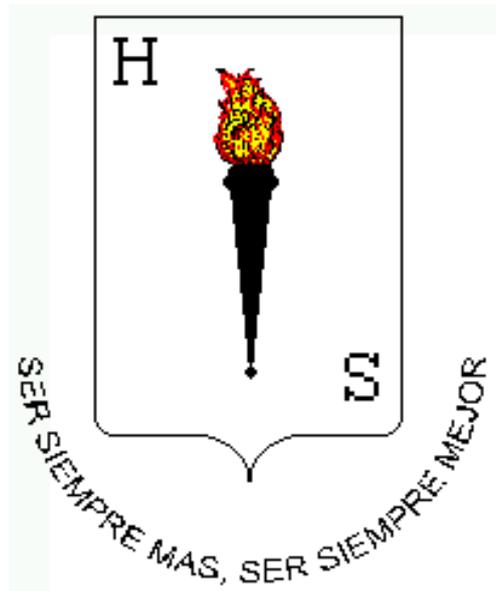


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

VALERIA CEPEDA MÉNDEZ

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“LOS CUIDADOS PALIATIVOS”

“Curar A Veces,

Mejorar A Menudo,

Cuidar Siempre”

*Ayudar a una persona a morir,
significa ayudarla a vivir intensamente,
la última experiencia de su vida.*

(S.S. Juan Pablo II)

CONTENIDO

RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN.....	IV
CAPITULO I.....	V
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	VI
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	VI
1.2 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.....	VI
1.3 ANTECEDENTES.....	VI
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	VIII
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	VIII
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	VIII
1.7 VIABILIDAD.....	IX
CAPITULO II.....	10
MARCO TEORICO.....	11
2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.....	11
2.2 MEDICINA.....	11
2.2.1 MEDICINA PALIATIVA Y CUIDADOS PALIATIVOS.....	12
2.2.2 TEORIAS SOBRE MEDICINA PALIATIVA.....	14
2.2.3 ENFERMEDAD TERMINAL.....	15
2.2.4 PACIENTE TERMINAL.....	15
2.2.5 AGONIA.....	16
2.2.6 CALIDAD DE VIDA.....	16
2.3 PSICOLOGÍA.....	17
2.3.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	17
2.3.2 TEMOR Y MIEDO.....	18
2.3.3 DEPRESIÓN.....	19
2.3.4 ANSIEDAD.....	19
2.4 TANATOLOGIA.....	20
2.4.1 DUELO.....	21
2.4.2 ETAPAS DEL DUELO.....	22

2.4.3 FASES DEL DUELO SEGÚN ELISABETH KÜBLER-ROSS.	23
2.4.4 TIPOS DE DUELO Y SUS DETERMINANTES.....	25
2.5 ENFERMERIA.	27
2.5.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA SEGÚN LA OMS.	27
2.5.2 TEORIA DE ENFERMERIA SELECCIONADA PARA ESTE ESTUDIO.	27
2.5.3 CUIDADOS DE ENFERMERIA.	31
2.5.4 CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA.....	34
2.5.4.1 CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA.	36
2.5.4.2 SEDACION PALIATIVA.	37
2.5.4.3 CUIDADOS PALIATIVOS PSICOLOGICOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE TERMINAL.....	38
2.5.4.4 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.....	41
CAPITULO III.	44
ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	45
CAPITULO IV.	46
HIPÓTESIS.....	47
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.	47
4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.	47
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	48
4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	49
CAPITULO V.	52
DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	53
CAPITULO VI.	55
RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS.	56
CAPITULO VII.	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	67
CAPITULO VIII.	¡Error! Marcador no definido.
BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS.	70

RESUMEN.

La presente investigación se caracteriza por ser experimental, descriptiva transeccional; en la que se pretende identificar por qué las estudiantes de la Escuela De Enfermería Del Hospital De Nuestra Señora De La Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal.

Se evalúan principalmente los conocimientos y la aplicación de los cuidados paliativos psicológicos que da la estudiante de enfermería al paciente agónico.

Se concluye finalmente que la hipótesis: “Las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal porque su nivel de conocimientos respecto a las técnicas para brindar los cuidados paliativos psicológicos está por debajo del 40%” es falsa, sustentado con la aplicación de encuestas que revelan los resultados expuestos en el estudio analizado que consta de 20 preguntas realizadas a 30 alumnas que egresan en el año 2012 de la Escuela De Enfermería Del Hospital De Nuestra Señora De La Salud.

INTRODUCCIÓN.

Este estudio esta estructurado de la siguiente manera:

En el Capitulo I se realiza el planteamiento del problema, el cual esta constituido por una breve descripción del porque se analizaran los cuidados paliativos psicológicos que se brindan al paciente en fase terminal; se identifican claramente los sujetos de estudio; se habla de manera general sobre los antecedentes e inicios de los cuidados paliativos así como también se plantea la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación de la investigación.

En el Capitulo II se presenta el marco teórico, que no es otra cosa mas que breves investigaciones precedentes que van a colaborar y principalmente a sustentar la objetividad de esta investigación.

En el Capitulo III se define el alcance y el diseño de la investigación.

En el Capitulo IV se presenta la hipótesis, se definen las variables y se realizan los instrumentos de medición que son los que van a definir si la hipótesis es valida.

En el Capitulo V se muestra el diseño utilizado para este proyecto, así como el tamaño de la muestra que ocupamos para el estudio.

En el Capitulo VI se muestran los resultados de las encuestas; son graficas que denotan porcentajes, es decir, se dan a conocer los resultados obtenidos del estudio realizado.

En el Capitulo VII se interpretan dichos resultados, se concluye y se dan recomendaciones que podrían ser útiles para la formación de las futuras enfermeras.

Y finalmente en el Capitulo VIII se encuentran las bibliografías analizadas para hacer sustentable esta investigación.

CAPITULO I.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El personal de enfermería lejos de brindarle al paciente el apoyo emocional para afrontar su enfermedad terminal, prefiere mantenerse al margen de la situación sin involucrarse en este aspecto con él.

Es conveniente realizar una investigación en este tema debido a que es una realidad actual.

Por distintos factores quienes se dedican a los cuidados del paciente terminal, específicamente el personal de enfermería, no brinda los cuidados completos y realmente necesarios para el paciente.

La mayoría de las veces el personal de enfermería se dedica específicamente a los malestares físicos, dejando por un lado el tratamiento psicológico, emocional y espiritual generando con esto un deficiente cuidado ya que la enfermera debe brindar, según sus fundamentos, un cuidado holístico, es decir, un cuidado integrando todos los aspectos del desarrollo del ser humano visto desde su aspecto social y personal.

1.2 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.

