

61

245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE EN RELACION AL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL, EN EL HOSPITAL INGLES, EN MEXICO, D. F.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ANTONIA CAMELIA MIRANDA BRITO

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA
CARMEN L. BALSEIRO A.

MEXICO, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

1984

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Forma No. 3

C. DIRECTORA DE LA ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

Los suscritos, Jefe de la Coordinación de Servicio Social
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:

la tesis

cuyo título es: La comunicación entre la Enfermera y el paciente en
relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el
Hospital Inglés, en México, D.F.

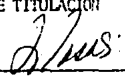
que elaboró la pasante: Antonia Camelia Miranda Brito
manifestarnos a usted, que satisface los requisitos académicos y admi-
nistrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales -
en vigor.

A T E N T A M E N T E
México, D. F. a 30 de septiembre de 1994

ASESOR ACADÉMICO


Mtra. Carmen L. Balseiro A.

COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACIÓN


Lic. Susana Rosales Barrera

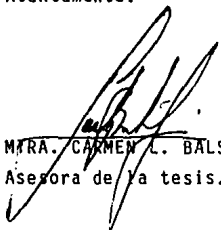
México, D.F. a 30 de septiembre de 1994.

LIC. SUSANA ROSALES BARRERA
Coordinadora de Servicio Social y Opciones
Terminales de titulación de la ENEO
Presente.

Adjunto a la presente envío a usted la tesis: LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE EN RELACION AL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL, EN EL HOSPITAL INGLES, EN MEXICO, D.F., elaborada por la alumna ANTONIA CAMELIA MIRANDA BRITO, para ser presentada en el examen profesional de la mencionada alumna.

Por la calidad del trabajo desarrollado, doy el VOTO APROBATORIO de la tesis y auguro a la alumna muchos éxitos en su examen profesional.

Atentamente.



MIRA. CARMEN L. BALSEIRO A.
Aseora de la tesis.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora de tesis
Dra. Lasty Balseiro A. por
toda la ayuda prestada en
la realización de la presen
te investigación.

Al American British Cowdray Hos
pital (Hospital Inglés ABC) por
el apoyo recibido de sus Autori
dades, para la realización de la
investigación.

A la Escuela Nacional de Enfer
mería y Obstetricia de la UNAM.

DEDICATORIAS

Con todo mi cariño y admiración
a los pacientes agónicos y de fase
terminal, Psic. Gabriel Pascoe
y Lic. Roberto Castellanos quienes
motivaron la presente investigación.

A mí Padre Dios,
quien me ha dado todo.

A mis padres:

Martín y Herminia.

A mis hermanos

Raquel, Raúl, Martín, José
Luis, Leticia, Carmen, Es-
ther, Javier y Francisco.

A mis sobrinos

Itzel, Willy y Claudia.

A mis amigas

Betty, Elí, Laura, Ma.

Paz, Sandra y Delia.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION.</u>	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.	3
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	5
1.4 UBICACION DEL TEMA	5
1.5 OBJETIVOS	6
1.5.1 General	6
1.5.2 Especificos	6
2. <u>MARCO TEORICO</u>	8
2.1 LA COMUNICACION	8
2.1.1 Conceptos básicos	8
- La comunicación	8
2.1.2 Elementos del proceso de comunicación	9
- El emisor y el receptor	9
- El mensaje	9
- Los canales	10
2.1.3 Tipos de comunicación	11
- Comunicación verbal	11
- Comunicación no verbal.	12
2.1.4 Importancia de la comunicación	13

2.1.5	Requisitos básicos para una buena comunicación entre la Enfermera y el paciente	14
	- Necesidades fisiológicas	15
	- Necesidades de seguridad y estabilidad	16
	- Necesidades de amor y posesión	16
	- Necesidades de aprecio	16
	- Necesidades de realización propia.	17
2.1.6	Motivos de alteración de la relación Enfermera paciente	18
2.2	EL PROCESO AGONICO	20
2.2.1	Conceptos básicos.	20
	- La agonía y la muerte.	20
2.2.2	Etapas del proceso agónico	21
	- Conocimiento y negación.	21
	- El Cólera	22
	- El Pacto	23
	- La aceptación	23
2.2.3	Mecanismos de defensa del paciente agónico.	24
	- Frustración e impotencia.	24
	- Depresión	25
2.2.4	El paciente en fase terminal.	26
	- El paciente terminal y su familia	27
2.2.5	El proceso de la muerte	29
	- Fase I: Conmoción y escepticismo.	30
	- Fase II: Conciencia del hecho	30

- Fase III: Solución de la pérdida	30
- Fase IV: Aceptación de la muerte	31
2.2.6 Actitud profesional ante la muerte	32
3. <u>METODOLOGIA</u>	34
3.1 HIPOTESIS.	34
3.1.1 General.	34
3.1.2 De trabajo	34
3.1.3 Nula	34
3.2 VARIABLES E INDICADORES.	34
3.2.1 Independientes	34
- Indicadores	34
3.2.2 Dependientes	35
- Indicadores.	35
3.2.3 Definiciones operacionales	35
3.2.4 Modelo de relación causal de las variables . .	37
3.3 <u>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION</u>	37
3.3.1 Tipo	37
3.3.2 Diseño	37
3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS. 38	
3.4.1 Fichas de trabajo	38
3.4.2 Observación	39
3.4.3 Entrevistas	39
3.4.4 Cuestionarios.	39

4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	40
4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA	40
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS	41
4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS	92
4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	96
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	106
6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	117
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	142
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	151

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 : EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	42
CUADRO No. 2 : TURNO DE LOS ENTREVISTADOS.	44
CUADRO No. 3 : ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	46
CUADRO No. 4 : ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS.	48
CUADRO No. 5 : NIVEL JERARQUICO DE LOS ENTREVISTADOS	50
CUADRO No. 6 : COMUNICACION ORAL CON LOS PACIENTES AGONICOS	52
CUADRO No. 7 : COMUNICACION TACTIL CON LOS PACIENTES AGONICOS	54
CUADRO No. 8 : TONO DE VOZ UTILIZADO CON LOS PACIENTES AGONICOS.	56
CUADRO No. 9 : CODIGOS UTILIZADOS (METODO ESPECIAL) PARA DARSE A ENTENDER CON LOS PACIENTES AGONICOS	58
CUADRO No. 10: EXPRESION FACIAL ANTE LOS PACIENTES AGONICOS	60
CUADRO No. 11: ACERCAMIENTO CON LOS PACIENTES AGONICOS	62
CUADRO No. 12: SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PACIENTES AGONICOS	64
CUADRO No. 13: TERNURA EXPRESADA A LOS PACIENTES AGONICOS.	66
CUADRO No. 14: SENTIMIENTOS DE DEPRESION EN LA ATENCION A LOS PACIENTES AGONICOS	68
CUADRO No. 15: RECHAZO EN LA ATENCION A LOS PACIENTES	

AGONICOS	70
CUADRO No. 16: SUFRIMIENTO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	72
CUADRO No. 17: SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	74
CUADRO No. 18: SENTIMIENTOS DE MIEDO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	76
CUADRO No. 19: SENTIMIENTOS DE DOLOR AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	78
CUADRO No. 20: SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	80
CUADRO No. 21: SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	82
CUADRO No. 22: SENTIMIENTOS DE PANICO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	84
CUADRO No. 23: SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PACIENTES AGONICOS	86
CUADRO No. 24: SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD ANTE LOS PACIENTES AGONICOS	88
CUADRO No. 25: INDIFERENCIA MOSTRADA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	90

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1 : EDAD DE LOS ENTREVISTADOS	43
GRAFICA No. 2 : TURNO DE LOS ENTREVISTADOS.	45
GRAFICA No. 3 : ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS	47
GRAFICA No. 4 : ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS.	49
GRAFICA No. 5 : NIVEL JERARQUICO DE LOS ENTREVISTADOS . .	51
GRAFICA No. 6 : COMUNICACION ORAL CON LOS PACIENTES AGONICOS	53
GRAFICA No. 7 : COMUNICACION TACTIL CON LOS PACIENTES AGONICOS	55
GRAFICA No. 8 : TONO DE VOZ UTILIZADO CON LOS PACIENTES AGONICOS	57
GRAFICA No. 9 : CODIGOS UTILIZADOS (METODO ESPECIAL) PARA DARSE A ENTENDER CON LOS PACIENTES AGONICOS	59
GRAFICA No. 10: EXPRESION FACIAL ANTE LOS PACIENTES AGONICOS	61
GRAFICA No. 11: ACERCAMIENTO CON LOS PACIENTES AGONICOS .	63
GRAFICA No. 12: SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PACIENTE AGONICOS	65
GRAFICA No. 13: TERNURA EXPRESADA A LOS PACIENTES AGONICOS	67
GRAFICA No. 14: SENTIMIENTOS DE DEPRESION EN LA ATENCION A LOS PACIENTES AGONICOS	69

GRAFICA No. 15: RECHAZO EN LA ATENCION A LOS PACIENTES . . . AGONICOS	71
GRAFICA No. 16: SUFRIMIENTO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	73
GRAFICA No. 17: SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	75
GRAFICA No. 18: SENTIMIENTOS DE MIEDO AL ATENDER A LOS PA CIENTES AGONICOS	77
GRAFICA No. 19: SENTIMIENTOS DE DOLOR AL ATENDER A LOS PA CIENTES AGONICOS	79
GRAFICA No. 20: SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	81
GRAFICA No. 21: SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	83
GRAFICA No. 22: SENTIMIENTOS DE PANICO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS	85
GRAFICA No. 23: SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PA - CIENTES AGONICOS	87
GRAFICA No. 24: SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD ANTE LOS PACIEN TES AGONICOS	89
GRAFICA No. 25: INDIFERENCIA MOSTRADA AL ATENDER A LOS PA CIENTES AGONICOS	91

INTRODUCCION

La presente investigación pretende analizar cuál es la comunicación enfermera-paciente en relación al proceso agónico de los pacientes internados en el Hospital Inglés. Para realizar dicho análisis, se presenta esta investigación en ocho capítulos, que a continuación se describen:

El primer capítulo, incluye la Fundamentación del tema de investigación que contiene los siguientes apartados: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la investigación, ubicación del tema, plantea objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo, se desglosa el marco teórico, el cuál abarca la primera variable que es, la comunicación enfermera-paciente, y la segunda variable, la cuál analiza la actitud del personal de Enfermería ante el proceso agónico.

En el tercer capítulo se plantea la Metodología que incluye: la hipótesis general y de trabajo, variables e indicadores, incluyendo dependientes e independientes, definiciones operacionales, el modelo de relación causal de las variables, el tipo y diseño de investigación y las técnicas e instrumentos de investigación utilizados.

En el cuarto capítulo se presenta la Instrumentación estadística

ca que incluye: el universo, la población y la muestra, el procesamiento de datos, la comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de resultados.

En los capítulos quinto, sexto, séptimo y octavo, se presentan las conclusiones y las recomendaciones, los anexos y apéndices el glosario de términos y las referencias bibliográficas, respectivamente.

Finalmente, este proyecto de tesis se considera importante, porque en la medida que la Enfermera tenga los conocimientos del manejo del paciente agónico, podrá establecer una mejor conducta en este momento final de la vida, y brindar una atención de calidad al paciente en su fase terminal.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

A lo largo de los años se ha observado que dentro del campo de la medicina, existen numerosos eventos en los cuales va implícito el riesgo de la pérdida de la salud. Este fenómeno puede privar de la vida al individuo.

En la actualidad, con todos los adelantos técnicos, no se ha podido evitar el proceso de muerte, ya que por ende es una consecuencia lógica del final de la vida. En los Hospitales especialmente se tratan de prolongar la vida y para ello, regularmente se le brinda atención médica y cuidados de enfermería al paciente, por el simple hecho de que se trata de una vida humana, que requiere de atención personificada. De ahí surge la interrogante, ¿qué tipo de apoyo se está brindando y cuál es el comportamiento real del personal que rodea al paciente?

Algunos pacientes antes de llegar al estado final llamado muerte, recorren el camino de la agonía, camino que probablemente esté lleno de dolor, deterioro corporal y angustia mental. En este momento agónico resulta de vital importancia que el paciente se sienta querido y aceptado por los seres que ama, ya que sus necesidades y sentimientos se enfrentan a una serie de pérdidas y ajustes emocionales en relación a sus capacidades físicas y mentales. Sin embargo, los pacientes en su mayoría, mani

fiestan más temor a la lejanía de los familiares que al propio fenómeno de la muerte, de ahí la importancia de saber identificar tales necesidades, estableciendo las necesidades reales, psicológicas o emocionales, así como las fisiológicas dadas por los cambios físicos y/o corporales.

Se ha observado que no existe un adecuado enlace de los familiares con los pacientes que se enfrentan a un hecho desconocido con todo lo que esto implica, más aún cuando ya no se le puede brindar ninguna alternativa de recuperación.

Ante este hecho, el personal de Enfermería debe, a veces, tomar el lugar de familiares y brindarle este apoyo que tanto necesitan los pacientes, tratando de motivarlos en condiciones adversas para encontrar metas e intereses propios que enriquezcan el último momento de su vida y la hagan interesante.

Asimismo, existe un gran temor por parte del personal de enfermería, el cuál no está sensibilizado a escuchar y observar al paciente agónico. Esto se ve cuando el personal de Enfermería huye de la cama del paciente, aunque en su mayoría, estos profesionales tratan de ayudar con una amena conversación y hasta una terapia ocupacional planeada. Todo esto permite aliviar la tristeza que sufren a menudo los familiares y el paciente que está en fase terminal.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la comunicación enfermera-paciente ante el proceso agónico, de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés en México, D.F.?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es elaborada en primer lugar, porque es de suma importancia analizar el comportamiento de la enfermera y el tipo de apoyo que está brindando a los pacientes en fase terminal.

En segundo lugar porque a partir de esta investigación se podrá elaborar un diagnóstico situacional de la real problemática, para poder de esta forma, crear las mejores alternativas de solución y beneficiar al paciente que cursa la etapa final de su vida, elevando así la calidad de atención de los profesionales de enfermería.

Finalmente, se considera importante este trabajo porque trata de un tema delicado y a veces difícil de manejarlo, pero que se sabe, es necesario estar preparado para el momento que llegue.

1.4 UBICACION DEL TEMA

La presente investigación se ubica en dos áreas de estudio que son: Administración, Psicología y Tanatología.

Se ubica en Administración porque el proceso final de la vida

forma parte también del proceso del control mismo de la vida. Esto significa que al planear las actividades es necesario también considerar que en el proceso final habrá un deceso natural.

Se ubica en psicología porque el proceso agónico de los pacientes implica un desequilibrio psicológico y emocional tanto para los familiares del paciente que está sufriendo como para el personal de Enfermería que debe vivir esos momentos con toda entera y madurez emocional.

Se ubica en Tanatología porque ésta es la ciencia que se refiere al estudio de la buena muerte desde los procesos agónicos hasta el fin de la vida.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Identificar cuál es la comunicación enfermera-paciente, ante el proceso agónico de los pacientes en fase terminal en el Hospital Inglés en México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Conocer el tipo de comunicación que brinda la enfermera a los pacientes al conocer la fase terminal de éstos, en el Hospital Inglés, en México, D.F.

- Proponer alternativas de solución para la atención del paciente en fase terminal en el Hospital Inglés, en México, D.F.

2. MARCO TEORICO

2.1 LA COMUNICACION

2.1.1 Conceptos básicos

- La comunicación

"La comunicación no es un acto sino un proceso, no se podría comparar con un punto, sino una línea. Desde la época de Aristóteles se consideran tres elementos: el emisor, el mensaje y el receptor. Por lo que se ha llamado modelo lineal de la comunicación".¹ Esta es la forma más sencilla de representar el proceso. Lo que se vería modificado es el canal (la voz, los gestos, la letra, las imágenes, etc.) el código (diversos idiomas) Ya que cuando dos personas conversan continuamente se comunican algo, con la voz, con la mirada, con la postura, con la expresión facial, con la distancia o el acercamiento.

La retroalimentación ayuda a integrar el proceso de comunicación, es decir, la comunicación de doble vía entre emisor y receptor, utilizando simbología, mensaje y contexto.

En Enfermería, el proceso de comunicación se da en todas las actividades que la enfermera tiene con los pacientes. Esto significa que no solamente hay una comunicación ascendente o descendente con el personal con el que se trabaja en equipo, sino que

¹ Mario Rodríguez. Psicología de las relaciones humanas. Ed. Pax México, 1985. p. 29.

también se tiene una importante comunicación en relación con el estado del paciente y de todas aquellas cuestiones que le rodean.

2.1.2 Elementos del proceso de comunicación

Existen varios elementos importantes en el proceso de comunicación, entre éstos son, el emisor y el receptor, el mensaje y los canales de comunicación, como a continuación se explican.

- El emisor y el receptor

"El emisor es la persona que inicia la transmisión enviando un mensaje y el receptor es la persona que recibe la transmisión y que a su vez envía información de regreso al emisor"². Durante este proceso de comunicación, se intercambian papeles de receptor y emisor según el momento o las necesidades de comunicación de cada uno. Así, entre enfermera y paciente sólo se podrá establecer comunicación de una forma lateral, es decir, que no existe mayor jerarquía en uno como para que sea de arriba hacia abajo, o de abajo hacia arriba.

- El mensaje

El contenido del mensaje es muy importante para lograr el cambio en el comportamiento de otra persona, o sea, que se puede

² Soria Murillo. Relaciones Humanas. Ed. Limusa. México, 1990. p. 226.

influir de una forma importante si se echa mano de este elemento en una forma adecuada.³ Algunos autores enfatizan la fijación de objetivos claros por parte del emisor, así como su conocimiento de las motivaciones del receptor. Es decir, que la adecuación del contexto facilitará mucho el camino de una buena comunicación.

- Los canales

Estos constituyen un puente a través del cual viaja el mensaje y tiene las características de continuidad y circulación de dos vías. El contenido del mensaje se expresa por medio de la simbología.⁴

Los canales de comunicación que se establecen entre Enfermera y paciente son los informales, ya que se manifiestan espontáneamente utilizando como símbolo el lenguaje hablado o lenguaje corporal, como un medio para expresar emociones, pensamientos, necesidades, estados de ánimo y/o actitudes. Del conocimiento profundo de la importancia de expresión por medio del lenguaje se podrán aprovechar al máximo las oportunidades de establecer la comunicación con un paciente, para poder transmitirle el apoyo y la ayuda que él demande según sus necesidades en cada una de las etapas del proceso.

³ Ibid. p. 227.

⁴ Ibid. p. 226.

Estos dos tipos de comunicación son muy importantes ya que la base de estas comunicaciones son las que propician las relaciones que se establecen entre la enfermera y el paciente. Esta es una relación interpersonal, objetiva y una relación de ayuda mutua, con un fin propio en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

2.1.3 Tipos de comunicación

- Comunicación verbal

Cada persona en el curso de su vida, adquiere un estilo de comunicación, ya que al comunicarse verbalmente, también trasmite buena parte de ella misma junto con las palabras que usa, la personalidad del hombre, sus valores y emociones.⁵ Así, la comunicación verbal es esencial en la vida diaria. Por ello, la enfermera procura conocer mejor al paciente mediante el intercambio de ideas, proceso que le ayuda a obtener un beneficio significativo en la salud del paciente.

En el trabajo diario el personal de Enfermería habla de muchas cosas: En primer lugar de su trabajo con los pacientes, de las relaciones con el equipo de salud, de sus problemas cotidianos, de sus luchas por superarse y de los logros alcanzados. Sin embargo, se observa también que a veces la comunicación verbal

⁵Mauren O'Brien. Comunicación y relaciones en enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1983. p. 273.

con el paciente no es la que se quisiera y esto se debe al exceso de trabajo que siempre tiene, por lo que debe jeraquizar sus tareas y por lo tanto, disminuye sensiblemente el trato con el paciente.

- Comunicación no verbal

Las personas se comunican en diversas formas, además de utilizar palabras.⁶ El contacto que existe entre la enfermera y el paciente puede ser tan estrecho que una persona comunique simultáneamente a través de sus ademanes, su expresión facial, su postura y movimientos corporales, el tono de voz e incluso la manera de vestir. Toda esta comunicación ocurre cuando el emisor envía mensajes, a lo que el receptor evalúa su propio sistema de interpretación.

En ciertos momentos la comunicación no verbal puede ser tan eficaz como las palabras. Las manifestaciones no verbales del paciente son una guía para entender sus necesidades. Más aún cuando la expresión no verbal es el único camino para llegar a la otra persona. Estas manifestaciones son llamadas también "lenguaje mudo".

Las Enfermeras desarrollan la capacidad de observación para entender a los demás. De las expresiones más comunes como por ejemplo:

⁶ Virginia Satir. Psicoterapia familiar conjunta. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1985. p. 83.

plo: las lágrimas, que manifiestan dolor, la alegría, la frustración, el fracaso, el daño, la impotencia, la amargura, etc. Sin embargo, existen en ocasiones, pacientes que no lloran cuando pasan por una situación difícil, pero las lágrimas pueden ser más útiles a los individuos que sufren, ya que son un mecanismo de escape muy importante para lograr un bienestar.

Por el contrario, una sonrisa, puede manifestar bienestar, sinceridad, cordialidad y en ocasiones nerviosismo. Una sonrisa artificial puede indicar también que no quiere ser molestado o no le interesa la conversación, etc.

De igual forma, cuando un paciente tiene el ceño fruncido, un gesto o una mirada sobresaltada, puede indicar un malestar físico o emocional. Los movimientos continuos de manos o alguna parte del cuerpo, son una manera de liberar tensiones acumuladas. También con la postura corporal y la manera de actuar se puede manifestar receptividad, indiferencia, brusquedad, hostilidad, etc.

