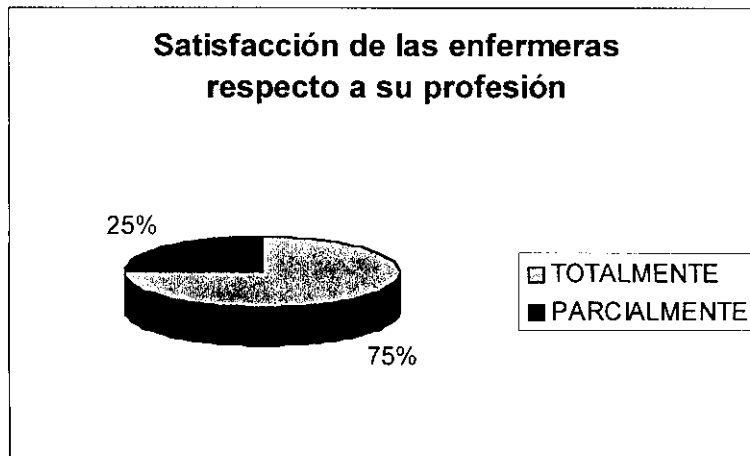
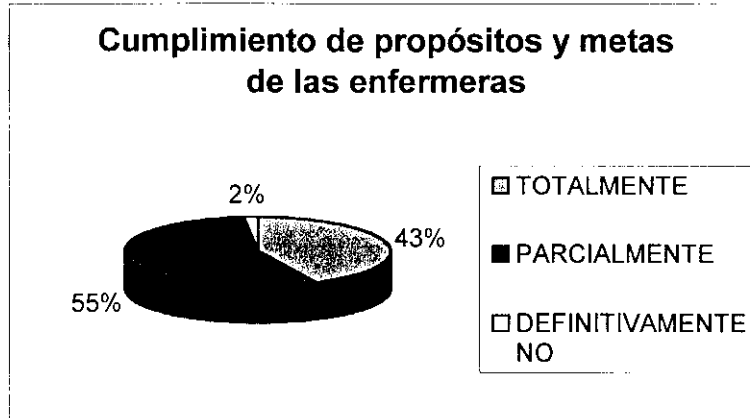
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL



Fuente: Cuadro No. 6.

GRÁFICA No. 4

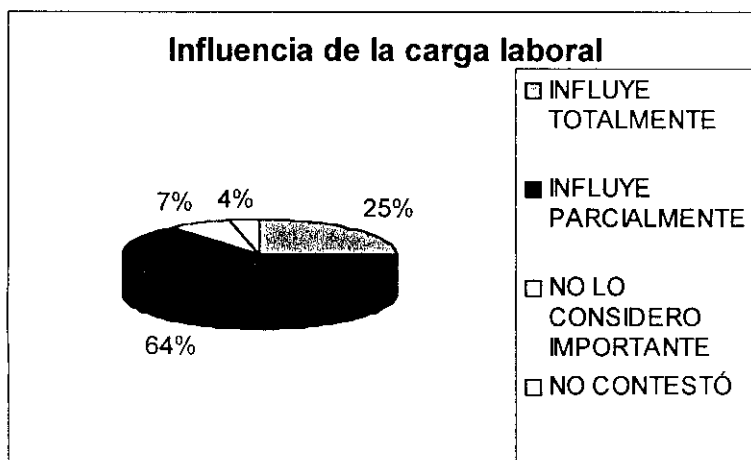
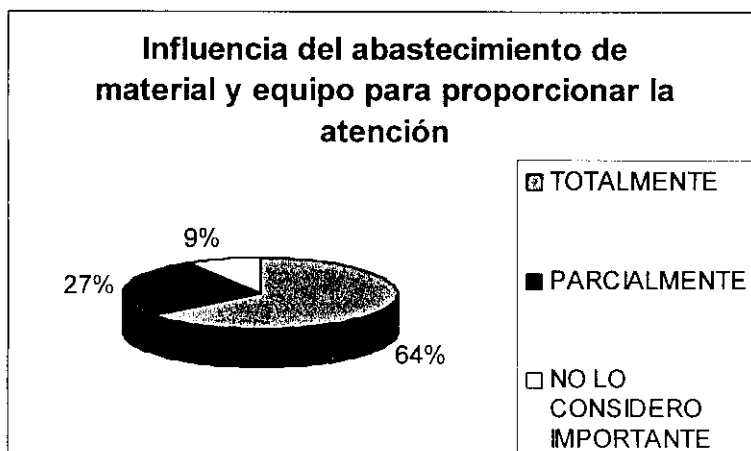
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL



Fuente: Cuadro No. 7

GRÁFICA No. 5

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

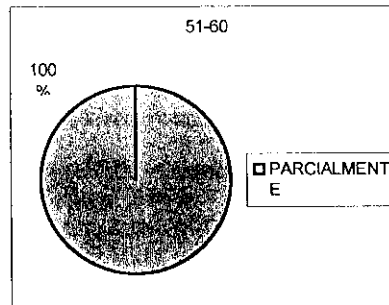
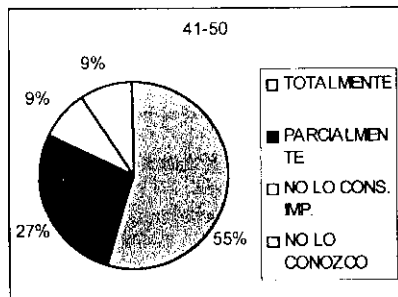
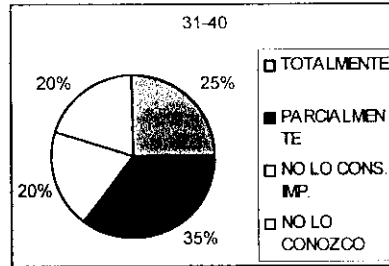
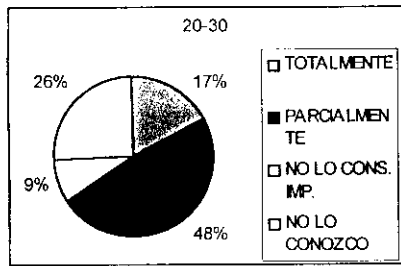


Fuente: Cuadro No. 12 y 9.

GRÁFICA No. 6

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que conocen el modelo de Virginia Henderson por rangos de edad

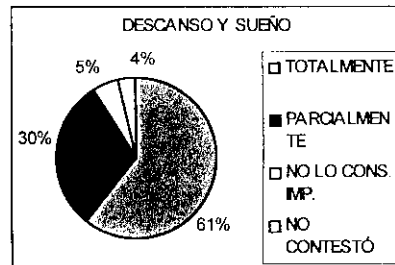
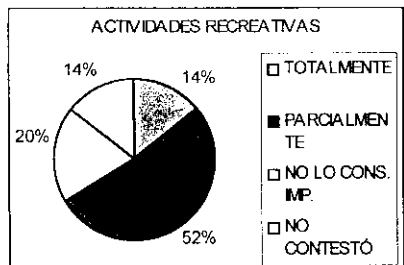
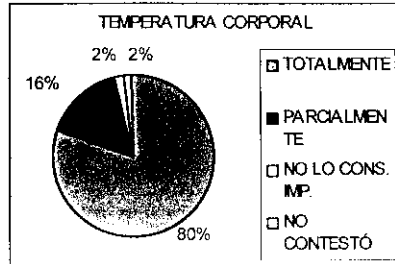
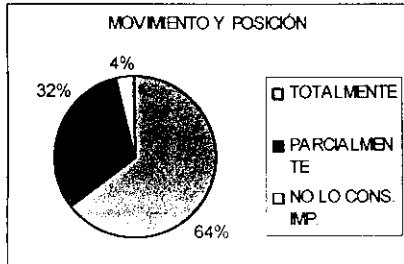


Fuente: Cuadro No. 20.

GRAFICA No. 7

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

Enfermeras que aplican el modelo de Virginia Henderson



Fuente: Cuadro No. 21.