Las personas que se estudiarán en esta investigación son estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, ubicada en Morelia, Michoacán. Son alumnas que están por concluir su formación profesional y que han contado con una formación académica y práctica respecto al tema que se pretende investigar.

1.3 ANTECEDENTES.

A los lugares en los que se dedican específicamente a los cuidados paliativos se les llama *Hospice* (según Robert Twycross) a finales del siglo XIX.

Estos lugares fueron creados porque los médicos atendían a los enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar.

Cicely Saunders, pionera en los cuidados paliativos, encontró que la tendencia actual es la de esconder al moribundo, la verdad de su pronóstico y su condición de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público, son fenómenos que dan cuenta de cómo, como sociedad no hemos encontrado, o hemos perdido la manera de hacer frente y de asumir nuestra mortalidad y la del resto.

Fue hasta el siglo XX que la medicina cambió su orientación a descubrir causas y curas de las enfermedades con aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas, fenómeno que se observa en la atención de pacientes terminales.

Esta visión del enfermo puede conducir a lo que actualmente se conoce como encarnizamiento terapéutico, en lugar de dar pie a un apoyo de calidad para atender las necesidades de los pacientes que se encuentran fuera de un alcance terapéutico curativo.

Se ha logrado demostrar que el buen control de los síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual, logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias.

Es hasta 1980 que la OMS incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos y promueve el programa de cuidados paliativos como parte del programa de control del Cáncer. La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS fue en el año 2002:

“El cuidado paliativo es el cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes, y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Su objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia”.

Cuidados Paliativos es un concepto amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado por médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y representantes de la pastoral.

Actualmente existen alrededor de 8,000 servicios de cuidados paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países. Estos servicios incluyen:

- Unidades móviles de apoyo intrahospitalario.
- Unidades de cuidados paliativos intrahospitalarios.
- Casas de reposo para pacientes terminales.
- Unidades hospitalarias diurnas.
- Equipos de control ambulatorio.
- Apoyo domiciliario. (Ariès,1983)

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Por qué las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal?

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Objetivo General.

Identificar por qué estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal.

Objetivos Específicos.

- Identificarlas causas por las que la enfermera decide no comprometerse emocionalmente con el paciente terminal.
- Disminuir la brecha que existe en la relación enfermera-paciente.
- Motivar a la enfermera a participar activamente en el tratamiento holístico del paciente terminal.

1.6 JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación pretende mostrar a las futuras enfermeras, la razón por la que no se comprometen con las emociones del paciente terminal, para con esto poder generar en la enfermera la inquietud de seguir preparándose en esta rama de la profesión y así brindar un mejor servicio al paciente, porque es necesario colaborar con el enfermo para que tenga una muerte digna, pero no

sin antes darle la calidad de vida que merece por el simple hecho de ser persona.

1.7 VIABILIDAD.

Se cuenta con todos los recursos humanos, materiales y de tiempo necesarios para la realización de esta investigación.

CAPITULO II.
MARCO TEÓRICO.

MARCO TEORICO.

2.1 CIENCIAS DE LA SALUD.

Ciencias de la Salud es el conjunto de ciencias dedicadas a la adquisición de conocimientos para su aplicación en la promoción del bienestar físico, mental y social de los individuos.

Las Ciencias de la Salud se organizan en dos vertientes:

1. El estudio e investigación para la adquisición de conocimientos sobre la salud-enfermedad
2. La aplicación de estos conocimientos técnicos.

Ambas vertientes se reúnen para lograr el amplio propósito de: mantener, reponer y mejorar la salud y el bienestar; prevenir, tratar y erradicar enfermedades; y comprender mejor los complejos procesos vitales de los organismos animales y humanos relacionados con la vida, la salud y la enfermedad.

Se dice que las ciencias de la salud son interdisciplinarias por el hecho de entrelazar o combinar varias ciencias para el estudio de un mismo caso clínico desconocido; o para profundizar el estudio de una forma más especializada.

Las investigaciones de esta ciencia están basadas en las ciencias puras de Biología, Química y Física aunque también en Ciencias Sociales, como la sociología médica, la psicología, etc.

Su finalidad no es solo la de proveer información sino de promover cambios favorables hacia la salud en las actividades y en la conducta de las personas. (cienciasdesalud.blogspot.com/.../ciencias-de-la-salud-ciencia-del-latin)

2.2 MEDICINA.

La medicina es el arte y ciencia del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y del mantenimiento de la salud. La medicina trata las enfermedades sin cirugía, y se divide en dos ramas principales que son: la medicina académica y la medicina clínica. (Diccionario Mosby, pp. 825)

2.2.1 MEDICINA PALIATIVA Y CUIDADOS PALIATIVOS.

La Medicina Paliativa es la rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de aquellos enfermos en los que no existe posibilidad curativa y cuyo objetivo se centrará en mejorar la calidad de vida y el confort del paciente y su familia. (Hernández, s/f)

Uno de los grandes riesgos de la moderna y tecnificada medicina es la aplicación indiscriminada de la misma. Habitualmente, el médico no acostumbrado a tratar enfermos terminales, suele intentar mejorar y alargar la vida de los pacientes, a veces hasta límites extremos, sin apercibirse de la inutilidad de sus esfuerzos. (Hernández, s/f)

No es lo mismo alargar la vida que prolongar la agonía. Debemos ser conscientes del cambio de situación a partir de la cual no es posible ni necesario realizar tratamientos que puedan mejorar el estado físico del enfermo y que ha llegado el momento de preparar la muerte. (Hernández, s/f)

Los cuidados paliativos son definidos por la OMS como "Modo de abordar la enfermedad avanzada incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto en los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicológicos y espirituales". (Castillo, 2010)

Los cuidados paliativos consisten en la atención integral, individualizada y continuada de pacientes y sus familias con una enfermedad terminal. Las necesidades detectadas deben ser atendidas de manera competente, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y mejorar el confort y calidad de vida, de los enfermos y sus familias y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias. (www.secpal.com).

Aceptar muerte del paciente contradice el objetivo esencial de las profesiones sanitarias, que es conservar la salud y la vida. Por ello, erróneamente, al individuo que entra en un proceso terminal se le cuida para que se cure y no para que viva con su calidad de vida el tiempo que le queda, ocultándose en un gran porcentaje de casos la realidad y negándosele la oportunidad de ser él mismo hasta el final. (Berger, 1982).