2.1.4 Importancia de la comunicación

La comunicación es un proceso mediante el cual se aprende a conocer personas, compartir experiencias, ideas, sentimientos y creencias.⁷ Muchos problemas de grupo resultan de la incapaci

7 Jorge Beal. Conducción y acción dinámica del grupo. Ed. Kapeluz. Buenos Aires, 1980. p. 76.

dad para comunicarse entre sí. De ahí la importancia que cada integrante de que cada grupo se cerciore de que se está comunicando con todos los miembros del grupo.

El personal de Enfermería corrobora dicho proceso cuando el paciente resulta ser más cooperador y accesible a medida que experimenta que tiene acceso a toda la información acerca de su padecimiento; o bien, puede aplicar el proceso de comunicación a toda la gente que encuentre en sus actividades diarias, ya que dicha persona puede estar necesitando su asistencia aún cuando no enfrente un problema de salud.

Los esfuerzos en la comunicación serán eficientes si la enfermera se torna sensible, observadora, y, consciente de las necesidades del paciente. Con la misma confianza con que se le ayuda al paciente a discutir sus necesidades y sentimientos se deberá estar dispuesta a analizar lo que sucede interiormente. Así, la enfermera siempre está dispuesta a explorar nuevas experiencias cuando se encuentre en situaciones extraordinarias y trate gente nueva con problemas difíciles y que tengan pocas soluciones. Con esto, ella sabe que su destreza en la comunicación se refinará por este proceso y sus habilidades en la enfermería se fortalecerán.

2.1.5 Requisitos básicos para una buena comunicación entre la Enfermera y el paciente

Abraham Maslow concibe en el individuo un sistema de necesida-

des comunes a todas las personas, basado en una jerarquía de las mismas. Aquí se analiza dicha teoría vista desde otra perspectiva. El personal de Enfermería sabe que el proceso de comunicación es más sencillo al tener en cuenta los siguientes factores:

- Necesidades fisiológicas

Según Soria Murillo cada individuo necesita satisfacer alimento, líquido, oxígeno, actividad física, descanso, eliminación y satisfacción sexual. Solamente así estará capacitado para progresar al siguiente nivel de funcionamiento.⁸

La enfermera explica este conocimiento a cada momento en el ejercicio de su profesión, puesto que reconoce que satisfaciendo estas necesidades fisiológicas ayudará a mantener las funciones del individuo a su capacidad óptima.

- Necesidades de seguridad y estabilidad

Cada individuo en su vida tiene necesidades de igualdad, seguridad, confianza, orden, integridad, solidez y honradez. Por lo general esto se recibe de la familia, de los compañeros o de la sociedad.⁹ Por eso, la enfermera valora estos factores para aumentar la seguridad del paciente, ya que al hacerlo obtendrá el

⁸Soria Murillo. op. cit. p. 228.

⁹Id.

bienestar de éste, pues al cubrir cada uno de los factores ayudará a proporcionar un clima de confianza para él mismo.

- Necesidades de amor y posesión

Es bien sabido que cada individuo desea afecto, simpatía, bondad y consideración en las relaciones humanas. Sin embargo hay individuos que carecen de dichas características en sus actividades diarias. El amor y la posesión comprenden tanto dar como recibir y están edificados sobre una base de seguridad y necesidades fisiológicas satisfechas. Así, la capacidad de un individuo para amar y ser amado se desarrolla conforme él recibe simpatía, bondad, afecto de la familia, amigos o compañeros de trabajo.

El deber de la enfermera es ayudar al paciente, a cubrir sus necesidades independientemente de edad, sexo, religión, cultura, etc. El ejercicio de la Enfermería demanda ser capaz de brindar simpatía, afecto, bondad, consideración, etc. Con esto se podrá establecer con facilidad una adecuada relación entre enfermera paciente, superando muchos obstáculos para que dichos sentimientos sean compartidos. La accesibilidad y el interés por escuchar al otro será el comienzo de una relación.

- Necesidades de aprecio

Es común que el individuo desee la aprobación de sus palabras o sus acciones, y cuando la obtiene experimenta un estado de

satisfacción. En la medida en que conoce sus propias capacidades y experimenta éxito en cualquier tarea que para su juicio es importante, la autoestima crece. Inicialmente necesita de la ayuda de las demás personas para construir su propia aceptación. En la medida que va madurando, disminuye la necesidad de aprobación externa.¹⁰

El autoaprecio se nutre cuando la enfermera recibe el reconocimiento de que entre la familia, el trabajo y la comunidad es importante. Así, cuando se ha establecido una buena relación Enfermera-paciente ésta los conduce a un sentido de identidad proporcionando una confianza duradera y una capacidad de autoestima mutua.

- Necesidades de realización propia

Maslow menciona como un logro personal cuando una persona obtiene su realización propia, es decir, cuando funciona a su capacidad óptima. Puede llegar a este punto cuando se han logrado las metas de identidad, dirección, realización y satisfacción. Cuando se alcanza este nivel es entonces cuando se puede dar lo mejor de sí mismo proporcionando creatividad, productividad y eficiencia.

El personal de Enfermería sabe que cuando no existe presión por

¹⁰ id.

otras necesidades, el individuo es capaz de dar más de sí mismo, actúa completamente desde su interior y funciona a este nivel de desarrollo sin ansiedades e inquietudes, experimenta seriedad proyectándola a las personas que lo rodean.

2.1.6 Motivos de alteración de la relación Enfermera-paciente

Existen varios motivos que inciden en que una relación enfermera paciente pueda darse alterada. Entre éstos están: La sobrecarga de trabajo, el predominio de intereses políticos y económicos, la despersonalización, el cumplir un horario, la deshumanización, la falta de confianza hacia el paciente y la falta de confianza del paciente hacia la enfermera. Estas razones frustran y evitan que se de la comunicación positiva que se esperaría en la búsqueda de la salud de ambas partes.

El binomio enfermera paciente puede y debe ser afectivo, sobre todo con el paciente en fase terminal, que a pesar de todo es una persona que aún está viva y que al conocer su destino se incrementan sus temores y sus necesidades afectivas se intensifican. El papel fundamental de la enfermera es el de aliviar la soledad, evitar la depresión y los temores, además de brindarle seguridad y confianza.

Para lograr esto, es necesario permitir que los familiares y amigos del paciente participen en los cuidados, lo cuál permi-

tirá una mayor comunicación y comprensión. Además, la enfermera es capaz de entender en toda su dimensión a los pacientes, quienes además de sus múltiples deficiencias orgánicas, tienen su propia historia y personalidad, actividades y roles en diferentes ámbitos (social, familiar, laboral).

La enfermera es también capaz de valorar cada circunstancia en particular para aprovechar (si mentalmente el paciente es capaz) su estado de conciencia y ayudarle a que comparta los problemas que más le afectan. Por ello, las enfermeras tienen tacto para dar al paciente tiempo y espacio en el proceso de duelo, para lo cual tiene la preparación necesaria para enfrentar la muerte de los pacientes sin tener sentimientos de frustración y ser capaz de ayudar al enfermo y a su familia a optimizar sus recursos, a enfrentar sus enfermedades, alentándolos para que expresen sus sentimientos y temores.

2.2 EL PROCESO AGONICO

2.2.1 Conceptos básicos

- La agonía y la muerte

La agonía es el camino por el que se viaja hacia el no ser, hacia la aniquilación física y la muerte es el estado final del no ser.¹¹ Es necesario aprender a distinguir dichos eventos, ya que todas las manifestaciones de temor ante la muerte, no son otra cosa que una actitud específica hacia lo que representa el proceso agónico, el cual puede estar cargado de dolor, deterioro físico y angustia mental.

La definición clásica del instante del deceso fué formulada por Hipócrates 500 años a.C. "Frente arrugada y adusta, ojos hundidos, nariz puntiaguda bordeada por un color negruzco, sienes hundidas, huecas y arrugadas, mentón arrugado y contraído, piel seca, lívida y plomiza, pelo de las ventanas de la nariz y pestañas salpicados de una especie de polvo de un blanco mate, rostro, por otra parte, fuertemente deformado e irreconocible".¹²

Con esto Hipócrates detalla por primera vez en la historia una facies cadavérica, la cual se conoce y se explica como paro completo y definitivo de las funciones vitales de un organismo vi

¹¹ Bárbara Mc Van. Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma. Madrid 1987. p. 15.

¹² Jean Ziegler. Los vivos y la muerte. Ed. Siglo XXI. México, 1976. p. 196.

vo acompañado de la pérdida de las funciones y la destrucción progresiva de sus unidades celulares y de los tejidos. Muchos autores explican el hecho desde diferentes puntos de vista, mencionándolo desde un "acontecimiento devastador", como un hecho inesperado o imprevisible. También otros lo han mencionado como "un proceso lento cronológicamente ordenado". De cualquier forma, se presenta ya sea súbita o lenta, el proceso de muerte constituye un desorden fisiológico.

2.2.2 Etapas del proceso agónico

Existen varias etapas en el proceso agónico y que son las siguientes: Conocimiento y negación, la etapa del cólera, el pacto y la etapa de aceptación final, que a continuación se describen:

- Conocimiento y negación

Esta etapa puede ir acompañada de una reacción fisiológica ante el desastre o la inminencia del mismo shock, desvanecimiento, palidez, sudoración, taquicardia, náuseas, alteraciones gastrointestinales, agitación, confusión y apatía.¹³ Se puede observar que esta respuesta inicial de la persona que se encuentra ante un problema, primero entra en una fase de conmoción e incredulidad, no queriendo comprender la realidad de lo que su

¹³Joyce Thompson. Ética en Enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1984. p. 21.

cede. La negación llega a desvanecerse si la persona en proceso de duelo sabe que alguien le ayudará a expresar el sentimiento que se presentará cuando afronte la realidad.

- El Cólera

En esta segunda etapa la realidad empieza a penetrar en la conciencia. El individuo sentirá tristeza mezclada con culpabilidad, lástima, impotencia y desesperación. Notará un fuerte impulso de llorar, también es posible una sensación de vacío.¹⁴

El llanto parece desempeñar una importante función homeostática, por lo que una de las principales actitudes de enfermería será apoyar o acompañar al paciente para que exprese libremente sus sentimientos y por ningún motivo lo reprenderá o evitará que éste llore. Es muy común que el paciente se culpe a sí mismo por no haber hecho algo, o puede atacar a la sociedad y culpar a los demás de lo que sucedió.

En la etapa de cólera es muy difícil para Enfermería relacionarse con los pacientes, ya que ellos manifiestan grandes contradicciones, incluso agreden al personal de Enfermería, no por la enfermera misma, sino por lo que ella representa: vitalidad, libertad y dinamismo que tal vez el familiar colérico o el paciente colérico ha perdido.

¹⁴ Ibid. p. 22.

- El pacto

Esta etapa se caracteriza por el intento del paciente de hacer un trato con Dios o con el destino, prometiendo algún voto a cambio de más tiempo. En esta etapa el paciente suele estar agotado y deprimido.¹⁵

Si la enfermera es observadora podrá percatarse que esta reacción puede aparecer en oleadas, a partir de la etapa de pacto evoluciona hacia la etapa de depresión pura, manifestándose de diferentes formas, como permanecer inmóvil, hablar en forma esporádica y oponerse a las visitas de amigos y familiares. Lo más adecuado es darle tiempo de que lllore su pérdida, de esta forma se preparará a sí mismo para separarse de las personas que ama.

- La aceptación

En esta etapa, pasarán varios meses antes de que sea capaz de pensar sin tristeza en su pérdida. La resolución completa del duelo, viene indicada por la capacidad para recordar de forma realista su situación o su problema. Este es un sentimiento positivo, no amargo, por supuesto el paciente no está completamente feliz, pero tampoco denota una profunda tristeza.¹⁶

Es importante señalar que el tiempo varía en cada persona pero

¹⁵ Id.

¹⁶ Ibid. p. 24

es realmente visible el hecho de una vuelta paulatina a la paz y al bienestar. La enfermera aportará mucha ayuda en el momento de entender la necesidad del paciente de mantener seguridad, auto confianza y dignidad, de esta forma nunca le dejará aislado o abandonado evitando comentarios tales como: "Todo va bien" "Pronto podrá levantarse y pasear", "Tiene buen aspecto", ya que por lo regular el paciente sabe como van las cosas y lo más sano son las respuestas o actitudes sinceras. Así, cuando la enfermera está estrechamente vinculada con el paciente, puede incluso con el tono de voz transmitirle que comprende lo que está experimentando.

Las etapas del proceso agónico no son totalmente claras para el personal de enfermería, dado que a veces unas están implicadas en otras, lo que hace difícil entender y comprender lo que le está sucediendo a los familiares y a los pacientes. Es muy común que estas etapas se presenten en forma agresiva, con ira, depresión, aceptación, negación y negociación con Dios al mismo tiempo, es por ello que el personal de enfermería observa con detenimiento todas estas manifestaciones a fin de poder ayudar en la medida de lo posible a los familiares y al paciente.

2.2.3 Mecanismos de defensa del paciente agónico

- Frustración e impotencia

Es común observar que cuando el paciente es confrontado a su responsabilidad de tomar conciencia de sus propios sentimientos

y actitudes, tiende a utilizar diferentes mecanismos de defensa, tales como, dar por terminada una conversación. Cuando el paciente experimenta frustración, incapacidad o impotencia para afrontarlo manifiesta agresividad verbal o motriz (golpeando cosas para disminuir su ansiedad). Así, el paciente o sus familiares pueden utilizar los siguientes mecanismos:

Huir o rehusar continuar la entrevista, hostilidad, agresividad, actitud de manipulación, actitud de desapego, desconfianza, dependencia excesiva, víctima o conformidad automática.¹⁷

En situaciones como en las anteriormente mencionadas, el paciente puede controlar el comportamiento de la Enfermera con el objeto de satisfacer sus propias necesidades y conseguir sus propios fines con actitudes de dominación por parte del paciente y de sumisión por parte de la Enfermera. Por ello, el personal de Enfermería trata en la medida de lo posible a confrontar su problemática y a tratar de aceptarla.

- Depresión

La depresión es un importante trastorno del carácter, relativamente persistente, que se caracteriza por abatimiento y por tener por lo menos de tres a ocho síntomas agregados: alteraciones del sueño, como insomnio o hipersomnia, disminución de la

¹⁷ Juan Cibanal. Interacción profesional de enfermería con el paciente. Ed. Doyma. México, 1991. p. 125.

energía, retardo motor o agitación, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, disminución del interés por actividades que antes resultaban placenteras, reducción del apetito, remordimientos e ideas, o conductas suicidas.¹⁸

El personal de Enfermería sabe que cada paciente manifiesta de forma distinta su abatimiento, mostrándose triste, apenado, de salentado o bien se niega a disfrutar de actividades que antes le agradaban. Las depresiones son muy frecuentes en pacientes en fase terminal y en muchas ocasiones están enmascaradas, por ejemplo, la sensación de fracaso personal con poco amor propio la pérdida de confianza en sí mismo con ingestión de bebidas alcohólicas, etc. La depresión es frecuente, porque con la enfermedad disminuye progresivamente la capacidad de vivencias placenteras y por otro lado aumenta la inseguridad.

El personal de enfermería está capacitado para el manejo del paciente deprimido en cada una de las etapas del proceso. Así mismo puede identificarlas y proporcionar atención adecuada para evitar que progrese a depresiones profundas.

2.2.4 El paciente en fase terminal

"El paciente terminal es aquella que por lo avanzado de su en-

¹⁸Willis Hurst. Medicina Interna. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1984. p. 2

fermedad se encuentra en un estadio reconocido como irreversible, que lo llevará a la muerte en un plazo relativamente corto y que debido a las múltiples insuficiencias orgánicas y psicológicas, no existe el equilibrio necesario para prolongar la vida.¹⁹

La ciencia no basta para entender en toda su dimensión al hombre, es por esto que el trato de Enfermería, hacia el paciente agónico está impregnado de humanismo, ya que es lo que directa o indirectamente alivia el sufrimiento del paciente. El paciente terminal sufre, pero su dolor no sólo es físico, es también psicológico y moral y esto es debido a que está perdiendo lo máspreciado: su propia existencia.

- El paciente terminal y su familia.

"La enfermedad es fuente de estrés para quien la padece y para la familia, los cuales pueden considerarlo como reto o como castigo. Las reacciones que tiene la familia con el enfermo terminal pueden ser diversas: Ira, dependencia, abandono, culpa, sobreprotección, etc."²⁰

El personal de Enfermería sabe que es de suma importancia tener conocimiento de dichas reacciones, para tratar de modificarlas

¹⁹ Eseven Chaverri. Enfermería hoy. Ed. Díaz. Madrid, 1986. p. 46.

²⁰ Isabel Kuthy. Revista del residente de psiquiatría. vol. 4 No. 2. México, 1989. p. 25.

ya que resulta un obstáculo para el manejo integral del paciente. Se sabe también que el abordar estos temas con la familia requiere dedicación y un poco más de tiempo para establecer en primer lugar comunicación con los integrantes de la familia, si es posible por separado o en terapia de grupo. Es importante recordar que el paciente terminal se va, pero la familia se queda y muchas veces son los que más necesitan del apoyo.

De hecho, se le ha llamado como "enfermedad familiar" al hecho de que la enfermedad de uno de los integrantes de la familia repercute en los demás, afectándolos en todas sus esferas, ya que la pérdida de un ser querido es uno de los eventos más dolorosos a los que se enfrenta el hombre.

La enfermera debe estar preparada para prestar apoyo emocional, físico y espiritual, y debe ser compasiva, paciente y abierta. Podrá ayudar a aliviar el dolor hasta donde sea posible, preservar la dignidad humana y sobretodo evitar que el paciente esté aislado de su familia.

En esta atmósfera de franqueza, confianza y cooperación, exenta de secretos o evasiones, muchas familias y muchos pacientes encuentran un ambiente propicio para expresar sus sentimientos hacia el otro y la enfermera puede ver facilitada su labor. A medida que la enfermedad progresa hacia la fase terminal, este ambiente permite atender mejor a la necesidad del paciente evitando que se sienta abandonado, recibiendo el testimonio del

amor y el afecto de cuantos le rodean.

2.2.5 El proceso de la muerte

"Las etapas de la muerte no son totalmente claras y el cambio en las emociones es constante, se oscila del optimismo al pesimismo, de la agresión a la tranquilidad, de la negación a la aceptación, etc. Es por eso que durante el proceso de muerte el hombre experimenta las etapas de: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación".²¹

Dentro de la práctica laboral se ha observado que no necesariamente se presentan todas las etapas ni en este orden, las respuestas individuales varían considerablemente, sin embargo, el tenerlas en mente ayuda a comprender mejor al paciente. Entre los factores que determinan dichas etapas se observan las características propias de la personalidad, el apoyo con que cuenta el enfermo, ya que sus necesidades y sentimientos se enfrentan a una serie de pérdidas y ajustes en relación a sus capacidades físicas y mentales, con los lazos familiares y sus actividades laborales.

Las ciencias médicas y sociales, indirectamente han causado serios problemas en la salud mental... a raíz de la pérdida existen tres fases de luto:

²¹ Donna Aguilera. Control de los conflictos emocionales. Ed. Interamericana. México, 1980. p. 92.

- Fase I: Conmoción y escepticismo

Esta fase se caracteriza por una concentración en el objeto original y con síntomas de dolor somático. Existe ligera falta de sentido de la realidad, una sensación de aumento de la distancia emocional de las otras personas, etc.²²

- Fase II: Conciencia del hecho

En esta fase se presenta una desorganización de la personalidad acompañada de dolor y desesperación. Se presenta también el llanto o sentimientos de desamparo.

- Fase III: Solución de la pérdida

Esta fase se resuelve con el luto. Se efectúa una reorganización en base a la imagen del objeto perdido y se forman nuevas relaciones objetivas. El luto o duelo es la capacidad de recordar completamente y en una forma realista su pérdida. El duelo patológico es aquel en el cual existe una incapacidad para expresar abiertamente los impulsos por recobrar el objeto perdido.

En la práctica se observa que pueden existir reacciones retardadas o excesivas, por ejemplo, la reacción de dolor puede asumir la forma de una depresión agitada acompañada de tensión, in

²² Donna Aguilera. Control de los conflictos emocionales. Ed. Interamericana. México, 1980. p. 92.

somnio, sentimientos de minusvalía, autoacusación amarga y necesidad de castigo.

La acción primordial de la Enfermera consiste en compartir y comprender el proceso del paciente, ya que el solo consuelo no proporciona una ayuda adecuada. El individuo acepta el dolor, ya que un manejo adecuado de los sentimientos puede prevenir alteraciones prolongadas y seriar en el ajuste social de la persona.

- Fase IV: Aceptación de la muerte

¿Cómo enfrentan las personas la proximidad de su muerte, ¿Cuál es el proceso mediante el cual aceptan el hecho de que su vida pronto terminará? En años recientes unos cuantos profesionales que han observado de cerca a personas moribundas, han elaborado teorías para explicar los procesos de pensamiento y sentimiento de los pacientes que cursan la fase final de su vida. Se ha observado que es importante comprender las actitudes hacia la muerte, familiarizándonos con las diversas maneras que tienen los pacientes de conceptualizar la vida y la muerte.

Hay que tomar en cuenta que la sociedad en que vivimos está impregnada de una cultura tradicionalista y presenta a la muerte como un ritual y no como un fenómeno natural consecuencia de la vida.