El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia. Precisamente la carencia en la atención de los aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor, dará origen a la filosofía sobre la que se basan los cuidados paliativos. (Hernández, s/f)

En cuidados paliativos uno de nuestros objetivos fundamentales es el control de los síntomas, que darán cobertura a todo el abanico de necesidades; no sólo físicas, sino emocionales y espirituales, que son inherentes a todo proceso terminal, y cuyo abordaje se encamina a conseguir ese bienestar deseado, tanto para el paciente como para la familia, promoviendo la autonomía, uso de recursos propios y toma de decisiones de lo que sin duda les pertenece: el afrontamiento de la situación, en este sentido creo que es de suma importancia y necesidad la existencia de una buena comunicación. (Hernández, s/f)

Los profesionales que trabajamos en Cuidados Paliativos en gran número de ocasiones tenemos que enfrentarnos a la pregunta de la familia, y en algunos casos del propio enfermo de: ¿cuánto tiempo me/le queda? (Agra, 2003)

Es muy importante para poder responder a esta pregunta, pero sobre todo para establecer unos correctos planes diagnóstico-terapéuticos, intentar hacer una valoración lo más ajustada posible de la predicción de la supervivencia del enfermo. (Agra, 2003)

En la práctica esto es muy complejo y para intentar hacer una precisión diagnóstica se han valorado distintos factores pronósticos así como modelos de predicción. (Agra, 2003)

En los enfermos terminales en programa de Cuidados Paliativos y aunque en la práctica es muy complejo, cada vez se realizan más estudios encaminados a conocer su pronóstico, en definitiva de conocer su estado de situación final, que en muchas ocasiones resulta extremadamente complicado y especialmente si lo hacemos basándonos únicamente en parámetros clínicos. (Agra, 2003)

Por ello estamos obligados a tener en cuenta una serie de factores como:

- El tipo de enfermedad y los tejidos afectados.
- La tasa de mortalidad de la enfermedad y las enfermedades intercurrentes que condicionarán profundamente el curso de la enfermedad de base.

- Presencia o no de síntomas de mal pronóstico como deterioro cognitivo, anorexia, disnea, xerostomía, pérdida de peso, y disfagia.
- Tasa de progresión de la enfermedad que puede ser estimada mediante el deterioro del estado funcional, la existencia y frecuencia de las visitas a urgencias y/o de las hospitalizaciones y la existencia de complicaciones médicas.
- Testamento vital o cualquier otra manifestación que haya realizado el enfermo acerca de los cuidados que desea para la fase final de su enfermedad y que determinarán en la medida de lo posible nuestra actitud más o menos agresiva en las opciones diagnóstico-terapéuticas a realizar.
- Estado mental y emocional del paciente y su familia. Se ha observado que la presencia de una depresión refractaria al tratamiento se asocia claramente con un incremento de la mortalidad.
- Por último y no por ello menos importante deberemos intentar establecer el estado funcional del paciente ayudándonos de las escalas funcionales de actividad que valoran la calidad de vida del enfermo. (Agra, 2003)

2.2.2 TEORIAS SOBRE MEDICINA PALIATIVA.

Los instrumentos básicos con los que cuenta la disciplina de cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinar que pueda conseguir los objetivos de atención para el paciente en estado terminal y su familia. (Hernández, s/f)

Según la OMS las bases de los Cuidados Paliativos serían las siguientes:

- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas que produzcan sufrimiento.
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla.
- Integrar los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del enfermo.
- Ofrecer apoyo a los pacientes para vivir de la forma más activa posible hasta la muerte.
- Ofrecer apoyo a las familias y allegados durante la enfermedad y en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Son aplicables a las fases tempranas de la enfermedad, junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como quimioterapia o radioterapia)

- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y de sus familias. (Lassauniere, 2000)

2.2.3 ENFERMEDAD TERMINAL.

La enfermedad terminal es aquella enfermedad incurable y progresiva con posibilidades limitadas de respuesta al tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas múltiples; con importante impacto emocional tanto en el enfermo, como en la familia e incluso en el equipo sanitario y que condiciona un pronóstico de vida limitado. (Navarro, 2002)

Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, tanto el paciente como la familia se ven sometidos a un gran impacto emocional. Se inicia un periodo altamente estresante, en el que la certeza de una muerte próxima, desestabiliza y provoca profundos cambios en la vida de todos los miembros de la unidad familiar. (Hernández, s/f)

Cuando curar ya no es posible nuestro objetivo se centra en proporcionar el máximo bienestar y alivio. Esto se logra en gran medida asegurando una prestación de cuidados integrales, en los que tengamos claro que el bienestar es algo subjetivo para cada individuo, y lo vive de forma personal y diferente con respecto a los demás. (Hernández, s/f)

2.2.4 PACIENTE TERMINAL.

El paciente terminal es considerado como el paciente que se encuentra críticamente enfermo y cuya muerte es inevitable en una fecha cercana, es importante reconocer que a este tipo de persona se le deben otorgar todos los cuidados que están a nuestro alcance para mejorar las condiciones de vida y proporcionarles además los medios para una permanencia tranquila y una preparación para una muerte digna. (Castillo, 2010)

El enfermo terminal requiere de toda una organización del equipo de salud, capaz de dar respuestas a las necesidades del paciente, la atención debe ser proporcionado por un equipo multidisciplinario, con trabajo en equipo y con empatía de todo lo que ejecuta, con la premisa de proporcionar esta atención

con el manejo cuidadoso, de calidad que debe ser eficiente, eficaz y oportuno incluyendo todos los aspectos del paciente y de la familia. (Castillo, 2010)

2.2.5 AGONIA.

La agonía más que un síntoma de los enfermos en fase terminal constituye la última fase de su enfermedad que abarca desde las últimas horas hasta los 3-5 últimos días (aunque a veces este período puede ser más largo) y que se define como el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente. (Diccionario enciclopédico de ciencias médicas, 1997)

En esta situación se produce un deterioro progresivo de las funciones físicas, biológicas, emocionales y de relación con el entorno consecuencia de la evolución de su enfermedad y es fundamental anticiparnos a los síntomas que previsiblemente se van a producir. Con mucha menor frecuencia el fallecimiento de estos enfermos se produce de forma brusca como consecuencia de una complicación imprevista como podría ser una hemorragia masiva que aunque evita el sufrimiento final de la fase de agonía resulta muy impactante tanto para el enfermo como para su familia (González, 2006)

2.2.6 CALIDAD DE VIDA.

El término de “calidad de vida” es multidimensional, dinámico y subjetivo y no tiene un patrón de referencia ni una definición clara.

La calidad de vida es relacionada por algunos autores con el estado de bienestar individual y colectivo. Conocer esto es necesario para mejorar las condiciones de vida y el grado de satisfacción de las personas.

Actualmente los estudios sobre la calidad de vida comprenden las áreas básicas de la vida humana como son la salud, el trabajo, la vivienda, el ocio, la renta, la seguridad, la familia, el entorno físico-social, la educación, la religión y la política.