No se nos ha enseñado ni educado para enfrentar una enfermedad,

mucho menos a la muerte, es más, el hombre moderno vive en un constante movimiento que no se percata de la muerte ni piensa en ella. Sólo una preparación profesional y humana podrá enca minar a los pacientes en fase terminal a afrontar la enfermedad y asumir su muerte como parte del ciclo de la vida.

2.2.6 Actitud profesional ante la muerte

"Existen distintas fases de relación de ayuda, estableciendo lazos en base a las actitudes hacia el paciente. La habilidad de escuchar se manifiesta con una actitud particular que exige aceptar al otro tal y como es, con sus cualidades y defectos respetando su personalidad. En el momento de establecer relaciones que parecen ayudar al paciente, se manifiesta cuando la En fermera consigue establecer con el paciente una actitud empáti ca.²³ Un punto clave que debe manifestar el personal de enfermería es la autenticidad, la cual es la base de las actitudes cotidianas. Esto conduce a un estado de coherencia interna entre lo que se dice, se piensa y se siente, lo cual implica una madurez emocional real y una comprensión auténtica de sí mismo.

De esta forma la enfermera será una persona a la que se pueda recurrir, será compañera, consejera, por desempeñar un rol neutro, en el cual capta la problemática del paciente y maneja la situación en forma objetivo.

"El paciente que solicita ayuda en cualquiera de las etapas de 23 Juan Cibanal. op. cit. p. 4.

su vida, o en el proceso de su muerte, sigue siendo una persona digna de respeto y consideración".²⁴

La mejor actitud que se puede adoptar ante el proceso agónico será un trato de respeto profundo, empezando por nunca considerarlo como un número, un diagnóstico, o un caso muy interesante.

²⁴Eseverri Chaveni. op. cit. p. 103.

3. METODOLOGIA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

H₁: Existe influencia entre la comunicación de Enfermería y el proceso agónico de los pacientes en fase terminal en el Hospital Inglés en México, D.F.

3.1.2 De trabajo

H₂: A mejor comunicación de enfermería, menor será la agonía de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés, en México, D.F.

3.1.3 Nula

H₀: No existe relación entre la comunicación y el proceso agónico de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés en México, D.F.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 Variable independiente: COMUNICACION

- Indicadores

- Comunicación oral
- Comunicación táctil
- Tono de voz
- Comunicación de códigos
- Expresión facial

- Acercamiento
- Sentimiento de compasión
- Sentimiento de ternura
- Sentimiento de depresión
- Sentimiento de rechazo

3.2.2 Variable dependiente: PROCESO AGONICO

- Indicadores

- Sufrimiento
- Angustia
- Miedo
- Dolor
- Impotencia
- Desesperanza
- Pánico
- Compasión
- Ansiedad
- Indiferencia

3.2.3 Definiciones operacionales

COMUNICACION

La comunicación de Enfermería que se puede brindar a los pacientes está dada no solamente desde el punto de vista oral, sino también corporal. Esto quiere decir, que para algunos pacientes en proceso agónico que ya no pueden comunicarse oralmente

con la enfermera, es de suma importancia para ellos, el hecho de tener una expresión facial agradable, el sentir el acercamiento de la enfermera, el escuchar un tono de voz de quien pudiera ser su amigo y el poder contar con un apoyo que puede traducirse en ternura y comprensión en esos momentos difíciles. Esto significa que la atención de Enfermería está llena de una serie de actitudes positivas que el paciente recibe con gran necesidad de ellas y que las acepta también con gran resignación y entereza en el momento final.

PROCESO AGONICO

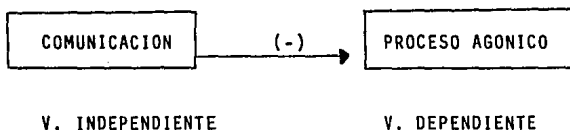
Este es un fenómeno integrado por varios pasos y manifestaciones del paciente en fase terminal, el cual lleva implícito el sufrimiento que se manifiesta de muchas formas y que van desde el pánico hasta la indiferencia total, producto de la acumulación de miedos e inseguridades, mismos que se verán atenuados en la medida que se analice y se acepte la situación.

Las actitudes del personal de Enfermería en un proceso agónico, tiene diferentes formas de manifestarse y tiene también diferentes formas de entenderse. Esto significa que a veces el personal de Enfermería sufre con el paciente lo que le está pasando y siente un gran dolor derivado de la impotencia y de la no aceptación de la muerte que se traduce en miedo y en angustia.

En ocasiones el personal de Enfermería toma este momento con

gran entereza pero también con pánico y ansiedad, lo que le produce verdaderos conflictos emocionales internos. Se cree que todo esto se debe al deseo de prolongar la vida al paciente como resultado de la atención que la misma enfermera le prodigue.

3.2.4 Modelo de relación causal de las variables



3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

3.3.1 Tipo

El tipo de investigación es descriptivo, analítico y observacional, porque dicha investigación se basa inicialmente en describir una situación problema a través del marco teórico conceptual, además analiza todos los detalles que intervienen en el proceso ante una situación específica como lo es el proceso agónico. Además, surge de una secuencia de observaciones que se han venido haciendo en el transcurso de la práctica profesional.

3.3.2 Diseño

La presente investigación se ha realizado atendiendo a los siguientes pasos:

- Análisis de un problema de investigación a partir de las observaciones de los alumnos en clase.
- Elaboración de un plan, tomando un modelo del curso de Seminario de tesis de la ENEO.
- Asistencia a la biblioteca para buscar marco teórico, el cuál servirá como marco teórico referencial (desarrollado).
- Elaboración de las hipótesis (general, de trabajo y nula)
- Desarrollo de las definiciones operacionales de cada una de las variables.
- Búsqueda de los indicadores de las variables.
- Elaboración del universo, población y muestra.
- Procesamiento de los datos utilizando tarjetas
- Comprobación de la hipótesis, mediante las técnicas estadísticas.
- Análisis e interpretación de la información
- Elaboración de anexos y apéndices.
- Elaboración de referencias bibliográficas.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS

3.4.1 Fichas de trabajo

A través de las fichas de trabajo será posible recopilar toda la información en torno a las variables estudiadas para cons-

truir el marco teórico.

3.4.2 Observación

Mediante esta técnica se podrán plasmar las experiencias obtenidas al entrevistar al personal de Enfermería en torno al proceso agónico de los pacientes. De esta manera se podrán conocer las actitudes del personal en torno a este tema tan controvertido.

3.4.3 Entrevista

A través de esta técnica, se podrá recopilar todos los datos y opiniones del personal entrevistado, conociendo así su forma de pensar en torno a la investigación.

3.4.4 Cuestionarios

Este es el principal instrumento de recpilación de datos que se hará mediante preguntas con opción de respuestas, utilizando el sistema Likert que permitirá capturar los datos y traducirlos a información significativa.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituye 460 personas de Enfermería, entre las cuáles están: jefes, subjefes, especialistas, enfermeras generales y auxiliares de enfermería y que representan el 100% del universo.

La población son exclusivamente las enfermeras profesionales que atienden a los pacientes en los servicios de alto riesgo: Terapia Intensiva, Terapia Intermedia, Medicina interna y Urgencias, que suman 156 personas y que representa el 33.91% del universo.

La muestra resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}}$$

De donde:

$$n = \frac{156}{1 + \frac{156}{460}}$$

Que resulta:

$$n = \frac{156}{1 + 0.33}$$

De donde:

$$n = \frac{100}{1.33}$$

$$n = 117$$

Así resultan 117 personas de Enfermería y que significa el 75% de la población y el 25.43% del universo.

A pesar de conocer que la muestra era de 117 personas, se aplicaron 3 cuestionarios más, resultando una cifra de 120 cuestionarios en su totalidad.

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

En este apartado se presentará la codificación, tabulación y recuento de los datos que resultan de la aplicación de los cuestionarios.

CUADRO No. 1

EDAD DE LOS ENTREVISTADOS

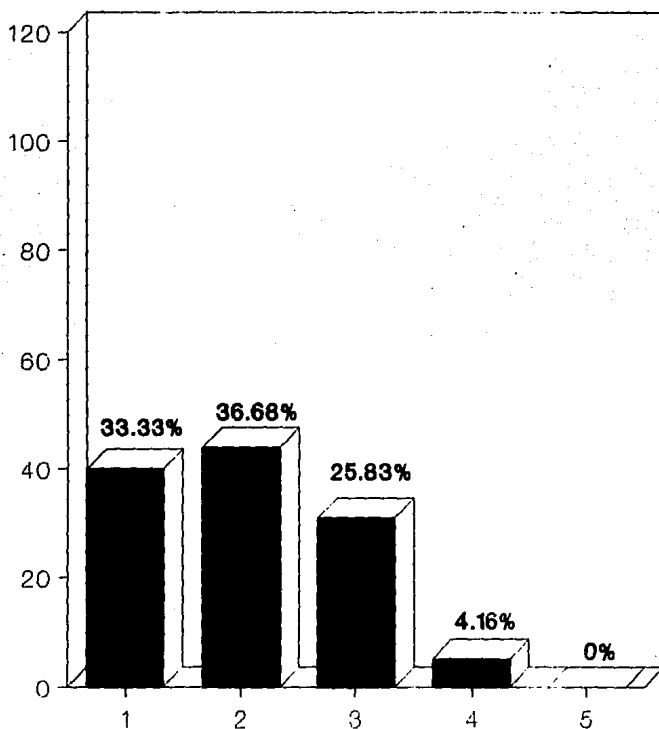
1994

OPCIONES	F	%
1. 20 - 25 años	40	33.33
2. 26 - 30 años	44	36.68
3. 31 - 35 años	31	25.83
4. Más de 36 años	5	4.16
5. Sin respuesta	-	-
TOTALES	120	100

FUENTE: Cuestionario de la investigación "La comunicación entre la enfermera y el paciente en relación al proceso agónico de los pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés en México, D.F., aplicados los días del 15 al 17 de Septiembre de 1994.

GRAFICA No. 1
EDAD DE LOS ENTREVISTADOS
1994

FC



■ Series 1

OBSERVACIONES: El 36.68% tiene de 26 a 30 años, y el 4.16% tiene más de 36 años.

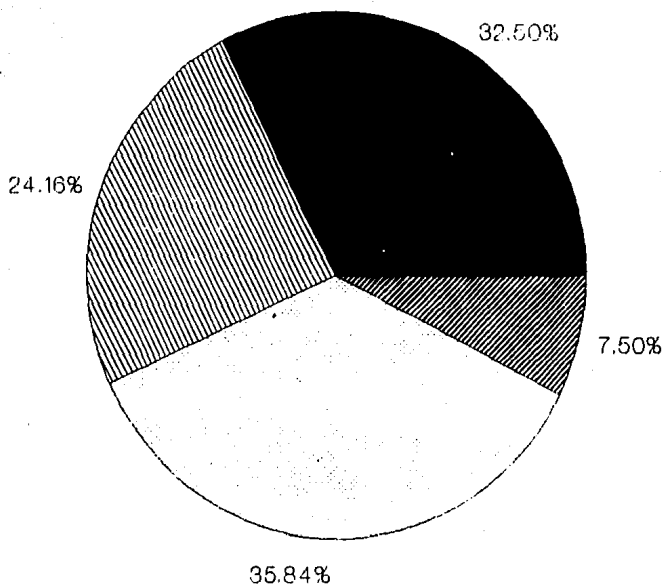
FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 2
TURNO DE LOS ENTREVISTADOS
1994

OPCIONES	F	%
1. Matutino	39	32.5
2. Vespertino	29	24.16
3. Nocturno	43	35.84
4. Nocturno mixto	9	7.5
5. Sin respuesta	-	-
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 2
TURNO DE LOS ENTREVISTADOS
1994



OBSERVACIONES: El 35.84% labora en turno nocturno y el 7.5% labora en turno nocturno mixto.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

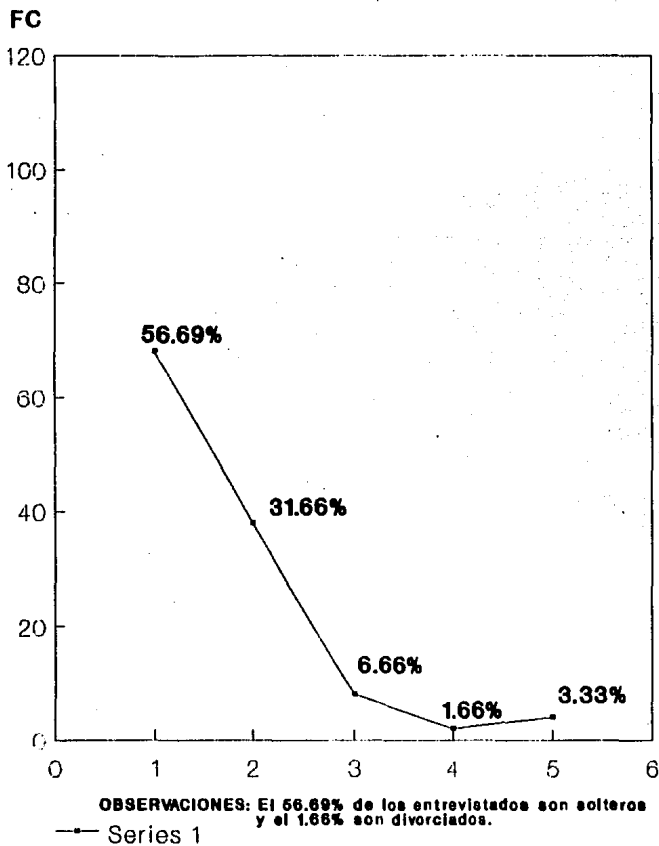
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Soltera	68	56.69
2. Casada	38	31.66
3. Unión libre	8	6.66
4. Divorciada	2	1.66
5. Sin respuesta	4	3.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 3
ESTADO CIVIL DE LOS ENTREVISTADOS
1994



FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

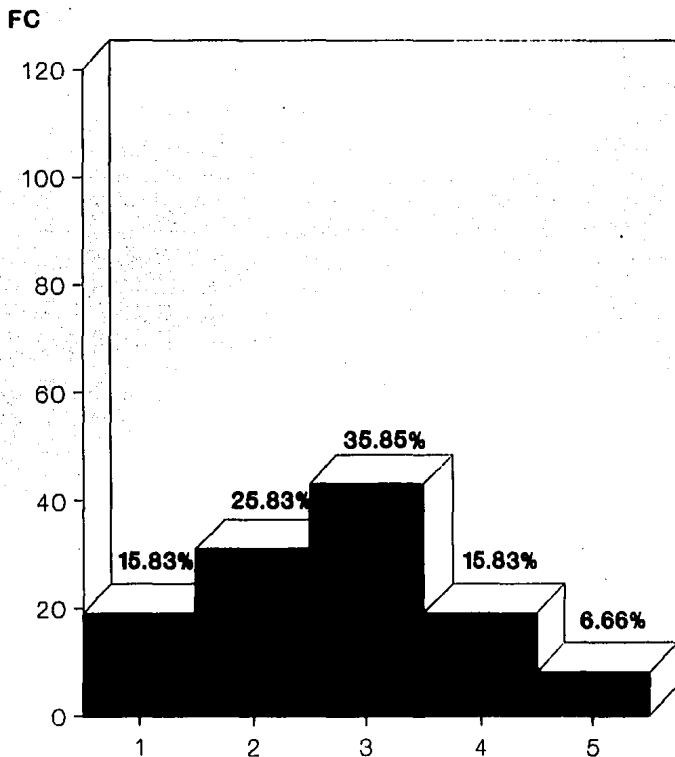
CUADRO No. 4
ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Licenciatura	19	15.83
2. Especialidad en Enfermería	31	25.83
3. Enfermera general	43	35.85
4. Pasante	19	15.83
5. Sin respuesta	8	6.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 4
ESCOLARIDAD DE LOS ENTREVISTADOS
1994



OBSERVACIONES: El 35.85% son Enfermeras Generales y el 15.83% son pasantes de Enfermería.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 5

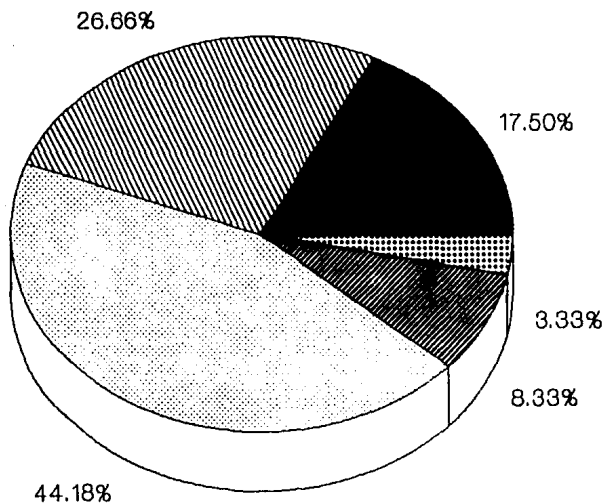
NIVEL JERARQUICO DEL PERSONAL

1994

OPCIONES	F	%
1. Supervisora o Jefe	21	17.5
2. Especialista	32	26.66
3. Enfermera general	53	44.18
4. No, ningún nivel jerárquico	10	8.33
5. Sin respuesta	4	3.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6
NIVEL JERARQUICO DEL PERSONAL
1984



OBSERVACIONES: El 44.18% son Enfermeras Generales y el 8.33% no tienen nivel jerárquico.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 6

COMUNICACION ORAL CON LOS PACIENTES AGONICOS

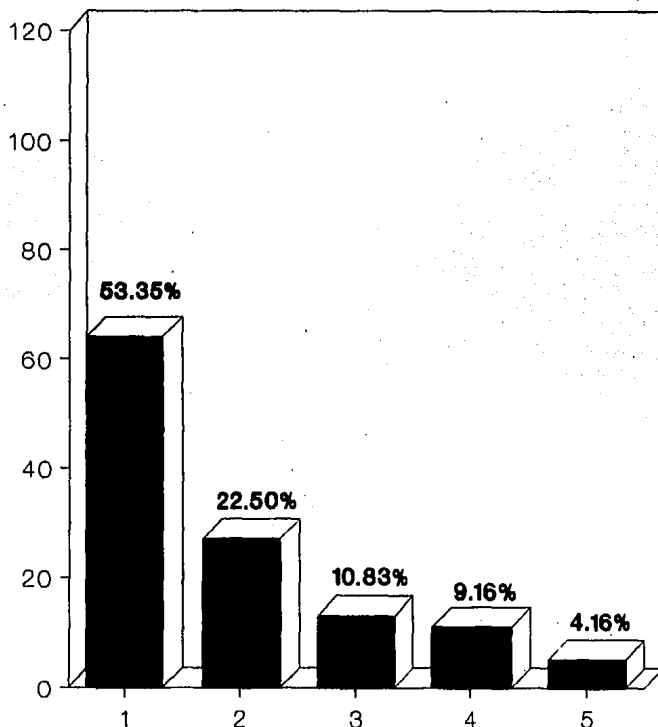
1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, normalmente aunque sé que el paciente no me escucha, yo me comunico, le hablo por su nombre y le explico lo que le voy a hacer.	65	53.35
2. Sí, yo les hablo y trato de comunicarme con la voz, aunque sé que alguno no me escucha.	27	22.5
3. Creo que en lugar de hablar es más importante hacerle los procedimientos.	13	10.83
4. No, yo prefiero no hablarle, ya que sé que no me escucha.	11	9.16
5. Sin respuesta.	5	4.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 6
COMUNICACION ORAL CON
LOS PACIENTES AGONICOS
1984

FC



OBSERVACIONES: El 53.35% tiene una adecuada comunicación oral con los pacientes agónicos, aunque sabe que no le entiende y el 9.16% prefieren no hablarles.



Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 7

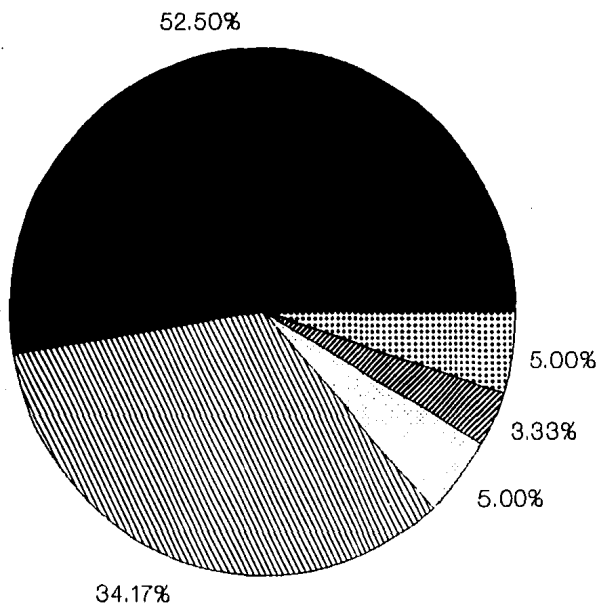
COMUNICACION TACTIL CON LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, porque yo sé que cuando los toco ellos sienten mi apoyo y así les brin <u>d</u> o confianza.	63	52.50
2. Sí, los toco frecuentemente al reali <u>z</u> arle los procedimientos.	41	34.17
3. A veces los toco, pero sé que no me van a responder.	6	5.00
4. No, nunca los toco, porque me dan un temor que se muestra en mis manos.	4	3.33
5. Sin respuesta	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 7
COMUNICACION TACTIL CON
LOS PACIENTES AGONICOS
1984



OBSERVACIONES: El 52.50% establecen una buena comunicación táctil con los pacientes agónicos, y el 3.3% nunca los tocan.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 8

TONO DE VOZ UTILIZADO CON LOS PACIENTES AGONICOS

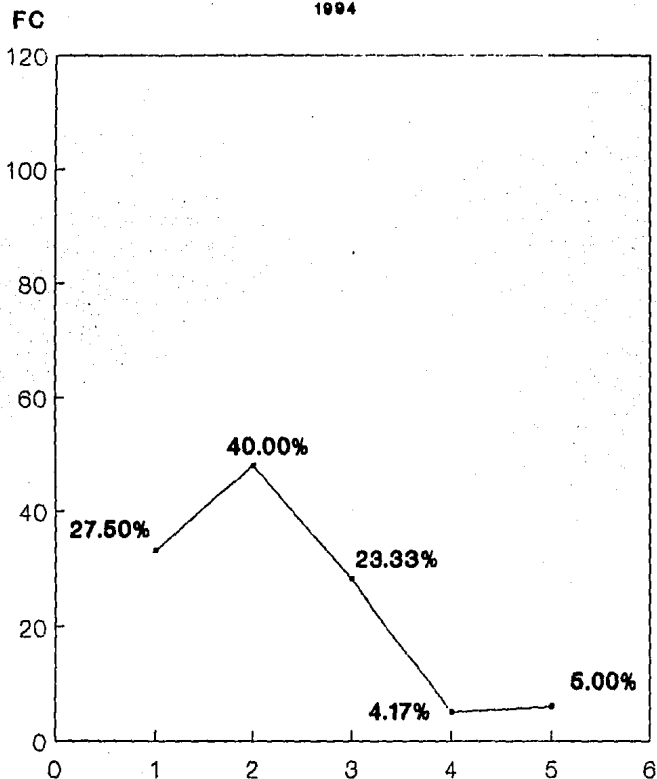
1994

OPCIONES	F	%
1. Mi voz es pausada y tranquila, porque sé que me escucha y así le doy seguridad.	33	27.50
2. Mi voz es tranquila, para tratar de apoyarlo.	48	40.00
3. Mi voz no cambia, siempre es la misma.	28	23.33
4. Como mi voz es muy fuerte, siempre le hablo así, porque sé que no me oye.	5	4.17
5. Sin respuesta	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 8
TONO DE VOZ UTILIZADO CON
LOS PACIENTES AGONICOS

1994



Series 1

OBSERVACIONES: El 40% utilizan un tono de voz tranquilo para apoyar a los pacientes agónicos, y el 4.17% les levantan la voz creyendo que no son escuchados.

FUENTE: Miema del cuadro No. 1.

CUADRO No. 9

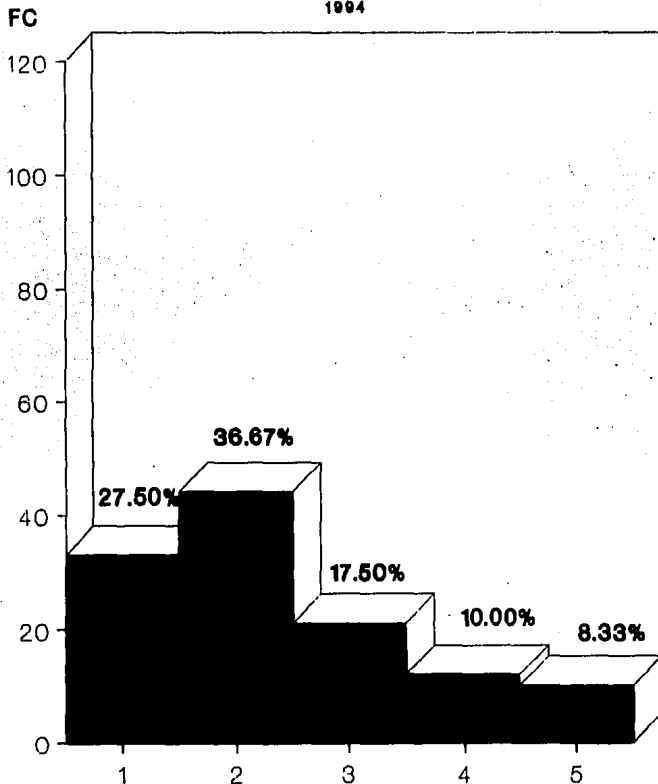
CODIGOS UTILIZADOS (METODO ESPECIAL) PARA DARSE
A ENTENDER CON LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo me comunico con ellos utilizando varios métodos entre ellos, pizarrón, lápiz, ojos, señas, etc.	33	27.5
2. Sí, yo me comunico con ellos, especialmente con las manos y los ojos.	44	36.67
3. No, yo sé que en ese momento no me entiendo, por eso no uso métodos extraordinarios. Sólo la voz.	21	17.50
4. No, definitivamente no conozco ningún código o método especial. No da resultados.	12	10.00
5. Sin respuesta	10	8.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 9
CODIGOS UTILIZADOS (METODO ESPECIAL) PARA DARSE A
ENTENDER CON LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 36.67%, si se comunican con ellos, utilizando varios métodos y el 10% no conocen ningún código o método especial para comunicarse con los pacientes agónicos.

■ Serie 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 10

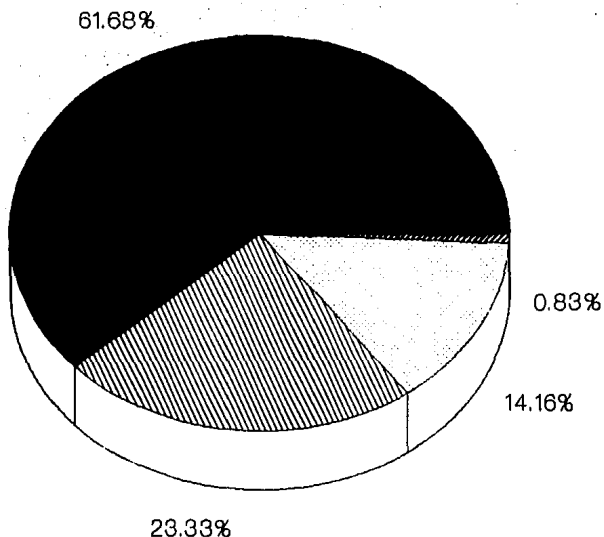
EXPRESION FACIAL ANTE LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Mi expresión facial es relajada y siempre procuro brindarle una sonrisa, ya que así sentirá confianza y tranquilidad cada vez que me acerco.	74	61.68
2. Mi expresión facial es relajada para que no vea en mí angustia o miedo.	28	23.33
3. Mi expresión facial no cambia, siempre es la misma.	17	14.16
4. Siempre reflejo mucho temor y angustia con mi expresión independientemente de quien se trate.	1	0.83
5. Sin respuesta	-	-
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 10
EXPRESION FACIAL ANTE
LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 61.68% utilizan una expresión facial relajada para brindarle confianza, y de el 14.16% su expresión no cambia, siempre es la misma.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 11

ACERCAMIENTO CON LOS PACIENTES AGONICOS

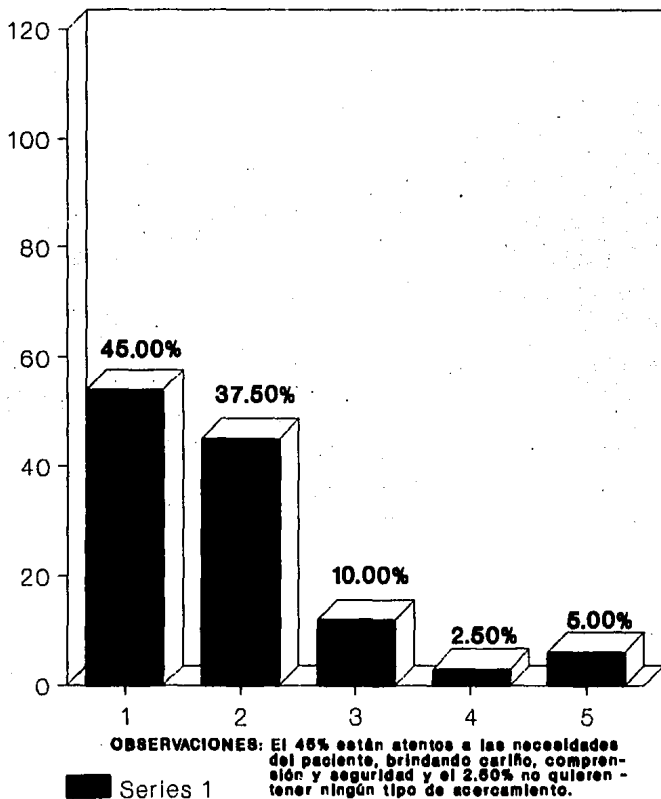
1994

OPCIONES	F	%
1. Si, siempre lo hago, me gusta estar atenta a todas sus necesidades y poder así brindarle cariño, comprensión, seguridad etc.	54	45.00
2. Si, yo me acerco a ellos para poder identificar sus necesidades.	45	37.50
3. Si, pero sólo cuando le tengo que realizar algún procedimiento.	12	10.00
4. No, ya que no quiero tener ningún tipo de acercamiento con el paciente.	3	2.50
5. Sin respuesta	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 11
ACERCAMIENTO CON LOS PACIENTES AGONICOS
1994

FC



FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 12

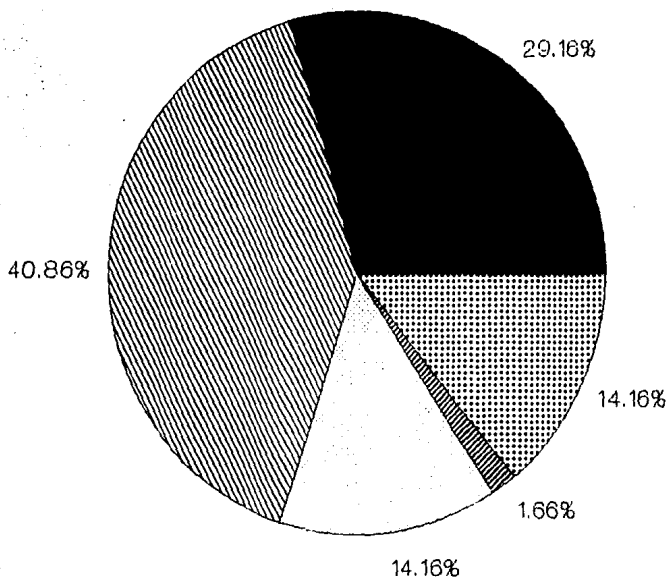
SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, yo creo que es un momento muy especial, por tanto les brindo cariño, ternura y afecto a ellos y a sus familiares.	35	29.16
2. Sí, yo me compadezco porque es su último momento y necesitan de ternura y afecto.	49	40.86
3. No, no siempre me compadezco, creo que a todos nos va a pasar, y hay que ser fuertes.	17	14.16
4. No me compadezco, la enfermera debe mostrar su fuerza de carácter en todo momento y especialmente ante la muerte.	2	1.66
5. Sin respuesta	17	14.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 12
SENTIMIENTOS DE COMPASION
HACIA LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 40.86% brindan cariño, ternura y afecto a ellos y a sus familiares y el 1.66% no -- siempre se compadecen, creyendo que a -- todos nos va a pasar y por lo tanto hay -- que ser fuertes.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 13

TERNURA EXPRESADA CON LOS PACIENTES AGONICOS

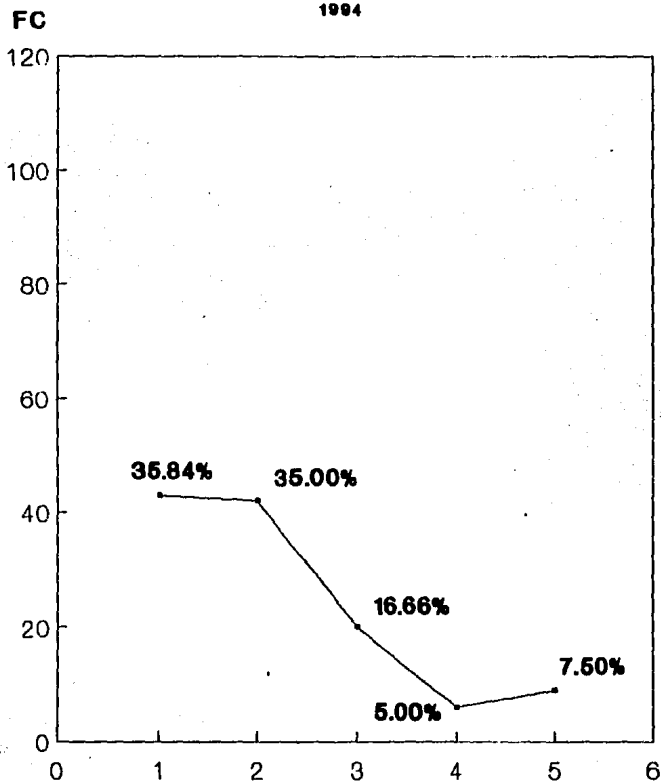
1994

OPCIONES	F	F
1. Sí, yo siempre les doy el mejor trato ya que con mis demostraciones de cariño, consigo que me tengan confianza en ese momento.	43	35.84
2. Sí, yo les demuestro cariño, para que colaboren conmigo en cualquier procedimiento.	42	35.00
3. Creo que con demostrarles respeto y afecto es más que suficiente.	20	16.66
4. No, no tengo por qué ser tierna, yo los trato como a todos los pacientes.	6	5.00
5. Sin respuesta	9	7.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 13
TERNURA EXPRESADA CON
LOS PACIENTES AGONICOS

1984



OBSERVACIONES: El 35.84% proporcionan el mejor trato, demostrando siempre cariño, fomentando la confianza con el paciente y el 5% solamente los demuestran respeto y afecto, creyendo que es más que suficiente.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 14

SENTIMIENTOS DE DEPRESION EN LA ATENCION
A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

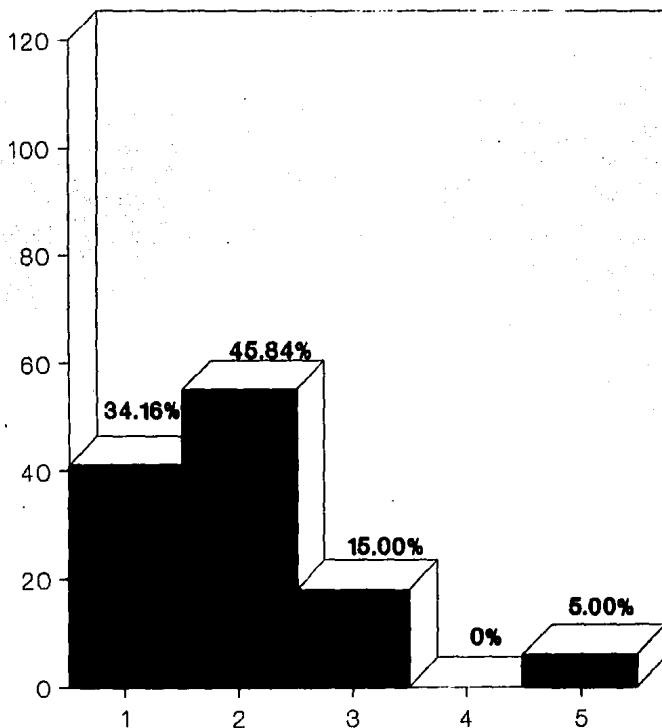
OPCIONES	F	%
1. Aunque sí siento dolor, a veces me deprime un poco ante este momento tan especial, definitiva.	41	34.16
2. En algunas ocasiones me siento deprimida, sin embargo, lo he sabido manejar para poder ayudar tanto al paciente como a su familia.	55	45.84
3. Sí, me deprimó y me siento mal toda la semana.	18	15.00
4. Sí, siempre es algo que yo no tolero y siempre me deprime tanto, que llevo la depresión a otros pacientes.	-	-
5. Sin respuesta	6	5.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 14
SENTIMIENTOS DE DEPRESION EN LA ATENCION
A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

FC



OBSERVACIONES: El 45.84% en ocasiones se deprimen, sin embargo lo saben manejar para poder ayudar al paciente y a la familia y el 15% si se deprimen y se sienten mal toda la semana.

Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 15

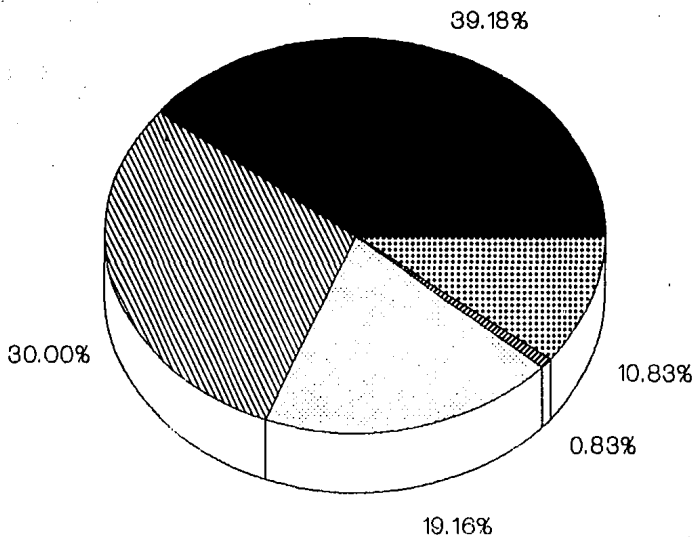
RECHAZO EN LA ATENCION A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No, yo nunca los he rechazado, al contrario, me gusta atenderlos ya que me siento capaz de ayudarlos, especialmente si sé que se van a morir.	47	39.18
2. No, no los rechazo, a mí sí me gusta que sean mis pacientes y los trato de ayudar en todo.	36	30.00
3. Sinceramente, cuando están sufriendo mucho, sí los rechazo para no involucrarme.	23	19.16
4. Sí, los rechazo y prefiero no acercarme, incluso trato de no ir a trabajar cuando sé que me van a tocar.	1	.83
15. Sin respuesta	13	10.83
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 15
RECHAZO EN LA ATENCION A
LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 39.18% nunca los rechazan, al contrario, les gusta atenderlos sintiéndose capaces de ayudarlos y el 0.83% si los rechazan y prefieren no acercarse.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 16

SUFRIMIENTO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

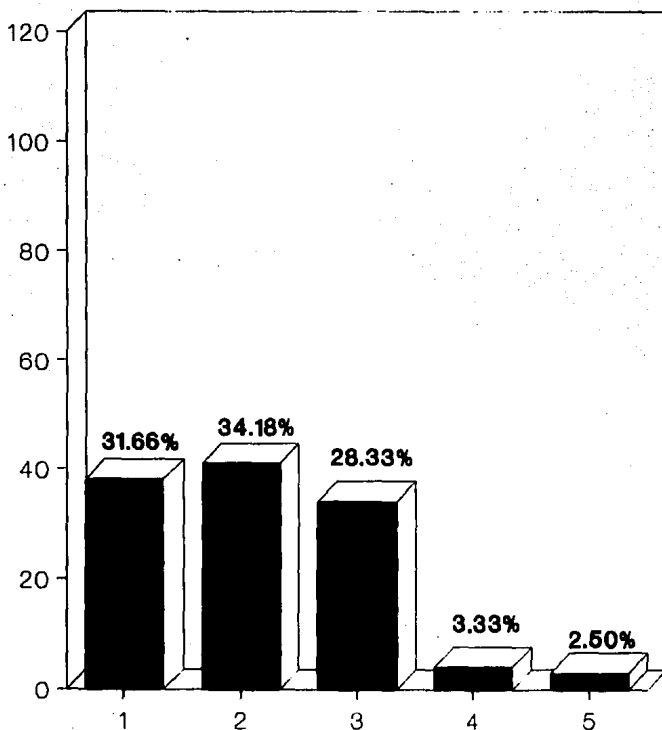
1994

OPCIONES	F	%
1. Si, yo siempre me involucro emocionalmente con mi paciente y no puedo evitar <u>com</u> partir su sufrimiento.	38	31.66
2. Si, yo comparto con él y su familia el dolor que padecen.	41	34.18
3. Yo les transmito de alguna forma que los apoyo, sin dejar que afecte mi esfera de sentimientos.	34	28.33
4. No, yo no sufro, ya que siempre conservo las distancias para no involucrarme con ellos.	4	3.33
5. Sin respuesta	3	2.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 16
SUFRIMIENTO AL ATENDER A
LOS PACIENTES AGONICOS
1994

FC



OBSERVACIONES: El 34.18% se sufren y comparten con el paciente y su familia el dolor que padecen, y el 3.33% no sufren, ya que siempre conserva las distancias para no involucrarse.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 17

SENTIMIENTO DE ANGUSTIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

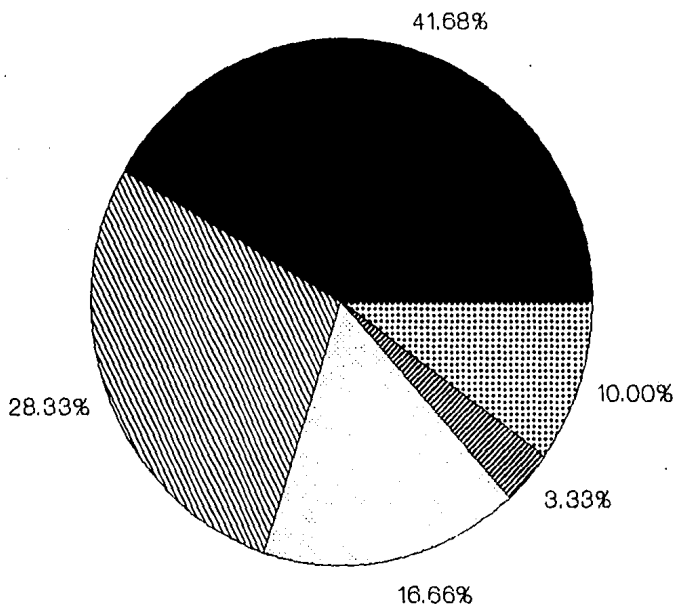
1994

OPCIONES	F	%
1. Aunque no me angustio, sí me preocupo, pero sé que debo actuar con seguridad en cada uno de los procedimientos que le realizo.	50	41.68
2. No, no me angustio, creo que así le brindo seguridad y confianza.	34	28.33
3. Sí me angustia, sobre todo cuando me siento impotente para ayudarlo.	20	16.66
4. Sí, la angustia que experimento me inmoviliza a tal grado que no puedo atenderlo bien.	4	3.33
5. Sin respuesta	12	10.00
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 17
SENTIMIENTOS DE ANGUSTIA AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS

1994



OBSERVACIONES: El 41.68% no se angustian, pero si se preocupan, pese a eso actúan con seguridad en cada uno de los procedimientos y el 3.33% se angustian a tal grado que los inmoviliza y no pueden atenderlos bien.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 18

SENTIMIENTOS DE MIEDO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

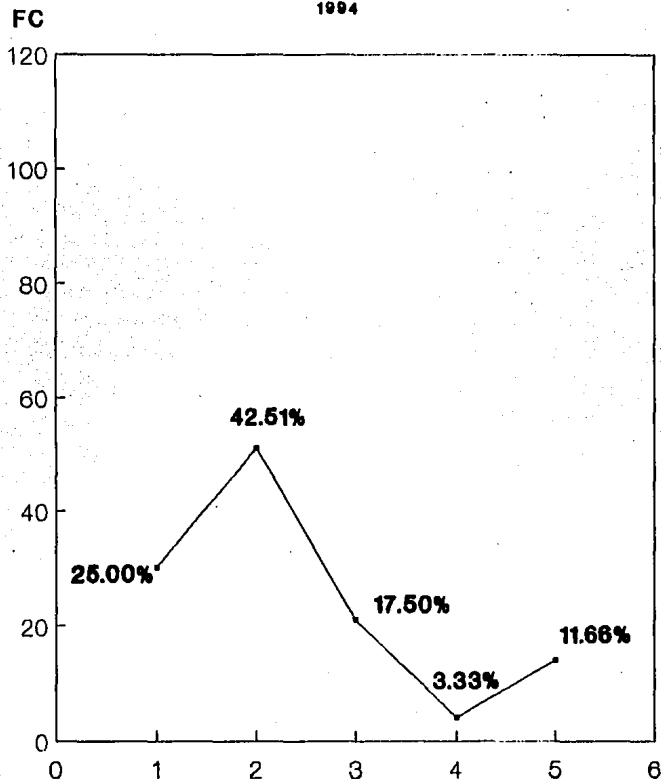
1994

OPCIONES	F	%
1. No, a mí no me provocan miedo ningún hecho externo por extraño que éste sea, pero ante la muerte me angustio por el llanto de los familiares.	30	25.00
2. No, nunca me ha dado miedo estar ante la muerte, pero sí me sobrecojo.	51	42.51
3. Las veces que he experimentado miedo es cuando no sé que hacerles a los pacientes.	21	17.50
4. Sí, a mí me paraliza el miedo, cuando presencia la muerte de alguno de mis pacientes.	4	3.33
5. Sin respuesta	14	11.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 18
SENTIMIENTOS DE MIEDO AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS

1994



OBSERVACIONES: El 42.51% nunca les da miedo estar ante la muerte, pero si se sobrecogen, y el 3.33% los paraliza el miedo, cuando presencian la muerte.

—●— Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 19

SENTIMIENTOS DE DOLOR AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. Sí, cada vez que estrecho lazos con mi paciente, me duele su sufrimiento y lo comparto con él y su familia.	41	34.18
2. Sí, la convivencia diaria me lleva a compartir su dolor.	33	27.50
3. Aunque yo sé autoprotegerme para no experimentar dolor, a veces lo siento.	23	19.16
4. No, realmente yo nunca me involucro con mis pacientes para que no me duela el perderlos.	8	6.66
5. Sin respuesta	15	12.50
TOTALES	120	100

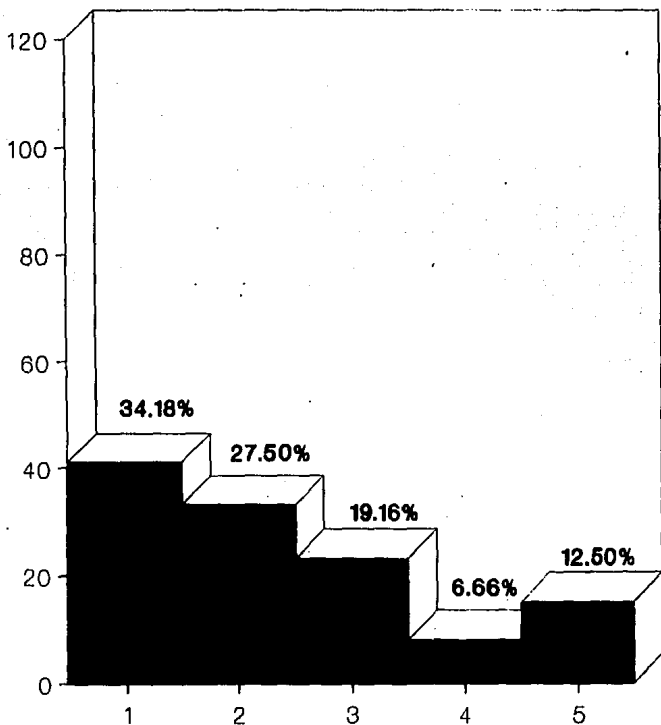
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 19
SENTIMIENTOS DE DOLOR AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS

1984

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FC



OBSERVACIONES: El 34.18% es el que duele el sufrimiento del paciente y lo comparte con él y su familia, y el 6.66% nunca se involucran con los pacientes para que no les duele el perderlos.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 20

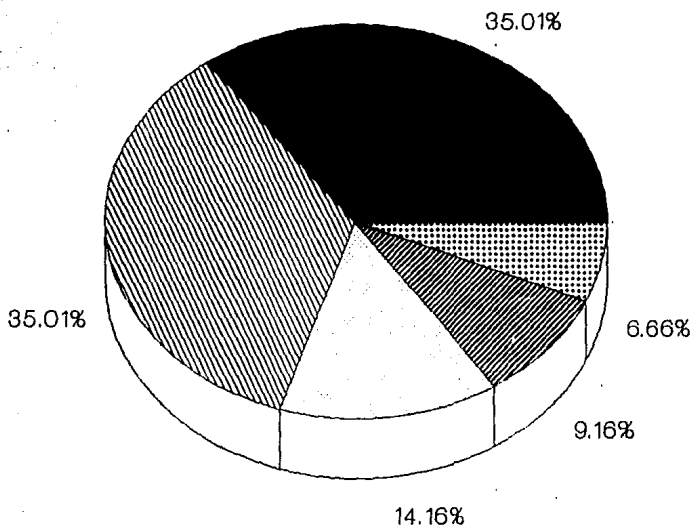
SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No, porque se les proporciona lo humana mente posible para ayudarles. Hago todo lo que está a mi alcance para salvarlos.	42	35.01
2. No, me siento impotente cuando estoy consciente que no se le puede ayudar más.	42	35.01
3. Sí, y además me pongo en desequilibrio cuando se prolonga su sufrimiento.	17	14.16
4. Sí, porque haga lo que haga no voy a im pedir su sufrimiento y eso me provoca impotencia.	11	9.16
5. Sin respuesta	8	6.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 20
SENTIMIENTOS DE IMPOTENCIA AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 42% no se sienten impotentes porque les proporcionan lo humanamente posible o la ayuda que esté a su alcance y el - 9.16% si se sienten impotentes porque - hagan lo que hagan no van a impedir su sufrimiento.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 21

SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA AL ATENDER A LOS
PACIENTES AGONICOS

1994

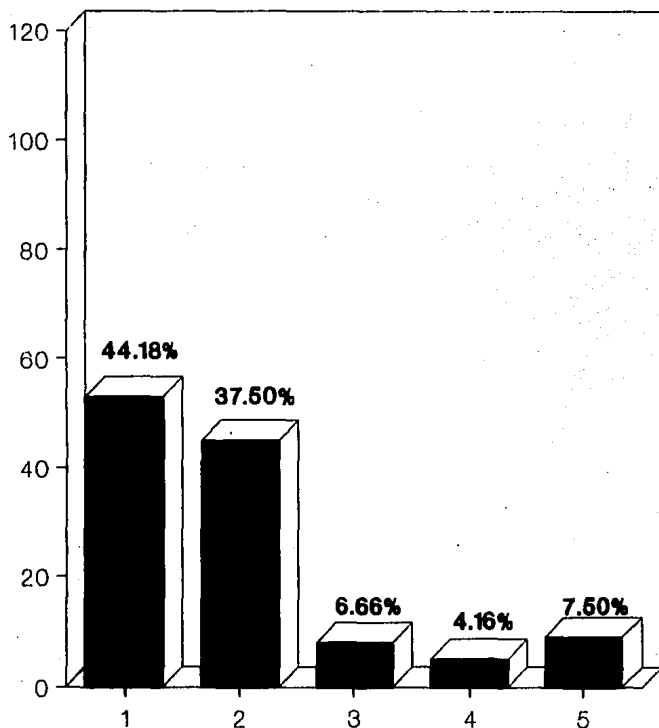
OPCIONES	F	%
1. Aún cuando se agoten todas las opciones de ayuda, siempre le trasmito a mi paciente la importancia de mantenerse preparado y tranquilo.	53	44.18
2. No permito la desesperanza para no reflejarla en mis actitudes.	45	37.5
3. No puedo evitar sentirla, cuando sé que ya no hay nada que hacer.	8	6.66
4. Siempre he experimentado la desesperanza y la proyecto en mi estado de ánimo.	5	4.16
5. Sin respuesta	9	7.50
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 21
SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA AL
ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

FC



OBSERVACIONES: El 44.18% no experimentan desesperanza aún cuando se agotan las opciones de ayuda y el 4.16% no pueden evitar sentirla, cuando saben que ya no hay nada que hacer.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 22

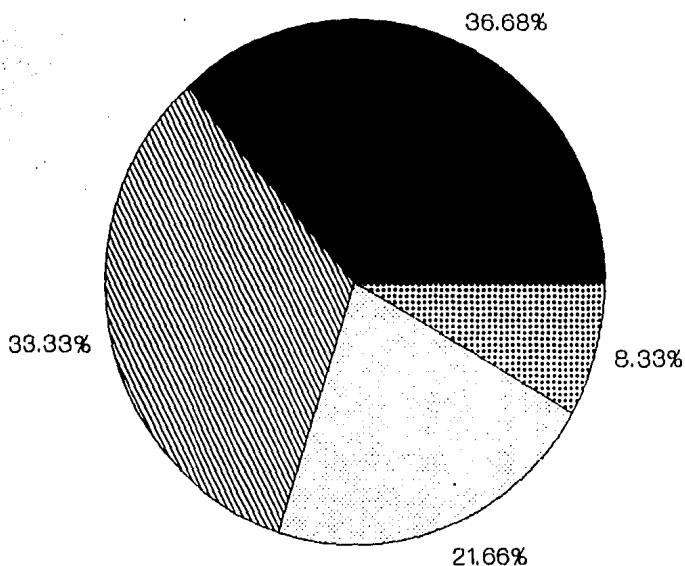
SENTIMIENTOS DE PANICO AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No, nunca pues yo sé manejar mis emociones, especialmente ante la muerte.	44	36.68
2. Trato de mantenerme estable aún cuando la situación se complica y no sé que hacer.	40	33.33
3. Sí, pero trato de controlarme	26	21.66
4. Sí lo siento y creo que con sólo entrar a su cuarto, me paraliza.	-	-
5. Sin respuesta	10	8.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 22
SENTIMIENTOS DE PANICO AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 36.68% nunca sienten pánico ya que saben manejar sus emociones, especialmente ante la muerte, y el 21.66% si sienten pánico, pero tratan de controlarlo.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 23

SENTIMIENTOS DE COMPASION HACIA LOS PACIENTES AGONICOS

1994

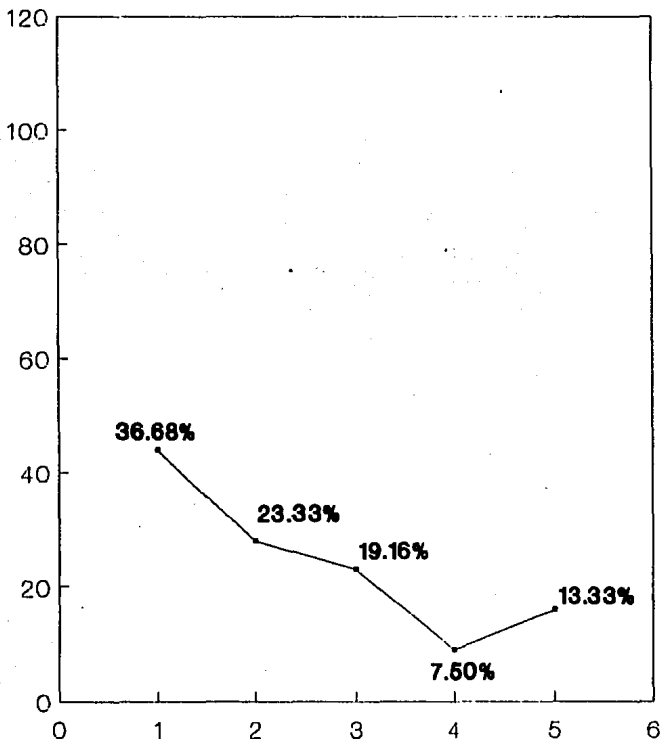
OPCIONES	F	%
1. Sí, a mí me envuelve su situación y no puedo evitar darle todo mi cariño.	44	36.68
2. Sí, los compadezco pues sé que es cuando más nos necesitan a las Enfermeras.	28	23.33
3. No, no los compadezco porque sé que ya van a dejar de sufrir.	23	19.16
4. No, pues yo considero que la enfermera se debe mantener al margen y no tener ninguna clase de comparación con el paciente.	9	7.50
5. Sin respuesta	16	13.33
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 23
SENTIMIENTOS DE COMPASION
HACIA LOS PACIENTES AGONICOS

1994

FC



—●— Series 1

OBSERVACIONES: El 36.68% si sienten compasión al involucrarse en su situación y no pueden evitar darles todo su cariño, y el 7.50% consideran que deben mantenerse al "margen" y no tener ninguna clase de compasión con el paciente.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 24

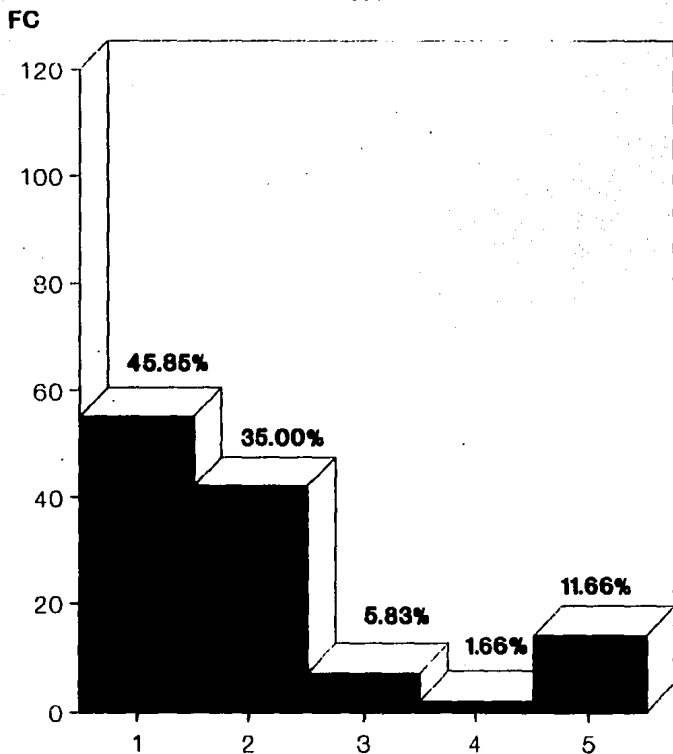
SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD ANTE LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No, realmente logro tranquilizarme y establecer mejor comunicación con el paciente y la familia.	55	45.85
2. No, prefiero platicar con él y su familia y desechar ese sentimiento.	42	35.00
3. Sí, cuando tengo un paciente en fase terminal, entro en un estado de ansiedad.	7	5.83
4. La ansiedad que experimento me bloquea y no lo puedo atender correctamente. He llegado a la conclusión de que este tipo de pacientes no son mi fuerte.	2	1.66
5. Sin respuesta	14	11.66
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 24
SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD
ANTE LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 45.85%, no sienten ansiedad, logran tranquilizarse y establecen mejor comunicación con el paciente y la familia y el 1.66% si se angustian, y se bloquean al grado de no atender correctamente al paciente.

■ Series 1

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 25

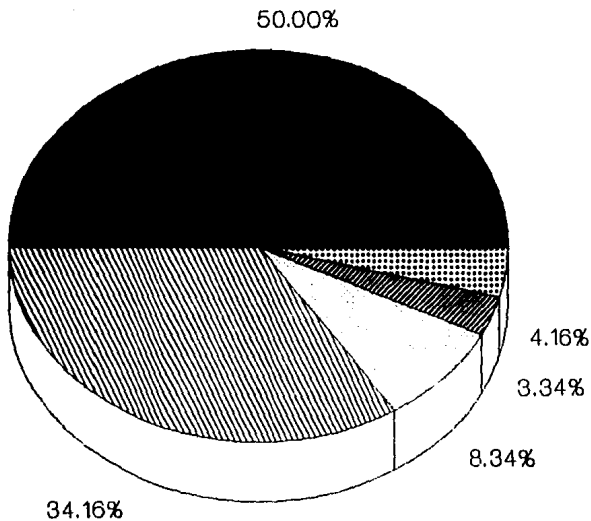
INDIFERENCIA MOSTRADA AL ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS

1994

OPCIONES	F	%
1. No, nunca lo he sentido, a mí me gusta participar en la ayuda moral y psicológica tanto a los pacientes como a los familiares.	60	50.00
2. No, por más que lo intento, no puedo ser indiferente a su sufrimiento.	41	34.16
3. Prefiero ser indiferente a sufrir junto con él.	10	8.34
4. Si me muestro indiferente ya que de esta forma evito involucrarme con ellos.	4	3.34
5. Sin respuesta	5	4.16
TOTALES	120	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 25
INDIFERENCIA MOSTRADA AL ATENDER
A LOS PACIENTES AGONICOS
1994



OBSERVACIONES: El 50% nunca son indiferentes, participan en la ayuda moral y psicológica para el paciente y su familia y el 3.34% se muestran indiferentes evitando involucrarse en ellos.

FUENTE: Miema del cuadro No. 1.

4.3 COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia de la variable X: La comunicación entre la enfermera y el paciente y la variable Y: El proceso agónico.

De esta manera y con una muestra de $n = 120$ encuestas aplicadas, se concentraron los datos en la tabla No. 1 que a continuación se presentan.

TABLA No. 1

MATRIZ DE CONCENTRACION DE LAS VARIABLE X: LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE, E Y: EL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL INGLES, EN MEXICO, D.F.

ITEMS X	X	X ²	ITEMS Y	Y	Y ²	x y
1	64	4096	11	41	1681	2624
2	63	3969	12	50	2500	3150
3	48	2404	13	51	2601	2448
4	44	1936	14	41	1681	1804
5	74	5476	15	42	1764	3108
6	54	2916	16	53	2809	2862

7	49	2401	17	44	1936	2156
8	43	1849	18	44	1936	1891
9	55	3025	19	55	3025	3025
10	47	2209	20	60	3600	2824

TOTALES EX=541 EX²=30281 EY=481 EY²=23533 EXY=25892

Con los resultados anteriores, se desarrolla ahora la siguiente fórmula de Pearson:

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n \sum X^2 - (\sum X)^2)(n \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Que con el despeje resulta:

$$r = \frac{120(25892) - (541)(481)}{\sqrt{120(30281) - (541)^2 \cdot 120(23533) - (481)^2}}$$

De donde:

$$r = \frac{3107040 - 260221}{\sqrt{(3633720 - 292681)(2823960 - 231361)}}$$

Que resulta:

$$r = \frac{2846819}{\sqrt{(3341039)(2592599)}}$$

De donde:

$$r = \frac{2846819}{\sqrt{86619743}}$$

De donde:

$$r = \frac{2846819}{2943123}$$

$$r = .9672$$

Por tanto, al resultar un coeficiente de $r=.9672$ con correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

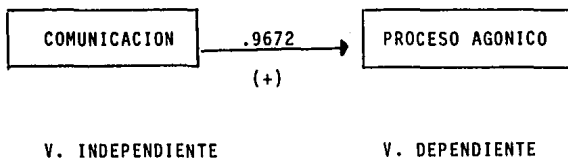
H_2 : A mejor comunicación de Enfermería, menor será la agonia de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés, en México, D.F.