La calidad de vida implica superar el reduccionismo biológico que no permite su comprensión y aprehender el profundo y trascendental misterio de la vida. Por lo anterior, la calidad de vida implica considerar no solo su valor supremo, sino el horizonte de sentido y posibilidades para su potenciación expresado como capacidades, libertades, oportunidades, condiciones que hacen posible la vida misma como totalidad precisando una cultura de la vida. (Boladeras, 2000.)

Según la OMS la calidad de vida es la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (Development of the World Health Organization, 1998.)

2.3 PSICOLOGÍA.

La psicología es la ciencia que estudia la conducta o comportamiento humano y los procesos mentales. La Psicología explora conceptos como la percepción, la atención, la motivación, la emoción, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y el inconsciente. (Morris, 1997.)

2.3.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

El conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento en la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. (Morris, 1997.)

Los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en Yale en 1977 y en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978, quedan resumidos en:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

Estableciéndose hoy en día tres principales causas de enfermedad, en los cuales el estrés interviene:

- Enfermedades del corazón.
- El cáncer
- Los accidentes cerebro-vasculares.

2.3.2 TEMOR Y MIEDO.

El ser humano tiene mucho miedo a la enfermedad, la misma lo hace sentir impotente, limitado y frágil. Es capaz de hacer lo que fuere para conservar o recuperar la salud y el bienestar. (Hazuda, s/f).

Según la Dra. Virginia Viguera:

La peculiar y angustiosa idea de encontrarse cerca de la muerte permite a las personas preguntarse por otras pérdidas, resignificarlas y abordar duelos no elaborados en su momento. También la toma de contacto con la idea de la muerte, al igual que la de tiempo, aparece ligada a distintas circunstancias que la desencadenan en este caso principalmente la enfermedad.

Cuando hay enfermedades que producen discapacidad, miedos muy marcados o inquietud de la familia, el vivir solo no se hace posible.

La idea de la muerte suscita temores desde dos perspectivas: en relación al acto de morir y al “después” de la muerte.

Ya sea que se considere al morir como el fin o como el tránsito a otra cosa, despierta temor. Sentimientos de posible sufrimiento, pero en especial de extrema soledad y desamparo. El temor a morir solo, o a enfermarse sin recibir asistencia, es muy común.

La muerte no es propia de ninguna edad, aparece en cualquier momento, pero es sin duda más esperable en la vejez

Las actitudes frente a la idea de muerte han ido variando a través del tiempo y de las distintas sociedades y culturas. Pero también se modifica a lo largo de la propia vida y en relación a la realidad personal y socio-cultural de cada individuo, lo que le imprime un sello único.

El hombre no puede escapar de la confrontación con la muerte. En su aproximación a este desenlace encuentra que no tiene mas que dos posibilidades: o bien hay una vida después de la muerte, o no la hay. En

cualquiera de estas dos formas, el hombre occidental concibe ordinariamente su propia muerte como una extinción repentina, como algo que llega a su cuerpo sin beneficio alguno. Esta actitud le hace llegar hasta las últimas posibilidades de prolongación de su vida física, lo que funciona como una especie de control psicológico colectivo, haciéndole fijar su atención sobre los aspectos cuantitativos de la vida humana, ignorando a menudo los valores cualitativos. (Matos, s/f)

El humor depresivo, el temor de la pérdida, el insomnio, los síntomas esquizoides y diversas perturbaciones psicosomáticas revelan su parentesco con las inquietudes en relación a la muerte. Incluso, varios investigadores han llegado a la conclusión que el temor a la muerte es el factor traumático más típico para desencadenar una demencia senil. (Matos, s/f)

2.3.3 DEPRESIÓN.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo se presenta ansiedad y síntomas somáticos variados. (Toro. 1998)

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, pueden causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; como Alzheimer, Parkinson, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, cáncer e infarto al miocardio. (Toro. 1998)

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos, como sentimientos y emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somático. (Alberdi, 2006)

2.3.4 ANSIEDAD.

La ansiedad es una sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación. La ansiedad nos sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles. (Ansiedad, Cómo controlarla, 2002.)

La ansiedad es la expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizado o con una profunda preocupación por cuestiones concretas. Estas sensaciones se experimentan a nivel psíquico, pero también tienen su expresión corporal con un variado cortejo de síntomas somáticos.

Ansiedad normal: emoción con valor adaptativo que actúa como un sistema de advertencia alertando al individuo sobre la necesidad de actuar.

Ansiedad patológica: interfiere de forma muy negativa en el funcionamiento normal del individuo, desembocando en un estado de desadaptación.

Lo que determina que la ansiedad sea patológica es básicamente su intensidad o su duración más allá de lo comprensible. (Benítez, 2004)

La ansiedad es un estado caracterizado por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de aprensión y de tensión asociados a una activación del sistema nervioso autónomo. El estado de ansiedad causa cambios cognitivos y de percepción. El resultado primario del temor de la muerte, trayendo como consecuencia el desarrollo de estados de ansiedad, es una distorsión fundamental de la manera en que somos conscientes del mundo. Este temor nos impide concebir la muerte como un fenómeno natural, como el destino de todos los seres sensibles y como un desenlace fundamental en la naturaleza en su proceso constante de transformación de todas las cosas. (Matos, s/f.)

2.4 TANATOLOGIA.

La Tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos, aplicando el método científico o técnicas forenses, tratando de resolver y enfrentar las situaciones conflictivas que suceden en torno a ella, desde distintos ámbitos del saber, como son la medicina, la psicología, la antropología física, la religión y el derecho. (Castellanos, 2005)

El término deriva del lenguaje griego. En la mitología griega, Thanatos (θάνατος: "muerte"), logos (definición o tratado). Es la personificación de la muerte.

Desde la perspectiva psicológica está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, seguridad y bienestar, además de propiciar en el enfermo terminal los cuidados necesarios que le aseguren una muerte digna y en paz. (Castellanos, 2005)

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, evitando la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte adecuada, que se caracteriza por las siguientes acciones:

- Atención al sufrimiento psicológico.
- Atención a las relaciones significativas del enfermo.
- Atención del dolor físico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención a las últimas voluntades.
- Atención a los aspectos legales.