Asimismo, al localizar la tabla F (Ver anexo No. 4), con los valores de "r" para los niveles de confianza de .05 da un "rt" de .2050, que para un "n" de más de 90 cuestionarios aplicados se comprueba la hipótesis de trabajo H_2 y la hipótesis general H_1 que dice:

H_1 : Existe influencia fuertemente positiva entre la comunicación de Enfermería y el proceso agónico de los pacientes

en fase terminal en el Hospital Inglés, en México, D.F.

Por tanto, da como resultado que la comunicación entre la Enfermera y el paciente, determina en gran medida la menor agonia que los pacientes sufran en fase terminal en el Hospital Inglés, en México, D.F. y da como consecuencia el modelo de relación causal lo siguiente:



Por tanto se rechaza la hipótesis nula que dice:

H_0 : No existe relación entre la comunicación de Enfermería y el proceso agónico de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés, en México, D.F.

4.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el cuadro No. 1, relativo a la edad de los entrevistados, se observa que el 70% del personal entrevistado tiene entre 20 y 30 años, y sólo el 25% tiene de 31 a 35 años. Esto significa que las Enfermeras que trabajan en el hospital son jóvenes y están en edad productiva, lo que contribuye grandemente a contar con ellas para la atención de los pacientes agónicos.

En el cuadro No. 2, en donde se presenta el turno de las Enfermeras entrevistadas, se puede observar que el 32.5% labora en turno matutino, y el 24.16% en turno vespertino, lo cual significa que existe una buena cobertura de atención hacia los pacientes en los tres turnos.

En el cuadro No. 3, se presenta el estado civil de las entrevistadas y se observa que el 56.59% del personal son solteras y el 31.66% son casadas. Esto nos muestra que la gran mayoría son libres de un compromiso conyugal, permitiéndoles ser más flexibles en cuanto a disposición de tiempo para el trabajo de Hospital.

En el cuadro No. 4, se presenta la escolaridad de las entrevistadas y se observa que el 35.85% son Enfermeras generales, el 25.83% cuenta con alguna especialidad y el 15.83% tiene la licenciatura. Esto muestra que cada vez más se cuenta con personal preparado, incrementando de esta forma los conocimientos y

repercute positivamente en la atención del paciente.

En el cuadro No. 5, se presenta el nivel jerárquico del personal y el 70.84% son Enfermeras generales y especialistas, y sólo el 17.5% son supervisoras o jefes de sección. Esto muestra una buena distribución, en cuanto al recurso humano para la buena atención de los pacientes hospitalizados.

El cuadro No. 6, en donde se muestra la comunicación oral con los pacientes agónicos, muestra que un 75.85% del personal sí se comunica normalmente con dichos pacientes, aún cuando saben que muchas veces no son escuchadas, ellas les hablan por su nombre explicándoles cada uno de los procedimientos a realizarles y el 19.19% mencionan que en lugar de hablarles consideran más importante hacerles los procedimientos. Esto significa que un alto porcentaje del personal está sensibilizado a cubrir una de las necesidades primordiales del paciente agónico, ya que al escuchar a su enfermera, la identifica y recibe mensajes de compañía que disminuyen la angustia que podría provocarles la soledad a los pacientes.

El cuadro No. 7, muestra la comunicación táctil con los pacientes agónicos, el 86.67% mencionan que sí los tocan con frecuencia al realizarles cada uno de los procedimientos, ya que con esto brindan apoyo y confianza y sólo un 8.33% muy pocas veces o nunca los tocan, ya sea por temor o porque no obtienen res-

puestas. Esto nos habla que de los pacientes agónicos hospitalizados en el hospital Inglés, reciben la mejor de las comunicaciones, ya que por medio del tacto, se puede expresar seguridad, protección, además de cariño, generando en el paciente agónico una sensación de confort y bienestar.

El cuadro No. 8, relativo al tono de voz utilizado por las Enfermeras con los pacientes agónicos, se presenta que un 67.50% de las Enfermeras utilizan un tono de voz pausado y tranquilo sabiendo que son escuchadas y por lo tanto, brindan seguridad y apoyo al paciente agónico, y el 27.5% mencionan que su tono de voz no cambia y no les interesa modificarlo, ya que ellos no las escuchan. Con esto es posible darse cuenta que sólo un poco más de la mitad del personal conoce y reconoce la necesidad de transmitirle al paciente por medio de la voz que es tomado en cuenta como ser humano, y al hablarles con libertad disminuye en el paciente su angustia.

El cuadro No. 9, en donde se presentan los códigos o métodos especiales utilizados para darse a entender con los pacientes agónicos, un 64.17% de las Enfermeras sí se comunican con ellos utilizando las manos, los ojos, por medio de señas o algún material como pizarrón o figuras, y un 27.50% al creer que en ocasiones no las entienden, no utilizan ningún método o código especial, sólo la voz. Si se toma en consideración que el paciente agónico se ve limitado en expresar sus sentimientos

y deseos se cree que se puede hacer mucho más por él, ayudándo le así a disminuir los sentimientos negativos provocados por el estado de incomunicación.

El cuadro No. 10, muestra de la expresión facial ante los pacientes agónicos, se sabe que un 85.01% se muestran ante los pacientes agónicos con una expresión facial relajada, procurando siempre brindarles una sonrisa, y evitando reflejar angustia o miedo, y un 14.99% no cuidan este aspecto, reflejando en ocasiones temor ante esta situación. Se deduce con esto que las Enfermeras del Hospital Inglés, están altamente capacitadas o conscientes en cuanto a la importancia de transmitir al paciente confianza y tranquilidad con sólo su presencia y su expresión.

El cuadro No. 11, habla del acercamiento con los pacientes agónicos, esto es que el 82.5% se acercan siempre al paciente agónico para identificar sus necesidades, y el 12.50% sí se acercan pero sólo cuando tienen que realizar algún procedimiento, o bien no lo hacen, ya que no quieren ningún tipo de contacto con el paciente. Por lo tanto, se deduce que el paciente agónico, en su mayoría, recibe por parte del personal de Enfermería cariño, comprensión, seguridad, etc., transmitida cada vez que la Enfermera se acerca al paciente.

En el cuadro No. 12, en donde se presentan los sentimientos de

compasión hacia los pacientes agónicos, un 70.02% opinan que sí experimentan compasión hacia el paciente agónico porque es su último momento y por lo tanto, necesitan ternura y afecto tanto ellos como sus familiares, y el 15.82% no lo hacen, ya que según su opinión, es un momento el cual todos vamos a pasar y la enfermera es la que debe mostrar su fuerza de carácter en cualquier circunstancia y especialmente ante este proceso de muerte. Esto significa que falta todavía concientizar a la gente que rodea al paciente, que no confunda las actitudes de fuerza y carácter para superar el dolor de la muerte, con dureza de sentimientos e indiferencia, al evitar ser compasivos y darse al paciente que sufre.

En el cuadro No. 13, se encuentra la ternura expresada a los pacientes agónicos, es decir, el 70.84% proporcionan el mejor trato, ya que con las demostraciones de cariño consiguen una adecuada colaboración en cualquier procedimiento, y el 21.66% manifiestan que no tienen por qué ser tiernas, que con demostrarles respeto y afecto es más que suficiente. Esto significa que un alto porcentaje del personal de Enfermería que atiende a pacientes agónicos, están altamente sensibilizadas para demostrar sus sentimientos hacia el personal.

El cuadro No. 14, muestra los sentimientos de depresión en la atención a los pacientes agónicos, y se sabe que un 80% aún cuando experimentan dolor y en ocasiones se deprimen, lo saben

manejar para poder ayudar tanto al paciente como a la familia, y un 15% se deprimen y se sienten mal toda la semana. Esto habla de que quien está directamente involucrado con la atención directa del paciente agónico, no está exento de sufrir algún grado de depresión.

En el cuadro No. 15, tenemos el rechazo en la atención a los pacientes agónicos, el cuál en un 69.18% nunca ha rechazado al paciente agónico, al contrario, les gusta atenderlos, ya que se sienten capaces de ayudarlos, y el 19.99% expresan sinceramente que cuando están sufriendo mucho sí los rechazan para no involucrarse e incluso tratan de no ir a trabajar cuando saben que les va a tocar. Entendemos con esto que no todas están preparadas para aceptar su propia muerte, por lo tanto, así no podrán ayudar al paciente a superar positivamente dicho proceso.

En el cuadro No. 16, se presenta el sufrimiento al atender a los pacientes agónicos, se sabe que un 65.84% al involucrarse emocionalmente con el paciente no pueden evitar compartir su sufrimiento, y el 31.66% conservan sus distancias para no involucrarse con ellos. Esto habla de un grado de madurez por parte del personal de Enfermería para transmitir a los pacientes de alguna forma el apoyo, sin dejar que afecte su esfera de sentimientos.

En el cuadro No. 17, se muestra los sentimientos de angustia

al atender a los pacientes agónicos y se presenta que un 70.01% aunque no se angustian, sí se preocupan, pero sé que deben actuar con seguridad en cada uno de los procedimientos que realizan, el 19.99% sí se angustian, sobre todo cuando se sienten impotentes para ayudarlos. Esto nos habla de la calidad de atención al brindar seguridad y confianza a pesar de la angustia que puedan experimentar.

En el cuadro No. 18, habla de los sentimientos de miedo al atender a los pacientes agónicos, y se muestra que un 67.51% del personal no experimentan miedo a ningún hecho externo por extraño que éste sea, pero ante la muerte se angustian por el llanto de los familiares, y un 20.83% sí experimentan miedo e incluso las llega a paralizar el temor ante el hecho. Esto es que en la medida que la Enfermera comprende que el padecimiento tiene sentido o un propósito, es entonces cuando se trasciende y no se muere.

En el cuadro No. 19, presenta los sentimientos de dolor al atender a los pacientes agónicos y se tiene que un 61.68% cada vez que estrechan lazos con los pacientes, les duele el sufrimiento del paciente y lo comparten con él y la familia, y un 25.82% en lo posible no se involucran para autoprotgerse y no experimentar dolor. Esto permite observar que sí persiste este sentimiento tanto en los pacientes como en la familia y el humanismo de la enfermera a través de la comunicación permitirá ayudar

a la aceptación de las etapas de la agonía.

En el cuadro No. 20, se presentan los sentimientos de impotencia al atender a los pacientes agónicos, y el 70.02% no se sienten impotentes porque proporcionaron lo humanamente posible para ayudarles y el 23.32% sí lo experimentan y además se ponen en desequilibrio cuando se prolonga el sufrimiento. Esto significa que la mayor parte del personal de Enfermería acepta las limitaciones como parte del proceso que nadie puede detener, es decir, la muerte, y trata en la medida de lo posible de superar este trance.

El cuadro No. 21, presenta los sentimientos de desesperanza al atender a los pacientes agónicos, y un 81.68% aún cuando se agotan todas las opciones de ayuda, siempre les transmiten a los pacientes la importancia de mantenerse preparado y tranquilo, y el 10.82% sí la experimentan y además proyectan su estado de ánimo. Esto refleja el grado de conciencia por parte de la Enfermera para proyectar sentimientos positivos y amortiguar los procesos naturales de quien cuita su propia agonía.

El cuadro No. 22, muestra los sentimientos de pánico al atender a los pacientes agónicos, esto es que un 70.01% nunca ha sentido pánico puesto que saben manejar sus emociones, especialmente ante la muerte, y sólo un 29.99% sí lo experimentan pues con sólo entrar al cuarto del paciente se paralizan. Con esto

se sabe que la enfermera sí maneja o canaliza sus emociones de tal forma que no interfiere en la atención directa al paciente.

El cuadro No. 23, es en donde se muestran los sentimientos de compasión hacia los pacientes agónicos, un 60.01% sí experimentan compasión además de que las envuelve la situación y no pueden evitar darles todo su cariño, y un 26.66% consideran que se deben mantener al margen y no tener ninguna clase de compasión con el paciente y más aún porque saben que van a dejar de sufrir. Esto significa que el personal de Enfermería al tomar conciencia del problema puede compadecer a los pacientes agónicos en ese momento tan especial, lo que hace que esto influya de manera importante en el cuidado que se está proporcionando.

El cuadro No. 24, presenta los sentimientos de ansiedad ante los pacientes agónicos, y se tiene que un 80.85% realmente logran tranquilizarse y establecer mejor comunicación con el paciente y la familia, y sólo un 7.49% sí experimentan ansiedad cuando tienen un paciente en fase terminal, e incluso se llegan a bloquear en el momento de atenderlos. Esto da idea de que aunque las Enfermeras sí se angustian y se sienten ansiosas, sí responden a las necesidades que manifiestan los pacientes.

El cuadro No. 25, muestra la indiferencia mostrada al atender a los pacientes agónicos, y se tiene que un 84.16% no son indi

ferentes sino todo lo contrario, les gusta participar en la ayuda moral y psicológica tanto a los pacientes como a la familia, y un 11.68% prefieren evitar involucramientos para no sufrir. Esto nos habla de que en general la Enfermera por más que lo intente, no puede ser indiferente ante el sufrimiento del paciente que agoniza.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después del análisis de resultados y comprobación de la hipótesis, se concluye lo siguiente:

CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de la presente investigación al saber que la enfermera reconoce la importancia de establecer una adecuada comunicación con el paciente agónico. Por lo que sí se comunica y utiliza todas las formas posibles para llevarlas a cabo, en los pacientes de fase terminal en el Hospital Inglés, en México, D.F.

- Se lograron además los objetivos específicos, al conocer que la enfermera para comunicarse con los pacientes agónicos, utiliza las formas verbales y no verbales; esto es, que va desde una mirada, una expresión de cariño, el tono de voz, por medio de códigos o métodos especiales, para aquellos pacientes en fase terminal, en el Hospital Inglés, en México, D.F.

- En relación al Marco teórico, se presentaron las principales teorías que apoyan tanto a la variable independiente Comunicación, como a la variable dependiente Proceso agónico. Asimismo la falta de comunicación del personal de enfermería con el paciente en fase terminal, repercute negativamente en el proceso agónico de dichos pacientes.

En relación al análisis de los cuadros, se puede concluir lo siguiente:

- Se observa que un 70% del personal de Enfermería tiene entre 20 y 30 años, además el 56.69% son solteras. Esto muestra que un alto porcentaje son jóvenes y libres de un compromiso conyugal, aumentando así su interés y por lo tanto, su productividad dentro del trabajo.

- En relación al grado de estudios, se tiene que un 15.83% tienen licenciatura, un 25.83% cuentan con alguna especialidad. De esta forma se genera que el 17.5% tengan algún cargo ya sea como supervisoras o como jefes de sección. Así, al incrementar los conocimientos, se puede pensar que se dará una mejor atención de los pacientes hospitalizados.

- Se observa que un alto porcentaje del personal de Enfermería que labora en el Hospital Inglés, está sensibilizado a cubrir una de las necesidades primordiales del paciente agónico, es decir, que un 75.85% del personal sí se comunican oralmente con dichos pacientes, hablándoles por su nombre y explicándoles cada uno de los procedimientos a realizarles, y esto genera que el paciente escuche a su enfermera, la identifique, sintiéndose acompañado y disminuyendo la angustia que en un momento dado provoca la soledad.

- Se ha observado que un 86.67% de las Enfermeras sí estable-

cen una comunicación táctil con el paciente agónico, y un 67.50% de las mismas utilizan un tono de voz pausado y tranquilo. Con esto se establece la mejor de las comunicaciones, ya que al co nocer y reconocer la necesidad de trasmitirle al paciente por medio de la voz y por medio del tacto que es tomado en cuenta, se le proporciona seguridad, protección, cariño, repercutiendo directamente en el confort y bienestar del paciente.

- Tenemos que un 85% de las Enfermeras se muestran ante el paciente con una expresión relajada, y además un 64.17% de las mismas, se esfuerzan por hacer algo más por el paciente, estableciendo una comunicación por códigos o métodos especiales, que van desde utilizar las manos, los ojos o material como figuras, etc. Se reconoce con esto de la conciencia y la capacidad que desarrolla la enfermera en cuanto a la importancia de transmitir al paciente con sólo su presencia y su expresión, con fianza y tranquilidad, ayudándoles a disminuir los sentimientos negativos provocados por el grado de incomunicación que pa decen.

- Se observa que un 82.5% se acerca siempre al paciente agónico para identificar sus necesidades, y un 70.02% experimentan compasión hacia dichos pacientes, ya que es su último momento y por lo tanto, necesitan ternura y afecto, siendo un 70.84% los que tienen demostraciones de un auténtico cariño, consiguiendo una adecuada colaboración en cualquier momento. Esto

da la pauta a pensar que las enfermeras que atienden a pacientes agónicos están altamente sensibilizados para demostrar sus sentimientos, brindándoles comprensión y seguridad.

- El sufrimiento que experimenta la enfermera al atender a un paciente agónico se presenta en un 65.84% y está dado por el grado de estrechés emocional al compartir su sufrimiento. Por lo que sólo un 69.18% nunca los ha rechazado, sintiéndose capaces de ayudarlos, y un 70.01% aunque no se angustian, sí se preocupan sobre todo cuando se sienten impotentes para ayudarlos. Esto habla de que no todas están preparadas para aceptar su propia muerte, limitándolas a brindar una ayuda idónea, sin embargo, a pesar de esto, la enfermera actúa con un grado de madurez al trasmitirle al paciente apoyo, seguridad y confianza a pesar de la angustia que puede experimentar, utilizando sus mecanismos de defensa para no afectar su esfera de sentimientos, o su estabilidad emocional.

- El miedo al atender a un paciente agónico se presenta en un 20.83%, ya que el 67.51% mencionan que no es miedo lo que experimentan, sino angustia, la cual no se está exento de percibir ante este momento culminante de la vida, llamado muerte.

- El personal de Enfermería, experimenta dolor al atender al paciente agónico en un 61.68% cada vez que estrecha lazos con el mismo. Y sólo un 23.32% experimenta impotencia y además se

ponen en desequilibrio cuando se prolonga su sufrimiento. Con esto se muestra que si la palabra muerte, aun pone al personal en desequilibrio, no se esta preparado para ayudar a los demás a aceptar su propia muerte, y en la medida de no aceptar esas limitaciones, no se alcanzará a visualizar que el dolor y las penas compartidas le dan otro sentido a la vida.

- El personal de enfermería menciona en un 81.68% que aun cuando se agotan todas las opciones de ayuda, siempre les transmiten a los pacientes positivismo que amortigua los procesos naturales de quien cuita su propia agonía. Y por otro lado, un 29.99% experimentan pánico, pues con sólo entrar al cuarto del paciente se paralizan. Esto muestra que la enfermera puede tener una gama de sentimientos y muchas formas de expresarlos, pero no hay que olvidar que el paciente también experimenta sentimientos y deseos. Y el derecho que no se le puede negar nunca es el que conozca toda la verdad.

- En un 84.16% de las enfermeras que atienden a pacientes agónicos, no pueden ser indiferentes ante el sufrimiento del paciente, por lo que participan en la ayuda moral y psicológica tanto de los pacientes como de los familiares, y en un 60% experimentan una compasión tal que no pueden evitar darles todo su cariño, lo cual influye directamente en los cuidados que proporciona al paciente.

- En cuanto a la comprobación de hipótesis, se confirma que a mejor comunicación de Enfermería, menor será la agonía de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés, en México, D.F.

- Se concluye además que con los resultados de $r = .9672$ en relación a los niveles de confianza, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: Existe influencia fuertemente positiva en tre la comunicación de Enfermería y el proceso agónico de los pacientes en fase terminal en el Hospital Inglés, en México, D.F.

- Por lo que se rechaza la hipótesis nula que dice: No existe relación entre la comunicación de Enfermería y el proceso agónico de los pacientes en fase terminal del Hospital Inglés, en México, D.F.

- En cuanto a las técnicas e instrumentos de investigación uti lizados, las fichas de trabajo fueron de gran utilidad, ya que permitieron la recolección de toda la información que fundamentó el problema y la hipótesis para construir el marco teórico.

- Mediante la observación se puede plasmar las experiencias ob tenidas tanto de la comunicación entre la enfermera y el paciente, como la relación que guarda el proceso agónico en dicha atención.

- En relación con los instrumentos de investigación, las entrere

vistas se realizaron al personal de Enfermería para recabar en forma directa los principales datos que sirvieron para comprobar las hipótesis. De igual forma, el cuestionario fue el principal instrumento para la recolección de los datos. Estos se aplicaron al personal profesional de Enfermería, de las áreas más críticas del hospital, las cuales están con frecuencia en contacto directo con pacientes agónicos o en fase terminal.

RECOMENDACIONES

A continuación se plantean las propuestas o sugerencias para alcanzar la calidad de atención, para el paciente que cursa la fase terminal o se encuentra en un proceso agónico.

- Contratar personal entre los 20 y 30 años de edad, ya que se ha observado que mientras la población de enfermería es más joven, mayor interés y flexibilidad existe para el trabajo de Hospital.
- Estimular al personal de enfermería para que continúe superándose profesionalmente, ya que a mayor preparación, mayor y mejores conocimientos, se logrará mejorar la atención directa al paciente.
- Comprender ampliamente que los grandes miedos del paciente son: al dolor, a la soledad, a lo desconocido, al deterioro y a las limitaciones físicas y psíquicas.