Una característica importante de la Tanatología como rama de la medicina consiste en facilitar al enfermo terminal todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción y ayudar a la familia del enfermo a sobrellevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste. (Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo, s/f)

La medicina forense estudia y determina las causas de la muerte, sus mecanismos y su data de producción, entre otros. (Tanatología. La inteligencia emocional y el proceso de duelo, s/f)

2.4.1 DUELO.

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, etc.). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia. En la actualidad se encuentra en discusión el

tema de si otras especies también tienen sentimientos de duelo como los seres humanos, y en algunas de ellas se han observado comportamientos peculiares ante la muerte de sus congéneres. (Bekoff, 2006)

Duelo es el nombre del proceso psicológico, pero hay que tener en cuenta que este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los hay fisiológicos y sociales. La intensidad y la duración de este proceso y de sus correlatos serán proporcionales a la dimensión y al significado de la pérdida. Sigmund Freud definió el duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”. (Gómez, 2004.)

En el duelo, el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto, y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, éste pierde el interés por el mundo exterior, sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. (Gómez, 2004.)

2.4.2 ETAPAS DEL DUELO.

Se describen 3 fases según Lindenmann, Brown y Schulz:

1. Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación, que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo (el poder ver el cuerpo), y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

2. Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso seudoalucinaciones, la rabia emerge y suscita angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con el ser amado y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

3. Resolución del duelo: Fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos del ser desaparecido traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir en su ausencia, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas situaciones o relaciones.

2.4.3 FASES DEL DUELO SEGÚN ELISABETH KÜBLER-ROSS.

Elisabeth Kübler-Ross, pionera de la tanatología, escribió su libro Sobre la muerte y los moribundos en base a una serie de investigaciones que llevó a cabo en hospitales, y al hablar de las fases del duelo, ella se enfoca más en enfermos terminales, aunque también menciona la muerte.

Elisabeth Kübler-Ross menciona cinco fases durante el duelo, y las llama:

- Negación y aislamiento.
 - Ira.
 - Pacto.
 - Depresión.
 - Aceptación.
1. Durante la primera etapa del duelo, “Negación y aislamiento”, uno se opone a la idea de que tiene una enfermedad mortal o puede ser también que el paciente se aisle del resto de la gente, reacciones consideradas como normales y como una forma de protección provisional a sí mismo, las cuales serán más tarde sustituidas por una aceptación parcial. La negación puede funcionar como un amortiguador

- después de una noticia tan impresionante o inesperada como ésta. Es necesario pasar por esta fase para suavizar el dolor. (Castellanos, 2005)
2. La “Ira” - segunda fase - sustituye la negación que tiene el paciente, por los sentimientos de rabia, coraje, envidia y resentimiento; aquí surgen todos los por qué; los pacientes moribundos suelen quejarse por todo, todo les parece mal y es criticable, pudiendo responder después con culpa, vergüenza, dolor y lágrimas. Fase difícil pues la ira se desplaza en todas direcciones, incluso injustamente y en muchas ocasiones los que están cerca del enfermo, no se preguntan el porqué de su ira y se lo toman personal, cuando esto no es así y más bien es parte del proceso. Recomienda a quienes rodean al paciente, no reaccionar con más ira pues esto puede provocar una conducta hostil en él y aconseja, en lugar de esto, aceptar la ira irracional del afectado, entendiendo que al expresarla le ayudará a aceptar mejor su pérdida. (Castellanos, 2005)
 3. Elisabeth Kübler Ross llama a la tercera etapa, “Pacto” porque como el enfermo no ha sido capaz de afrontar la verdad durante la primera fase, y se ha enojado con los demás en la segunda fase, surge ahora la necesidad de querer llegar a un acuerdo para procurar superar esa desagradable vivencia por la que está pasando. Menciona Kübler Ross que durante sus investigaciones, la mayoría de los pacientes, el pacto lo hacían con Dios. (Castellanos, 2005)
 4. Después de haber pasado por las fases anteriores, el paciente pasa por una etapa de depresión, de tristeza profunda y todos los sentimientos anteriores pasan a ser sustituidos por una sensación de pérdida, por esto, la cuarta etapa del duelo es llamada “Depresión”. Kübler Ross recomienda que el moribundo viva este sentimiento y aconseja a las personas cercanas a éste, no alentar al enfermo a que vea el lado positivo de la situación, pues eso evitaría que el moribundo pensara en su propia muerte; sería absurdo decirle esto cuando los demás también se ponen tristes al perder a un ser querido. Si se vive esta etapa y se enfrenta el dolor que consigo lleva, al enfermo le será más fácil aceptar la realidad. (Castellanos, 2005)
 5. “La aceptación” (quinta fase), llega cuando todas las demás se han experimentado; el enfermo no se sentirá abatido ni enfadado por su

“destino”. Sin embargo, no significa que aceptación sea sinónimo de felicidad, más bien es como si el dolor no existiera más. En esta etapa es normal que el doliente se sienta débil o cansado y por ello tenga la necesidad de dormir o descansar, aunque de diferente manera que en el proceso de depresión, ahora es con tranquilidad, muy parecido al sueño de un bebé recién nacido. Comienza a sentirse una cierta paz, pudiendo estar bien ya sea solo o acompañado, la vida se va imponiendo. (Castellanos, 2005)

2.4.4 TIPOS DE DUELO Y SUS DETERMINANTES.

Duelo Normal. El duelo es una respuesta normal y natural, la ausencia de respuesta sería lo no natural, cada persona lo experimenta a su modo aunque produce reacciones humanas comunes, necesita de ayuda para soportar el sufrimiento.

El duelo normal nos posibilita la maduración, se adapta a la pérdida y vuelve a vivir de manera sana en un mundo sin el ser querido. Sale fortalecido.

“El duelo es un proceso adaptativo para devolver el equilibrio”. Se pasa por una serie de etapas vistas anteriormente. El duelo finaliza cuando la persona puede hablar del ser querido desaparecido con manifestaciones de aceptación de esa pérdida. (Hernández, s/f)

Duelo Disfuncional O Patológico. Hay personas que parecen no experimentar ningún tipo de duelo. No lloran, evitan cualquier mención y regresan a su vida normal muy rápidamente. Pero otras personas pueden sufrir síntomas físicos extraños o episodios repetidos de depresión.

En el duelo patológico las tareas del proceso no han sido vividas y finalizadas. Se suele caracterizar por una serie de manifestaciones:

- Revivir experiencias pasadas con poca o ninguna reducción de la aflicción.
- Exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas.
- Expresión de sufrimiento o negación de la pérdida.
- Expresión de culpa, cólera, tristeza o llanto.
- Alteración del sueño o de los hábitos alimentarios.
- Ausencia de contactos sociales. (Hernández, s/f)

Duelo Complicado O No Resuelto. Es el que se da cuando se producen alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (manifestaciones excesivas o atípicas, socialmente inaceptado) o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar).