- Aprender a observar antes de ver, a escuchar antes de oír, y a interpretar los mensajes del paciente agónico, para poder asistirlo de una manera óptima.
- Llevar a la práctica los cuidados paliativos: Control de síntomas, cubrir necesidades psicológicas y espirituales y mantener buena comunicación con el paciente y con la familia.
- Aprender a fijarse metas claras y realistas en cuanto al manejo del paciente agónico, para no hacer procedimientos innecesarios, evitando así la incomodidad del paciente.
- Identificar todos y cada uno de los mecanismos de defensa que utiliza el paciente agónico, ya que no son otra cosa más que un escudo que protege al individuo de la realidad dolorosa que sufre, al no poder unir el pasado y futuro con su breve presente.
- Entender la gama de sentimientos por los cuales atraviesa el paciente agónico: miedo, ira, rabia, depresión, resentimiento, vergüenza, dolor, culpa, frustración, impotencia, etc. De igual forma, descubrir el sentimiento que predomina para estimular al paciente que hable de su propia muerte, y ayudarlo al bien morir, explicando los procesos naturales de las agresiones y aceptarlas.
- Desarrollar actitudes positivas, eliminando las negativas co

mo son el nerviosismo, el apresuramiento y la tosquedad al aten
der al paciente, ya que estos mecanismos no son más que el re-
flejo de la inseguridad al no querer aceptar que el momento cul
minante de la vida es "la muerte".

- Aprender a desarrollar la sensibilidad para interpretar los
mensajes no verbales del paciente agónico, ya que son los más
importantes puesto que es el momento que el paciente reconoce
la muerte, y su vida se condensa, y todo lo que tiene es su
presente, el cual lo llena de paz, serenidad y amor.

- Aprender a vivir que hay que morir. Solamente así se valora-
rá cada instante de nuestra vida para poder mencionar a la muer
te, sin que nos afecte, logrando de esta forma ayudar a los de
más a aceptar su propia muerte.

- Ayudar al paciente a morir dignamente, no con la agresión de
las técnicas de resucitación, sino con el amor de los suyos al
propiciar que esté presente quien más le ama, para que no se
sienta tan solo.

- Desarrollar la percepción para comprender que la muerte es
el adiós final a todo lo que es vida y por lo tanto, el pacien
te merece todo nuestro respeto recordando que no hagamos a otros
lo que no queremos que nos hagan a nosotros.

- Establecer relaciones de calidad hasta el último momento, pro

porcionándoles situaciones dignas.

- Proporcionar apoyo real y eficaz a la familia al escucharlos acompañarlos, orientarlos, disminuyendo así su angustia.

- Proporcionarle esperanza de vida, o de muerte, siempre conservando la verdad en nuestras palabras y rompiendo con las mentiras de las verdades a medias.

- Aprovechar la situación real de que en un 80% existe comunicación entre la enfermera y el paciente, y en un 20% se da la comunicación entre el médico y el paciente, para poder identificar necesidades y en la medida de lo posible, cumplir el último deseo del paciente agónico.

- Organizar un grupo de enfermería que se prepare para ayudar al paciente agónico, ya que muchas veces se requerirá de conocimientos y bases sólidas para poder ayudarlo y para darle un buen manejo a los sentimientos negativos que no se está exento de llevar a costas cuando se tiene contacto con el sufrimiento de los pacientes agónicos.

- Luchar por los derechos del paciente agónico, sobre todo estando conscientes que el paciente como ser humano necesita la verdad, un Dx certero y mucho cariño, dándole la oportunidad de arreglar sus cuentas legales y morales, así como despedirse de aquellos a quienes ama.

- Como personal del equipo de salud, aceptar las limitaciones, para participar con juicio crítico, ayudando al paciente y a la familia a aceptar y superar sus pérdidas, enseñándoles a vivir intensamente la plenitud de su ser.
- Concientizarse que un dolor compartido y las penas compartidas tienen otra dimensión, por lo que la enfermera se puede convertir en depósito de dudas, emociones, sentimientos, etc., convirtiéndose en un apoyo o una compañía valiosa para el paciente.
- Aceptar que la enfermera sí tiene derecho de involucrarse fisica, psicológica y afectivamente con el paciente. Con esto se deduce que la enfermera puede sufrir más de lo que la gente supone, ya que la enfermera al involucrarse vive dos situaciones: la propia y la del paciente, y cuando muere el paciente la enfermera sufre una etapa de duelo, que es la respuesta ante una pérdida real o un enorme malestar ante lo que pareciera ser un fracaso profesional.

6. ANEXOS Y APENDICES

- ANEXO No. 1: TIPOS DE MUERTE
- ANEXO No. 2: ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL
- ANEXO No. 3: LA EUTANASIA
- APENDICE No. 1: CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION: LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE EN RELACION AL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL EN EL HOSPITAL INGLESES, EN MEXICO, D.F.
- APENDICE No. 2: MODELO DE TARJETA SIMPLE
- APENDICE No. 3: MODELO DE TARJETA DE CONCENTRACION
- APENDICE No. 4: MODELO DE TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

ANEXO No. 1

TIPOS DE MUERTE

- Muerte física. "El paciente que sufre muerte cerebral no sólo deja de responder permanentemente: son pacientes cuya destrucción cerebral, (incluyendo la pérdida del control respiratorio y cardiovascular) significa que pronto perderá también todo tipo de vida".¹

Se entra en controversia cuando no se cree que la muerte cerebral es una definición adecuada de muerte física, por lo que continúan apoyando el derecho del paciente a vivir, manteniéndolo con vida artificial, dejándolo conectado a un respirador por largo tiempo. Por otra parte, actualmente la gente empieza a estar a favor de la eutanasia, cuando se trata de una enfermedad irreversible.

- Muerte biológica. Los seres biológicos pasan por un proceso que inicia en el nacimiento y termina con la muerte la cual comprende período de crecimiento, madurez, y desarrollo. El animal que envejece pierde energía y agilidad en cada parte de su ser, pero el hombre no sólo es materia sino también espíritu. El hombre que envejece no necesariamente declina de acuerdo con la curva biológica, por ejemplo los líderes del mundo y los grandes maestros son frecuentemente personas ancianas.

El ser humano tiende a crecer en lo psicológico, en lo social,

laboral y cultural, es por esto que el destino del enfermo grave de la época actual condenado muchas veces a sumergirse en la inconciencia, está condenado también a convertirse en un ser desvalido y a depender de los extraños manejadores de los hospitales. Este estado de deterioro parece la negación de todo lo que fué durante su vida; el dinamismo de la personalidad, el orgullo de lo afanosamente construido, y es también una cruel negación de la dignidad del individuo.

- Muerte celular. "Hablando en términos biológicos, la vida es un proceso intrínseco de crecimiento y deterioro en proporciones variables a las diferentes edades. Cuando el deterioro excede al crecimiento en órganos compuestos de células postmitóticas, la muerte procede gradualmente. A esto puede darse el nombre de muerte celular y en sus formas más avanzadas la función del órgano puede deteriorarse al grado de ser incompatible con una vida útil".²

La muerte celular es cuando la unidad anatómica y funcional del ser humano ha perdido la capacidad de recibir los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento o la reproducción de la misma. Se ha observado en pacientes de unidades de cuidados intensivos, cuando existe falla múltiple de órganos presentan deterioro celular irreversible y una secuencia de complicaciones. Aún en estos casos el paciente sigue siendo un individuo que siente, entiende y escucha, pues es de las últimas funciones

que se pierden, por lo que el trato humano y las palabras amables deberán estar presentes siempre.

- Muerte inminente. "Hoy en día se cuenta con pruebas clínicas y electrocardiográficas que permiten hacer un diagnóstico confiable de la muerte del cerebro y posterior a un episodio de hipoxia e hipotensión, han desaparecido todos los signos de receptibilidad y responsividad, incluyendo todos los reflejos de la columna vertebral y el tallo cerebral (reacciones pupilares, movimientos oculares, parpadeo, deglución y respiración) y cuando el EEG es isoeléctrico.

El hombre ha dominado la naturaleza a través de la ciencia y la tecnología, pero no puede olvidar su condición de ser vulnerable, el cual un día se enfrentará a la muerte. Aceptarla implica finos procesos psicológicos de educación y de maduración, a los cuales no todos los seres humanos llegan.

En las condiciones que se acaban de describir, el continuar utilizando medidas de sostenimiento heroicas y muy costosas con el único fin de preservar la función cardíaca, va realmente en contra de los verdaderos intereses del paciente, de la familia y también de la sociedad.

Se ha observado que en ocasiones el llevar a cabo maniobras de reanimación en pacientes terminales, sirve más para consolar de alguna forma a la familia que el resultado que de antemano

se prevé, pero no debe fomentarse una falsa esperanza. Por ello se debe preparar a la familia proporcionándoles seguridad para calmar sus sentimientos de culpa.

- Muerte súbita. Llamado también síndrome de la muerte súbita. Es la muerte repentina e inesperada, por razones que no quedan claras ni después de la necropsia, es decir, una autopsia convencional no revela la causa de muerte.

- Muerte social. Se puede considerar que hay muerte social (con o sin muerte biológica efectiva) cuando una persona deja de pertenecer a un grupo determinado, ya sea por límite de edad o por pérdida de funciones.

FUENTE:

¹ Joyce Thompson. Etica en enfermería. Ed. Manual Moderno. México, 1984. p. 297.

² Harrison. Medicina Interna. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1982. p. 7.

ANEXO No. 2

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

La enfermera deberá contar con un alto grado de capacidad y preparación, para brindar una atención de calidad a los pacientes en fase terminal.

Haciendo una conjugación entre la búsqueda de hallazgos que tengan un significado dentro del proceso, y la administración adecuada de los cuidados que requiere el paciente para prevenir y aliviar en lo posible su dolor.

Se debe tener presente que en los pacientes en fase terminal, por lo regular el único objetivo práctico es el tratamiento de sostén, es decir, el paciente ha pasado de la curación al cuidado. Aún cuando algunos pueden estar sujetos a un tratamiento preventivo, curativo y de rehabilitación.

Los cuidados deberán ajustarse según las necesidades propias del paciente. Ya sean psicológicas, emocionales o fisiológicas. Es de vital importancia la planeación de dichos cuidados, orientados a un objetivo "comprendiendo lo que el enfermo está experimentando, por ejemplo, la incapacidad de movimiento que genera dolor postural, éxtasis venosa, hiper o hiposensibilidad. El estrés por ejemplo, es común observarlo en estos pacientes por lo que el alivio del mismo permitirá mejorar la calidad de vida.

Es fundamental establecer las causas para aplicar el tratamiento o las estrategias precisas, por ejemplo, se pueden presentar uno o varios de los síntomas siguientes:

El dolor. Los pacientes que se encuentran en fase terminal y sufren más de dolor, son los que padecen de cáncer. El 50% presentan dolor importante, de estos la mitad no se logran controlar.

Se deberán establecer los factores que predispusieron a la presencia de dolor como, fatiga, insomnio, ansiedad, depresión y náusea. A menudo se logra controlar el dolor de un paciente con solo ofrecerle un ambiente adecuado, aunque lo más importante es mantener una analgesia adecuada, evitando que el dolor reaparezca, ya que esto ameritaría una dosis mayor con una estricta vigilancia de los efectos secundarios.

Anorexia. Una de las manifestaciones más frecuentes en pacientes que cursan la fase terminal. Las medidas estarán encaminadas a proporcionar raciones pequeñas y frecuentes de alimentos atractivos y olorosos. Esto debe tratarse con los familiares, quienes a menudo son los más afectados emocionalmente al presentar dicha situación.

Náuseas y vómitos. En pacientes graves suele presentarse el reflejo nauseoso sin llegar al vómito. Las medidas que se tomarán están encaminadas a tratar la causa y en dado caso administrar

fármacos, siempre que esto contribuya a la comodidad del paciente.

Estreñimiento. Esto es debido a la incapacidad de movimiento, o bien por la disminución de fibra en la dieta, deshidratación o bien, secundaria a la ingesta de algún medicamento. Por lo tanto, en estos casos se deberán administrar laxantes moderados como agentes hemolientes, o agentes estimulantes, o bien, agentes osmóticos como la leche de magnesia o la lactosa. En los casos de impactación supositorios de glicerina o enemas.

Confusión. Ante la presencia de alteraciones mentales asociadas a la fase terminal, comúnmente afectan más a la familia que al paciente, el cual en ocasiones ignora lo que ocurre alrededor.

Este fenómeno está dado por alteraciones metabólicas, afecciones del SNC, o como efecto secundario a los fármacos.

Si el paciente presenta agitación se administran tranquilizantes, aunque se debe valorar adecuadamente si el permanecer sedado le es de beneficio o si por el contrario, aumenta su angustia.

Estrés. Pueden existir varios factores generadores de estrés. de los cuáles los más comunes son: la proximidad de la muerte, o bien conflictos interpersonales con la familia. Los tranquilizantes sólo deberán ser administrados en casos extremos o por

períodos breves.

FUENTE: Bárbara Mc Van. Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma.
Madrid, 1987. p. 16.

ANEXO No. 3

LA EUTANASIA

La eutanasia. Es una palabra de origen griego que significa sin dolor, fácil, suave o buena. Actualmente se usa para definir una muerte intencional, llevada a cabo por motivos humanísticos, aliviando una situación de dolor intolerable, o bien, en los casos de pacientes con vida vegetativa.

La Eutanasia activa. Es aquella en la que se efectúa deliberadamente una acción con el propósito de acortar la vida.

La Eutanasia pasiva. Se describe como la situación en la cual a través de la suspensión del tratamiento, el paciente muere.

Debe admitirse la eutanasia cuando mitigue los dolores del agonizante, aún cuando indirectamente acorte la vida del paciente, evitando el uso de medios extraordinarios que prolonguen artificialmente la vida. Se debe contar con la suficiente humildad para aceptar que el poder humano es limitado, además de tener libertad de acción de acuerdo con el paciente, (si éste puede opinar) o con los familiares, para decidir la suspensión del tratamiento cuando sea conveniente.

En algunos casos la atención a un paciente moribundo parece más dirigida a acelerar su muerte que a prolongar su vida, debe considerarse si es una atención correcta o un asunto criminal (ho

micidio o ayuda al suicida).

En la práctica médica se observan actitudes tales como: solicitud de interrupción de nutrientes e hidratación parenteral, renuncia al tratamiento, o bien, administración de sedantes que por un lado, alivia y por otro, aceleran la muerte.

Es aquí cuando surge la interrogante, ¿cuándo se considera una muerte legal o de tipo criminal?

Se debe tomar en cuenta que la mayoría de los casos relacionados con acciones médicas que aceleran la muerte de los pacientes son considerados como intentos para aliviar el dolor y otro sufrimiento, sin embargo, se debe valorar si el tratamiento para prolongar la vida debe o no llevarse a cabo, porque así como el dolor puede aliviarse mediante dosis elevadas de medicamentos, en otros puede provocarse sedación profunda y muerte.

La problemática que viven estos pacientes es cuando se enfrentan a un dolor o sufrimiento prolongado sin tener opciones de tratamiento.

Si su dolor es atenuado con la administración de una sedación profunda y por los efectos colaterales, se acelera el proceso de muerte, aún así es considerado como crimen, intencional o no, pero amerita proceso legal.

La razón por la cual no es común que lleguen estos casos al tri

bunal es porque los métodos utilizados para producir la muerte son los habituales en terapéutica (analgésicos, sedantes, anes-tésicos), y no los relacionados con el crimen (veneno, armas, etc.)

La colaboración o ayuda al suicidio sigue siendo un acto crimi-nal en la legislación de la mayoría de los lugares. Así el su-ministro de fármacos letales a un paciente moribundo, puede cons-tituir un acto punible en algunos países más no en otros.

Se habla de acto punible, cuando se le priva de la vida a un pa-ciente crónico en fase terminal sólo para evitar los cuidados prolongados.

Se llaman actos meritorios cuando se ayuda al buen morir a una paciente que se encuentra en fase terminal, el cual padece un dolor insufrible.

Aún cuando ninguno de los dos actos esté autorizado, la perso-na que se encuentre en dicho caso de acusación legal, la mejor defensa se basa en los procesos de toma de decisiones apropia-dos y en poseer una meticulosa documentación acerca del razona-miento que la llevó a la interrupción del tratamiento.

El hombre en la sociedad tiene derecho a una "vida natural", pero no tiene derecho a una "vida artificial", sobre todo cuan

do pueda afectar a los miembros de la familia.

FUENTE: Federico Quezada. El acto de morir. Ed. Nemeses. Puerto Rico, 1987. p. 70

ANEXO No. 4

TABLA "F" CON VALORES DE "r" A LOS NIVELES DE
CONFIANZA DE .05 Y .01

TABLA F Valores de r a los	gl	.05 ✓	.01
Niveles de Confianza de 0.05 y 0.01	1	.99692	.999877
	2	.95000	.990000
	3	.8783	.95873
	4	.8114	.91720
	5	.7545	.8745
	6	.7067	.8343
	7	.6664	.7977
	8	.6319	.7646
	9	.6021	.7348
	10	.5760	.7079
	11	.5529	.6835
	12	.5324	.6614
	13	.5139	.6411
	14	.4973	.6226
	15	.4821	.6055
	16	.4683	.5997
	17	.4555	.5751
	18	.4438	.5614
	19	.4329	.5487
	20	.4227	.5368
25	.3809	.4869	
30	.3494	.4487	
35	.3246	.4182	
40	.3044	.3932	
45	.2875	.3721	
50	.2732	.3541	
60	.2500	.3248	
70	.2319	.3017	
80	.2172	.2830	
90	.2050 ✓	.2673	

FUENTE: Fisher y F Yates. Statistical Tables for Biological, Agricultural and Medical Research. 4a ed. Oliver & Boyd, Edimburgo. Tabla IV, con autorización de los autores y editores.

APENDICE No. 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION

LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE EN RELACION
AL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL
EN EL HOSPITAL INGLES, EN MEXICO, D.F.

No. DE CUESTIONARIO _____

ELABORADO POR:

ANTONIA CAMELIA MIRANDA BRITO

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA

CARMEN L. BALSEIRO A.

Fecha de elaboración: 12 de septiembre de 1994.

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Recopilar datos de las fuentes fide dignas a fin de conformar y recopilar la información necesaria para comprobar la hipótesis de trabajo y la general.

JUSTIFICACION: El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que es el instrumento vital con el que podrá obtener la información conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información se podrán elaborar las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recopilar datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones:

1. Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
2. Marque con una "X" una opción de respuesta en cada pregunta ya que si se contestan dos opciones, se invalida la respuesta.
3. Todo lo recopilado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que proporcionen a este cuestionario y si se desea conocer los resultados, estarán a la disposición al término de la investigación.

DATOS GENERALES

1. ¿CUAL ES TU EDAD?

1. 20 - 25 años
 2. 26 - 30 años
 3. 31 - 35 años
 4. Más de 36 años
 5. Sin respuesta

2. ¿CUAL ES TU TURNO?

1. Matutino
 2. Vespertino
 3. Nocturno
 4. Nocturno mixto
 5. Sin respuesta

3. ¿CUAL ES TU ESTADO CIVIL?

1. Soltera
 2. Casada
 3. Unión libre
 4. Divorciada
 5. Sin respuesta

4. ¿CUAL ES TU ESCOLARIDAD?

1. Licenciatura
 2. Especialidad en Enfermería
 3. Enfermera general
 4. Pasante
 5. Sin respuesta

5. ¿CUAL ES TU NIVEL JERARQUICO?

1. Supervisora o Jefe
 2. Especialista
 3. Enfermera general
 4. No, ningún nivel jerárquico
 5. Sin respuesta

6. ¿TE COMUNICAS ORALMENTE CON LOS PACIENTES AGONICOS?

1. Sí, normalmente aunque sé que el paciente no me escucha, yo me comunico, le hablo por su nombre y le explico lo que le voy a hacer.

- 2. Sí, yo les hablo y trato de comunicarme con la voz, aun que sé que alguno no me escucha.
- 3. Creo que en lugar de hablar es más importante hacerle los procedimientos.
- 4. No, yo prefiero no hablarle, ya que sé que no me escucha.
- 5. Sin respuesta.

7. ¿TE COMUNICAS CON EL TACTO CON LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Sí, porque yo sé que cuando los toco ellos sienten mi apoyo y así les brindo confianza.
- 2. Sí, los toco frecuentemente al realizarle los procedimientos.
- 3. A veces los toco, pero sé que no me van a responder.
- 4. No, nunca los toco, porque me dan un temor que se muestra en mis manos.
- 5. Sin respuesta.

8. ¿COMO ES TU TONO DE VOZ CON UN PACIENTE AGONICO?

- 1. Mi voz es pausada y tranquila, porque sé que me escucha y así le doy seguridad.
- 2. Mi voz es tranquila, para tratar de apoyarlo.
- 3. Mi voz no cambia, siempre es la misma.
- 4. Como mi voz es muy fuerte, siempre le hablo así, porque sé que no me oye.
- 5. Sin respuesta.

9. ¿UTILIZAS ALGUN CODIGO (METODO ESPECIAL) PARA DARTE A ENTENDER CON LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Sí, yo me comunico con ellos utilizando varios métodos entre ellos, pizarrón, lápiz, ojos, señas, etc.
- 2. Sí, yo me comunico con ellos especialmente con las manos y los ojos.
- 3. No, yo sé que en ese momento no me entiende, por eso no uso métodos extraordinarios. Sólo la voz.
- 4. No, definitivamente no conozco ningún código o método especial. No da resultados.
- 5. Sin respuesta.

10. COMO ES TU EXPRESION FACIAL ANTE UN PACIENTE AGONICO?

- 1. Mi expresión facial es relajada y siempre procuro brindarle una sonrisa, ya que así sentirá confianza y tranquilidad cada vez que me acerco.
- 2. Mi expresión facial es relajada para que no vea en mí angustia o miedo.

- 3. Mi expresión facial no cambia, siempre es la misma.
- 4. Siempre reflejo mucho temor y angustia con mi expresión independientemente de quien se trate.
- 5. Sin respuesta.