Existen distintos tipos de duelo complicado que pasamos a enumerar a continuación: Duelo ausente o retardado; Duelo inhibido; Duelo prolongado o crónico; Duelo no resuelto; Duelo intensificado; Duelo enmascarado; Reacciones de aniversario anormalmente dolorosas. (Hernández, s/f)

Duelo Psiquiátrico. Se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. Predisposición de las personalidades de tipo narcisista, son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. (Hernández, s/f)

Algunos determinantes que influyen en la elaboración del duelo en caso de muerte son los siguientes:

- el tipo de relación afectiva con el fallecido
- duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir
- grado de parentesco
- carácter de la muerte
- aspecto del cadáver
- grado de dependencia
- sexo del superviviente
- soporte social,
- ideas religiosas o filosóficas o espirituales
- presencia o no de otras experiencias de duelo

A esto habría que añadir el factor cultural y social, que puede hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el ser fallecido. Otro factor a considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un duelo solidario. (Bayés, 2001)

2.5 ENFERMERIA.

Virginia Henderson define a la enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible. (Nuevo Manual De Enfermería, 2009)

La enfermería es una disciplina profesional, que contiene dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal que la lleva a poseer un conocimiento propio que respalda la practica de enfermería. (Benner, 1987).

La enfermería, es una profesión única que se preocupa por todas las variables que afectan a la responsabilidad de los individuos, que son intra, inter, y extra personales por naturaleza. El interés de la enfermería es prevenir la tensión, proteger la estructura básica del paciente y obtener o mantener el nivel de bienestar máximo. La enfermera ayuda al paciente a través de formas de prevención primaria, secundaria y terciaria, a adaptarse a la tensión ambiental y a mantener su estabilidad. (Benner, 1987).

2.5.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA SEGÚN LA OMS.

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. (<http://www.who.int/topics/nursing/es/>)

2.5.2 TEORIA DE ENFERMERIA SELECCIONADA PARA ESTE ESTUDIO.

Virginia Avenel Henderson.

Nació en Kansas City, Missouri el 19 de Marzo de 1897.

- 1918 a la edad de 21 años inicia sus estudios de enfermería en la Escuela de enfermería del ejército en Washington D. C.
- 1921 se gradúa y trabaja como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.
- 1922 inicia su carrera como docente.

- 1926 ingresa al Teachers College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de Licenciada en 1932 y magíster en arte en 1934.
- 1929 ocupa el cargo de Supervisora Pedagógica en la Clínica Strong Memorial Hospital de Rochester de Nueva York.
- 1930 a su regreso al Teachers College es miembro del profesorado y dicta curso sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas en esta Universidad hasta 1948.
- 1948 hasta 1953 realiza la revisión a la quinta edición del Textbook of the Principles and practice of Nursing, de Berta Harmer publicado en 1939.
- 1955 publica la sexta edición de este libro que contenía la Definición de Enfermería de Virginia Henderson.
- 1953 ingresa a la Universidad de Yale donde aportó una valiosa colaboración en la investigación de Enfermería.
- 1959 a 1971 dirige el Proyecto Nursing Studies Index, subvencionado por la Universidad de Yale. Este fue diseñado como un índice de anotaciones en cuatro volúmenes sobre la bibliografía, análisis y literatura histórica de la enfermería desde 1900 hasta 1959.
- 1960 su folleto Basic Principles of Nursing Care para el International Council of Nurse.
- 1953 hasta 1958 trabajo en el Proyecto dirigido por Leo W Simmons, quien edito durante cinco años una Encuesta Nacional sobre la Investigación en Enfermería la cual fue publicada en 1964.
- 1966 publica su obra The Nature of Nursing aquí describe su concepto sobre la función única y primordial de la enfermera.

Durante la década de 1980, permaneció activa como asociada emérita de investigación en la Universidad de Yale.

Recibe nueve títulos doctorales honoríficos de las siguientes Universidades:

- Catholic University.
- Pace University.
- University of Rochester.
- University of Western Ontario.
- Yale University.

- Old Dominion University.
- Boston College.
- Thomas Jefferson University.
- Emery University.

Es honrada con el primer Premio Christiane Reimann, con el Premio Mary Adelaide Nutting de la National League for Nursing de los Estados Unidos, fue elegida miembro honorario de la American Academy of Nursing, de la Association of Integrated and Degree Courses in Nursing, Londres y de la Royal College of Nursing de Inglaterra.

- 1983 recibió el Premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau Internacional por su labor de Liderazgo, uno de los más altos honores de esta sociedad.

La Biblioteca Internacional de Enfermería de la Sigma Theta Tau fue bautizada con el nombre de Virginia Henderson.

- 1978 publica la sexta edición de The Principles of Nursing fue elaborada por Henderson y Gladis Nite, editada por Virginia.
- 1988, en la convención de la American Nurses Association (ANA) recibió una mención de honor especial por sus contribuciones a la investigación, la formación y a la profesionalidad en la enfermería a lo largo de su vida.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996. (Furukawa, 1995)

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y

controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades se denominan por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente. (Henderson, 1966.)

Salud. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente en relación con la satisfacción de las catorce necesidades que da a conocer en su modelo Virginia Henderson. Se entiende que la persona es un todo complejo y que la salud es la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano en toda su complejidad. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. (Henderson, 1978)

Coherentemente con este planteamiento, el concepto de salud va más allá de la clásica definición de la salud como ausencia de enfermedad: la salud es aquel estado que permite a la persona satisfacer sus necesidades de forma independiente. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

Entorno. El entorno integra los factores externos que influyen positiva o negativamente en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona. Existe también una influencia del entorno sobre los factores internos de la persona, en relación con los estrechos lazos entre lo psíquico y lo físico. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

Persona (paciente). La persona es un todo complejo, tanto en situación de salud como de enfermedad, con varias dimensiones: biológica, psicológica y social. Estas partes del ser humano son indisociables, forman un todo y no se

puede tocar una dimensión sin tocar las otras. (Nuevo Manual de Enfermería, 2009)

Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y el alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad. (Henderson, 1978)

Una de sus afirmaciones teóricas es:

La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento. (Henderson, 1978)

“La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte” (Henderson, 1981). Virginia Henderson ya contemplaba los cuidados de Enfermería al paciente que va a morir.