11. ¿TIENES ACERCAMIENTO CON TUS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Sí, siempre lo hago, me gusta estar atenta a todas sus necesidades y poder así brindarle cariño, comprensión, seguridad, etc.
- 2. Sí, yo me acerco a ellos para poder identificar sus necesidades.
- 3. Sí, pero sólo cuando le tengo que realizar algún procedimiento.
- 4. No, ya que no quiero tener ningún tipo de acercamiento con el paciente.
- 5. Sin respuesta.

12. ¿TE COMPADECEN LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Sí, yo creo que es un momento muy especial, por tanto les brindo cariño, ternura y afecto a ellos y a sus familias.
- 2. Sí, yo me compadezco porque es su último momento y necesitan de ternura y afecto.
- 3. No, no siempre me compadezco, creo que a todos nos va a pasar, y hay que ser fuertes.
- 4. No me compadezco, la enfermera debe mostrar su fuerza de carácter en todo momento y especialmente ante la muerte.
- 5. Sin respuesta.

13. ¿ERES TIERNA CON LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Sí, yo siempre les doy el mejor trato, ya que con mis demostraciones de cariño, consigo que me tengan confianza en ese momento.
- 2. Sí, yo les demuestro cariño, para que colaboren conmigo en cualquier procedimiento.
- 3. Creo que con demostrarles respeto y afecto es más que suficiente.
- 4. No, no tengo por qué ser tierna, yo los trato como a todos los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

14. ¿TE SIENTES DEPRIMIDA CUANDO MANEJAS A UN PACIENTE EN FASE TERMINAL?

- 1. Aunque sí siento dolor, a veces me deprime un poco ante este momento tan especial, definitiva.

- 2. En algunas ocasiones me siento deprimida, sin embargo, lo he sabido manejar para poder ayudar tanto al paciente como a su familia.
- 3. Sí, me deprimó y me siento mal toda la semana.
- 4. Sí, siempre es algo que yo no tolero y siempre me deprimó tanto, que llevo la depresión a otros pacientes.
- 5. Sin respuesta.

15. ¿RECHAZAS ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. No yo nunca los he rechazado, al contrario, me gusta atenderlos ya que me siento capaz de ayudarlos, especialmente si sé que se van a morir.
- 2. No, no los rechazo, a mí sí me gusta que sean mis pacientes y los trato de ayudar en todo.
- 3. Sinceramente, cuando están sufriendo mucho, sí los rechazo para no involucrarme.
- 4. Sí, los rechazo y prefiero no acercarme, incluso trato de no ir a trabajar cuando sé que me van a tocar.
- 5. Sin respuesta.

16. ¿SUFRES CUANDO TIENES A TU CARGO UN PACIENTE AGONICO?

- 1. Sí, yo siempre me involucro emocionalmente con mi paciente, y no puedo evitar compartir su sufrimiento.
- 2. Sí, yo comparto con él y su familia el dolor que padecen.
- 3. Yo les transmito de alguna forma que los apoyo, sin dejar que afecte mi esfera de sentimientos.
- 4. No, yo no sufro, ya que siempre conservo las distancias para no involucrarme con ellos.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿TE ANGUSTIA ATENDER A LOS PACIENTES AGONICOS?

- 1. Aunque no me angustio, sí me preocupo, pero sé que debo actuar con seguridad en cada uno de los procedimientos que le realizo.
- 2. No, no me angustio, creo que así le brindo seguridad y confianza.
- 3. Sí me angustia, sobre todo cuando me siento impotente para ayudarlo.
- 4. Sí, la angustia que experimento me inmoviliza a tal grado que no puedo atenderlo bien.
- 5. Sin respuesta.

18. ¿HAS EXPERIMENTADO MIEDO AL ATENDER A UN PACIENTE AGONICO?

- 1. No, a mí no me provocan miedo ningún hecho externo por extraño que éste sea, pero ante la muerte me angustio por el llanto de los familiares.

- 2. No, nunca me ha dado miedo estar ante la muerte, pero sí me sobrecojo.
- 3. Las veces que he experimentado miedo es cuando no sé que hacerles a los pacientes.
- 4. Sí, a mí me paraliza el miedo, cuando presencio la muerte de alguno de mis pacientes.
- 5. Sin respuesta.

19. ¿EXPERIMENTAS DOLOR, AL MANEJAR PACIENTES EN FASE TERMINAL?

- 1. Sí, cada vez que estrecho lazos con mi paciente, me duele su sufrimiento y lo comparto con él y su familia.
- 2. Sí, la convivencia diaria me lleva a compartir su dolor.
- 3. Aunque yo sé autoprotgerme para no experimentar dolor, a veces lo siento.
- 4. No, realmente yo nunca me involucro con mis pacientes para que no me duela el perderlos.
- 5. sin respuesta.

20. ¿SIENTES IMPOTENCIA AL MANEJAR A UN PACIENTE EN FASE TERMINAL?

- 1. No, porque se les proporciona lo humanamente posible para ayudarles. Hago todo lo que está a mi alcance para salvarlos.
- 2. No, me siento impotente cuando estoy consciente que no se le puede ayudar más.
- 3. Sí, y además me pongo en desequilibrio cuando se prolonga su sufrimiento.
- 4. Sí, porque haga lo que haga no voy a impedir su sufrimiento y eso me provoca impotencia.
- 5. Sin respuesta.

21. ¿EXPERIMENTAS DESESPERANZA CUANDO MANEJAS A UN PACIENTE AGÓNICO?

- 1. Aún cuando se agoten todas las opciones de ayuda, siempre le transmito a mi paciente la importancia de mantenerse preparado y tranquilo.
- 2. No permito la desesperanza para no reflejarla en mis actitudes.
- 3. No puedo evitar sentirla, cuando sé que ya no hay nada que hacer.
- 4. Siempre he experimentado la desesperanza y la proyectado en mi estado de ánimo.
- 5. Sin respuesta.

22. ¿HAS SENTIDO PANICO CUANDO TIENES UN PACIENTE AGONICO?

1. No, nunca pues yo sé manejar mis emociones, especialmente ante la muerte.
2. Trato de mantenerme estable aún cuando la situación se complica y no sé que hacer.
3. Sí, pero trato de controlarme.
4. Sí lo siento y creo que con sólo entrar a su cuarto, me paraliza.
5. Sin respuesta.

23. ¿EXPERIMENTAS COMPASION HACIA LOS PACIENTES AGONICOS?

1. Sí, a mí me envuelve su situación y no puedo evitar darle todo mi cariño.
2. Sí, los compadezco pues sé que es cuando más nos necesitan a las Enfermeras.
3. No, no los compadezco porque sé que ya van a dejar de sufrir.
4. No, pues yo considero que la enfermera se debe mantener al margen y no tener ninguna clase de comparación con el paciente.
5. Sin respuesta.

24. ¿SIENTES ANSIEDAD ANTE EL PACIENTE AGONICO?

1. No, realmente logro tranquilizarme y establecer mejor comunicación con el paciente y la familia.
2. No, prefiero platicar con él y su familia y desechar ese sentimiento.
3. Sí, cuando tengo un paciente en fase terminal, entro en un estado de ansiedad.
4. La ansiedad que experimento me bloquea y no lo puedo atender correctamente. He llegado a la conclusión de que este tipo de pacientes no son mi fuerte.
5. Sin respuesta.

25. ¿TE MUESTRAS INDIFERENTE CUANDO MANEJAS A UN PACIENTE EN FASE TERMINAL?

1. No, nunca lo he sentido, a mí me gusta participar en la ayuda moral y psicológica tanto a los pacientes como a los familiares.
2. No, por más que lo intento, no puedo ser indiferente a su sufrimiento.
3. Prefiero ser indiferente a sufrir junto con él.
4. Sí me muestro indiferente ya que de esta forma evito involucrarme con ellos. Necesito estar bien siempre.
5. Sin respuesta.

01	02	03	04	05	06	07	08	09	
25	<p style="text-align: center;">APENDICE No. 2</p> <p style="text-align: center;">MODELO DE TARJETA SIMPLE</p> <p style="text-align: center;">LA COMUNICACION ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE EN RELACION AL PROCESO AGONICO DE LOS PACIENTES EN FA- SE TERMINAL, EN EL HOSPITAL INGLES, EN MEXICO, D.F.</p> <p style="text-align: right;">No. de cuestionario _____</p>						10		
24							11		
23							12		
22	21	20	19	18	17	16	15	14	13

MODELO DE TARJETA SIMPLE

APENDICE No. 2

01 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	02 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	03 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	04 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	05 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	06 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	07 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	08 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	09 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	
10 1 _____ 2 _____ 3 _____	<p>APENDICE No. 3.</p> <p>MODELO DE :</p> <p>TARJETA DE CONCENTRACION DE DATOS</p> <p>DeL _____ aL _____</p>					11 1 _____ 2 _____ 3 _____	12 1 _____ 2 _____ 3 _____		
13 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	14 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	15 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	16 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	17 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	18 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	19 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	20 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	21 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	22 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

MODELO DE TARJETA DE CONCENTRACION DE DATOS

APENDICE No. 3

APENDICE No. 4

MODELO DE TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS

01		02		03		04		05		06		07		08		09					
1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____		
2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____		
3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____		
4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____		
5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____		
25		4		APENDICE No. 4. MODELO DE : TARJETA MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS Total de Casos/condicio _____												10		4			
1	_____	4	_____													1	_____	4	_____		
2	_____	5	_____													2	_____	5	_____		
3	_____															3	_____				
24		4														11		4			
1	_____	4	_____													1	_____	4	_____		
2	_____	5	_____													2	_____	5	_____		
3	_____															3	_____				
23		4														12		4			
1	_____	4	_____													1	_____	4	_____		
2	_____	5	_____													2	_____	5	_____		
3	_____															3	_____				
22		21		20		19		18		17		16		15		14		13			
1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____	1	_____
2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____	2	_____
3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____	3	_____
4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____	4	_____
5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____	5	_____

7. GLOSARIO DE TERMINOS

AUTONOMIA	Estado y condición del pueblo que goza de entera independencia política. Condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos.
BALSAMO	Material de consistencia viscosa y de olor aromático especial que surge espontáneamente, o a consecuencia de la incisión del tronco de numerosas especies de plantas.
CANAL	Medios de unión entre un emisor y un receptor. Vía de comunicación.
COINCIDENCIA	Acción y efecto de coincidir. Convenir una cosa con otra; ser conforme con ella. Ocurrir dos o más cosas a un mismo tiempo; convenir en el modo, ocasión u otras circunstancias. Ajustarse una cosa con otra; confundirse con ella, concurrir simultáneamente dos o más personas en un mismo lugar.
COMPREHENSION	Comprensión. Entender, alcanzar, penetrar, encontrar justificados o naturales

los actos o sentimientos de otro. Conte
ner, incluir en sí alguna cosa.

COMUNICACION

Acción o efecto de comunicar o comuni-
carse. Trato, correspondencia entre dos
o más personas. Transmisión de señales
mediante un código común al emisor y al
receptor.

CONTEXTO

Orden de composición o tejido de cier-
tas obras. Unión de cosas que se enla-
zan y se entretajan. Serie del discurso
tejido de la narración compaginación,
disposición y unión respectiva de las
partes que juntas componen un todo.

CREENCIA

Firme asentimiento y conformidad con al
guna cosa. Completo crédito que se pres
ta a un hecho o noticia como seguros o
ciertos.

DECODIFICACION

En informática, proceso que permite pa-
sar de un lenguaje codificado a otro que
se puede leer directamente.

DECREPITUD

Estado terminal de la vejez (por encima
de los 75 - 80 años) caracterizado por
un proceso de verdadera disgregación or

gánica y de involución de las diversas funciones.

DESESPERANZA

Falta de esperanza. Estado de ánimo en que se ha desvanecido la esperanza, desesperación, alteración extrema del ánimo.

DOGMATICO

Perteneciente a los dogmas de la religión. Conjunto de las proposiciones que se tienen por principios innegables en una ciencia. Escuela filosófica opuesta al escepticismo, la cual considerando a la razón humana capaz del conocimiento de la verdad.

DOLOR

Sensación de desagrado producida por estímulos de diversos tipos aplicados sobre terminaciones nerviosas libres distribuidas por todo el cuerpo. Mecanismo protector del organismo, como signo de alarma o para provocar reacción refleja destinada a evitar estímulos perjudiciales.

EQUILIBRIO

Estado de reposo de un cuerpo solicitado por dos fuerzas que se destruyen re-

cíprocamente. (sinón. Aplomo, igualdad, armonía, contrapeso, estabilidad).

ESTIMULO

Es cualquier agente físico (mecánico, térmico, luminoso, eléctrico sonoro) o químico, capaz de estimular los órganos periféricos de los de los sentidos (oído, ojo, mucosa nasal olfativa, etc.) capaz de provocar la aparición de una sensación.

ESTRUCTURA

(Lat. Structura) Arreglo o disposición de las diversas partes de un todo: la estructura de un cuerpo.

EUTANASTIA

(Raíz griega: eu-buena, tanatos-muerte) muerte dulce, o muerte buena para una persona que padece una enfermedad incurable y muy penosa. Para hacer dulce y tranquila una agonía que de otro modo sería extraordinariamente larga y dolorosa.

EXPERIENCIA

Conocimiento que se adquiere gracias a la práctica y a la observación. Práctica, conocimiento.

FRUSTRACION	Malogro de un deseo. Tensión psicológica suscitada por la existencia de un obstáculo que dificulta realizar un objetivo.
HIPERSOMNIA	Agravamiento patológico de la necesidad de sueño, por ejemplo, intoxicaciones, tumores cerebrales, encefalitis, epidémica, y en la narcolepsia.
INCERTIDUMBRE	Falta de certidumbre: vivir en la incertidumbre. (indecisión)
INCIDENCIA	En epidemiología es el número de casos nuevos de enfermedad por unidad de tiempo; prevalencia.
INCONSCIENTE	Que no tiene conciencia de sus actos. Muchos fenómenos importantes son inconscientes.
INCOORDINACION	Coordinación ausente o defectuosa, en sentido estricto, referido al defecto de coordinación motora como alteración neurológica. El enfermo no puede verificar con precisión y seguridad movimientos adecuados a su intención.

INTERACCION

Es el fenómeno de la acción medicamentosa modificada, en el sentido de sinergismo y antagonismo. Originariamente concepto para todas las acciones secundarias (equivalente al concepto de interferencia).

INTERVENIR

Tomar parte en un asunto, intervenir en un conflicto. Abogar, participar, incertidumbre.

INTRANSIGENCIA

Condición del que no transige con lo que es contrario a sus gustos, hábitos, ideas, etc. Que no se presta a transigir.

INSOMNIO

Agripnia: trastorno del sueño que puede significar una dificultad para conciliarlo o para dormir seguido, causado por una enfermedad orgánica, psíquica o psicógena. (situación conflictiva, etc.)

LENGUAJE

Sistema verbal de reproducción espontánea de los pensamientos.

MANIPULACION

Impulso manual sobre una articulación con gran velocidad y poco recorrido, pa

ralela o perpendicularmente a la superficie articular.

MENSAJE Encargo de decir o llevar una cosa: llevar un mensaje urgente.

MIDRIASIS Dilatación de la pupila ocular, que no es un orificio fijo y rígido, sino que se dilata o contrae el objeto de regular cantidad de rayos luminosos que penetran en el interior del globo ocular.

MIEDO Es un sentido más o menos vivo de inseguridad frente a un peligro imaginario o real, y cuya intensidad es variable según las personas y las circunstancias. Puede producir inhibición o reacción.

MUERTE Es la cesación de los fenómenos vitales en los organismos animales o vegetales. No se produce en su momento, sino que dará más o menos tiempo. Cuando cesan las tres grandes funciones: nerviosa, respiratoria y circulatoria.

PANICO Terror súbito, sin ningún fundamento, miedo súbito, ansiedad aguda.

PERCEPCIONES	Sensación interior, impresión material hecha en nuestros sentidos por alguna cosa exterior. (sensación, sentimiento)
POSTRACION	Disminución altamente significativa de la condición física o derrumbamiento <u>psíquico</u> en el transcurso de una enfermedad.
PSICOPATICO	Con una personalidad anormal, referente a la psicopatía.
REHUSAR	No aceptar una cosa ofrecida (rechazar)
RELACIONES	Conexión de una cosa con otra; correspondencia entre dos personas o cosas que se consideran a un mismo tiempo.
REVERSIBLE	Es aquel estado patológico que puede <u>regresar</u> hasta su curación completa con la restitución íntegra de los <u>órganos</u> afectados.
SENSIBILIDAD	Adecuación de un método de laboratorio para valorar correctamente las muestras patológicas. (profunda). Sentido que <u>registra</u> la situación y los movimientos, las vibraciones y el reconocimiento de

las cifras dibujadas sobre la superficie de la piel.

SIMBOLOGIA

Estudio de las figuras, objetos que tienen significación convencional.

SOLEDAZ

Estado del que vive lejos del mundo. Lugar solitario. Pesar y melancolía por la ausencia, muerte o pérdida de persona o cosa.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABRAMS, William. El manual Merck de geriatría. Ed. Doyma. Madrid, 1992. 1270 pp.
- BALSEIRO, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Acuario. México, 1991. 224 pp.
- BEAL, Gorge. Conducción y acción dinámica del grupo. Ed. Kapelusz. 2a. ed. Buenos Aires, 1980. 200 pp.
- BERLO, David. El proceso de la comunicación. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1982. 229 pp.
- BUNGE, Mario. La investigación científica. Ed. Ariel. 2a. ed. Madrid, 1987. 955 pp.
- CARTWRIGHT, Dorwin y Alvin, Zander. Dinámica de grupos. Ed. Trillas. México, 1986. 224 pp.
- CERDA, Enrique. Psicología aplicada. Ed. Herder. 3a. ed. Madrid 1985. 419 pp.
- CIBANAL, Juan. Interrelaciones del personal de Enfermería con el paciente. Ed. Doyma. Madrid, 1991. 166 pp.
- CORAL, Manuel. La ciencia de la comunicación. Ed. Trillas. México, 1986. 118 pp.

- DE FLEUR; Melvin y Sendra, Ball. Teoría de la comunicación de masas. Ed. Paidós Mexicana. Nueva York, 1982. 300 pp.
- ESEVERRI, Cecilio. Fisiología y antropología de una profesión. Ed. Díaz Santos. Madrid, 1992. 209 pp.
- FAST, Julius. El lenguaje del cuerpo. Ed. Kairos. México, 1988. 179 pp.
- GUTIERREZ, Raúl. Introducción al método científico. Ed. Esfinge. 6a. ed. México, 1992. 272 pp.
- LAING, R. El cuestionamiento de las familias. Ed. Paidós. México, 1986. 146 pp.
- LERVINGER, Otto. Comunicación persuasiva. Ed. El Manual Moderno. 3a. ed. México, 1980. 180 pp.
- MC CAFFERY, Margo. Dolor manual clínico para la práctica de Enfermería. Ed. Salvat. Madrid, 1992. 368 pp.
- MC VAN, Barbara, otros. Paciente terminal y muerte. Ed. Doyma. Madrid, 1987. 192 pp.
- MENDEZ Ignacio. El protocolo de investigación. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1990. 210 pp.
- MILLER, David. Viviendo con Sida y HIV. Ed. Manual Moderno. México, 1981. 80 pp.

- MURILLO, Víctor. Relaciones humanas. Ed. Limusa. 2a. ed. México, 1990. 499 pp.
- PAOILLA, Hugo. El pensamiento científico. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1986. 317 pp.
- PATERSON, Josefina y Loretta, Zderad. Enfermería humanística. Ed. Limusa. México, 1986. 624 pp.
- PICK, Susana y Ana Luisa López. Como investigar en ciencias. Ed. Trillas. 3a. ed. México, 1984. 160 pp.
- POLIT, Denisse. Investigación científica en ciencias de la salud. Ed. Interamericana. 3a. ed. México, 1987. 563 pp.
- QUEZADA, Federico. El acto de morir. Ed. Nemeses. 6a. ed. Puerto Rico, 1987. 75 pp.
- RIVERA, Melesio. La comprobación científica. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1981. 95 pp.
- RODRIGUEZ, Mauro. Posología de las relaciones humanas. Ed. Pax. México, 1985. 112 pp.
- ROJAS, Raúl. El proceso de la investigación científica. Ed. Trillas. 3a. ed. México, 1989. 150 pp.
- SILVERSTEIN. Comunicación humana. Ed. Trillas. México, 1985. 270 pp.

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

THOMAS, Louis. Antropología de la muerte. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2a. ed. México, 1983. 639 pp.

TOMAS, Joyce, otros. Ética de Enfermería. Ed. El Manual Moderno. México, 1984. 394 pp.

VILLAZON, Alberto. Urgencia comunes en Medicina Crítica. Ed. SECSA. 2a. ed. México, 1983.

YOUNG, Paul. Sentimientos y emociones. Ed. El Manual Moderno. México, 1985. 238 pp. Tesis.

M. CALLAN. Interprete los mensajes del moribundo. Vol. Cinco No. 1. Enero. México, 1987. 811 pp.

IOANNIS, P. PANIDIS. Muerte interpretativa en pacientes hospitalizados. Mundo Médico, Vol. 15. No. 162. Tesis profesional. México, 1987. 127-140 pp.

SALCEDO, Concepción. El acto de morir cuidados paliativos: recurso en la psiquiatría. ISYT. Vol. 14. No. 187. Abril. México, 1992.

CANADO, Luis. La Mortalidad y sus relaciones con factores sociales, económicos y culturales. Publicaciones de México, Vol. 19. Noviembre, México, 1977. 805-850 pp.