2.5.3 CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Los cuidados consisten en suplir a la persona en situación de salud o enfermedad en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de las necesidades fundamentales que describe Virginia A. Henderson. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

El objetivo de los cuidados de enfermería es, pues, conservar y conducir a la persona hacia la independencia lo mas rápidamente posible, de manera que pueda satisfacer por si misma sus necesidades. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

Aprendiendo a conocer a la persona, la enfermera podrá ayudarla a comprender su estado y los tratamientos que le son prescritos. La enfermera es por un cierto tiempo, la conciencia del inconsciente, el deseo de vivir del que desea suicidarse, el miembro del amputado, los ojos del nuevo ciego, el medio de locomoción del niño, el saber y la confianza de la madre y el interprete de los que no pueden expresarse. (Nuevo Manual De La Enfermería, 2009)

Collière, insigne y reconocida enfermera dice que cuidar es el arte que precede a todos los otros, sin el cual no sería posible existir. Está en el manantial de todos los conocimientos y en la matriz de todas las culturas. Asimismo, está inserto en la textura de la vida cotidiana, este es un arte poco conocido, a la vez que la diversidad de sus efectos esta fuera de toda sospecha. (Nuevo Manual de Enfermería, 2009)

2.5.3.1 ACTITUDES DE LA ENFERMERA ANTE EL PACIENTE TERMINAL.

Las personas, en general, deberíamos ser consciente desde un principio y aceptar como natural el proceso de la vida, el continuum salud-enfermedad, así como, el desarrollo final de esta, que es la muerte, intentando desdramatizar y eliminar tabúes al respecto. Los profesionales de enfermería no sólo tenemos que entender esto y aceptarlo, sino que debemos asumir profesionalmente que al igual que es parte de nuestro trabajo asistir, asesorar y acompañar al nacimiento de la vida, igualmente es en el fin de esta (la muerte). (Cuidados Paliativos, 1993)

- I. En los últimos años se ha investigado mucho en todo lo referente a la muerte y el morir, y se ha tratado de hallar nuevas y mejores formas de asistir a los pacientes terminales, de los cuales se destacan los siguientes:
 - a) El paciente moribundo es con frecuencia un estímulo que despierta aversión en las personas que le rodean y genera respuestas de evitación y huida. (Fulgueira, 1979)
 - b) El trabajo clínico con los pacientes a los que se ha permitido expresar sus sentimientos ha demostrado que:
 - La mayor parte de los pacientes tienen conciencia de cual es su situación, aunque intenten ocultársela, o se niegue esa información.
 - Contrariamente a lo que para muchos cabría esperar, los enfermos encuentran gran alivio y se sienten confortados cuando pueden hablar de sus sentimientos y compartir sus preocupaciones respecto a la muerte. (Fulgueira, 1979)
- II. Sin embargo, otras investigaciones apuntan en el sentido de que las tres actitudes mas frecuentes del personal sanitario son:

- a) Tendencia a evitar que el enfermo se entere de cual es su verdadero estado, o al menos posponer al máximo dar esta información.
- b) Apartarse física o emocionalmente del moribundo, para evitar pensar en la propia muerte y sentir miedo. La muerte del paciente aparece como algo muy desagradable y amenazante. Esta segunda actitud se manifiesta en diversos comportamientos como:
- Retirarse físicamente cuando se cree estar con de un moribundo.
 - Apartar la mirada del paciente terminal.
 - Cambiar de tema o acabar la conversación cuando el paciente comienza a hablar de la muerte.
 - Tardar más en responder a las llamadas de los moribundos que a las de los demás enfermos a su cargo.
 - Llevar a cabo complicadas maniobras en algunos hospitales para ocultar los fallecimientos. (Fulgueira, 1979)
- c) Tendencia a extremar las medidas terapéuticas. Esto se hace abusando de las técnicas cruentas y de medios farmacológicos como si se persiguiera la curación. De esta forma, lo único que se consigue es disminuir la calidad de vida y alargar la agonía de algo que es inevitable. Ejemplos de esta actitud errónea son:
- El abuso de citostáticos (con sus efectos secundarios correspondientes).
 - El uso de técnicas cruentas como drenajes torácicos, gasometrías, etc.
 - Traslados innecesarios por distintas unidades y hospitales, etc. (Van, 1987).
- III. Corregir estas actitudes no es tarea fácil, pero tampoco imposible. Sin pretender justificarlas, podemos decir que los profesionales de Enfermería encuentran muchos obstáculos para corregirlas, tales como:
- Una falta de preparación profesional para hablar y tratar sobre la muerte. (Van, 1987).
 - La dificultad para valorar que pacientes quieren hablar sobre su enfermedad y su muerte y quienes no lo desean. (Dobbs, 1981)

- Dificultad para encontrar vías de comunicación con aquellos que quieren hablar sin implicar a los que prefieren evitar el tema. (Van, 1987).
- Las actitudes de algunos familiares que se ven trastornados por la inminencia de la muerte, y actúan de forma irracional e histérica, alterando aun más al paciente e incluso llegando a comprometer la relación terapéutica establecida entre el paciente y el personal sanitario. Esto le impide al profesional de Enfermería el involucrar a esos familiares en el cuidado del paciente, con lo que la actuación integral se pierde de vista. (Van, 1987).
- La actitud de los médicos: algunos son totalmente partidarios de prolongar la vida mientras sea posible, no aceptando la eutanasia pasiva, la cual esta moral y legalmente permitida; otros creen que, una vez establecida la enfermedad terminal, debería mantenerse al paciente cómodo, sin adoptar “medidas extremas”, para prolongar la vida. Esta segunda actitud es la correcta, pero los profesionales de Enfermería tienen grandes problemas para intentar lo que significa “no adoptar medidas extremas”, ya que parece similar a “no hacer nada”. Esta actitud de “no hacer nada”, preocupa ciertamente a muchos profesionales, pues creen que significa acelerar la muerte; por lo tanto, puede contribuir a la misma al descuidar las cosas necesarias para mantener la vida. De esta forma, existe una oposición a convertirse en un instrumento de la muerte por delegación médica. (Van, 1987).

2.5.4 CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA.

Las enfermeras nos encontramos con el reto de que hablar en la verdad, no significa siquiera hablar “de la verdad”, sino de tener el coraje de dotar de competencia las relaciones sin huir de la verdad del paciente cuando éste manifiesta directa o indirectamente deseos de hablar, al igual que la familia, de su verdad. (Hernández, s/f)

Es muy importante que incorporemos en la prestación de los cuidados, conjuntamente con el resto de cuidados físicos y orgánicos, verdaderas

estrategias de relación de ayuda que desde las actitudes y habilidades para la comunicación garanticemos al paciente y su familia un afrontamiento adecuado de la situación. Con respeto y dignidad y dando sentido a nuestra dura, pero valiosa labor: ayudar a morir, ayudar a despedir. (Hernández, s/f)

Es importante que como enfermeras conozcamos y llevemos a cabo técnicas de manejo de información, técnicas de manejo del silencio y estrategias de afrontamiento ante las reacciones del paciente, la familia y el resto del equipo sanitario. (Hernández, s/f)

La identificación conceptual del profesional de Enfermería es cuidar, los cuidados paliativos nos transmiten el hecho de que el paciente no está pendiente de un diagnóstico, ni precisa remedios curativos para su enfermedad. Por el contrario precisa ser asistido, con el objetivo de mitigar las molestias que pueda causar su enfermedad. La enfermería debe estar cerca, próxima y asequible tanto para el paciente como para su familia, observa situaciones, su atención es continuada junto al paciente y sirve de enlace entre el paciente y otros profesionales. (Hernández, s/f)

Los profesionales de Enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debemos encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar nuestros sentimientos de tensión y cubrir al mismo tiempo las necesidades del paciente con enfermedad terminal. (Berger, 1982).

La participación de la enfermera en el cuidado del paciente terminal consiste en asumir una gran responsabilidad y en muchas ocasiones se requiere de la comprensión absoluta sobre ambos conceptos: paciente terminal y cuidados paliativos, ya que en estos cuidados no solo participamos en el dominio de habilidades técnicas sino en el manejo holístico del paciente y de la familia, es por ello que dentro del ejercicio de esta vocación debemos considerar al hombre en todo su entorno físico, social, cultural, espiritual, emocional, económico, etcétera, lo que obliga a la enfermera al dominio y a la preparación en estas áreas durante su formación. (Castillo, 2010)

Hacer promoción sobre la autonomía y la dignidad del paciente es uno de los roles que debemos de desempeñar en el manejo holístico del paciente terminal y como parte fundamental de los cuidados paliativos, ya que la relación enfermera-paciente alcanza los valores más elevados de la persona. (Castillo, 2010)

2.5.4.1 CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA EN LA AGONIA.

Resulta fundamental en la fase agónica replantearnos los objetivos terapéuticos con el enfermo ya que tratamientos o actitudes previas en esta fase final carecen de sentido y debemos aplicar el sentido común para proporcionarle en este momento únicamente aquellos cuidados que sean imprescindibles para aportarle bienestar y comodidad en las últimas horas o días de vida. Hay que dar prioridad al control de síntomas y al alivio del sufrimiento tanto físico como psicológico y espiritual tanto del enfermo como de su familia. Así se recomienda:

- No tratar la fiebre si no crea problemas.
- Mantener al paciente con higiene adecuada, ventilando la habitación y dando suaves masajes con crema hidratante.
- Si es necesario realizar curas administrar anestésicos previamente y metronidazol si fuera necesario para mitigar el olor.
- Evitar la aparición de escaras protegiendo las zonas de riesgo y manteniendo las sábanas limpias y sin arrugas. Evitar los cambios posturales frecuentes.
- Humedecer la boca y nariz con gasas húmedas y los labios con vaselina.
- Adecuar el tratamiento farmacológico retirando aquellos fármacos que en esta situación resulten prescindibles (anticoagulación, hipolipemiantes, diuréticos)
- Adecuar vías alternativas dando prioridad a vías alternativas como la transdérmica o subcutánea. Prácticamente toda la medicación que va a necesitar el enfermo en esta fase se puede administrar por vía subcutánea. Indicar pautas fijas y ofrecer dosis de rescate en caso de necesidad.

- Anticiparse a problemas graves como hemorragias masivas y prever su tratamiento inmediato.
- Evitar procedimientos diagnósticos e intervenciones innecesarias.
- Adiestrar a la familia en el manejo de cuidados generales como cambios posturales, de ropa, etc.
- Valorar uso de pañales, bacinilla.
- No administrar enemas ya que esta fase el estreñimiento no suele incomodar al enfermo.
- Evitar comentarios inadecuados en presencia del paciente pero asegurar información a la familia y al enfermo si su situación lo permite y aconseja.
- Reforzar el hecho de que la falta de ingesta es consecuencia y no causa de la situación y por ello el enfermo no necesita comer ni beber a menos que el lo desee. Insistir que hagan lo que el enfermo desee. No hay datos de que la alimentación ni la hidratación del enfermo en esta fase final asegurar un mejor control sintomático en los últimos días que es el objetivo de nuestro control. No tiene sentido la hidratación endovenosa ni la nutrición enteral y parenteral que en esta fase proporcionan más incomodidades que beneficios.
- Ofrecer apoyo espiritual y religioso según las creencias que practiquen
- Intentar adelantarnos a síntomas como: Respiración irregular,
- Empeoramiento del dolor o disnea, Dificultad de ingesta, Vómitos, Hemorragias y Convulsiones
- Dar consejos prácticos para el momento en el que llegue la muerte (aviso funeraria, parte de defunción)
- Intentar dar información concreta a la familia sobre la esperanza de vida del paciente. (Irurzun, 2007)

2.5.4.2 SEDACION PALIATIVA.

La sedación paliativa es una maniobra terapéutica muy útil, que será indicada por los profesionales en aquellas situaciones en las que se quiera proteger de un distress (estrés desagradable) que no puede conseguirse sin la disminución del nivel de conciencia. Consiste por lo tanto en la administración deliberada de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir el nivel de

conciencia de un enfermo con enfermedad avanzada y terminal, tanto como sea preciso para aliviar de manera adecuada uno o más síntomas refractarios con su consentimiento implícito, explícito o delegado. (Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. SECPAL. 2004.)

Un síntoma refractario es aquel síntoma intenso y devastador que no responde al tratamiento paliativo habitual en el enfermo en situación paliativa-agónica. Este síntoma, que provoca sufrimiento, persiste después de haber agotado todas las posibilidades razonables de tratamiento adecuado. Hay que diferenciar el concepto de síntoma refractario del de *síntoma difícil* que será aquel que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico como instrumental o psicológico. (Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos. SECPAL. 2004.)

2.5.4.3 CUIDADOS PALIATIVOS PSICOLOGICOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE TERMINAL.

Entre los cuidados psicológicos que se le deben brindar al paciente terminal se encuentra la habilidad de escuchar adecuadamente, esto significa transmitir al paciente que estamos interesados y atentos a lo que nos esta contando, de esta forma la comunicación será mas fácil, para lograrlo debemos estar disponibles para escuchar al paciente.

Cuando escuchamos es importante no olvidar que en la comunicación nuestros gestos y posturas son elementos esenciales. No solo se escucha con los oídos, también se hace con la mirada, las manos, la inclinación del cuerpo, etc. Es por esto que al escuchar al paciente debemos tener en cuenta diversos aspectos:

- Permanecer a poca distancia del enfermo durante la conversación.
- Mirar al enfermo a la cara y a los ojos mientras nos este hablando.
- Realizar movimientos de cabeza para sentir y acompañar la escucha con gestos de manos y brazos entre otros.
- Acompañar con expresiones faciales que reflejen que estamos entendiendo lo que el enfermo esta contando.

Normalmente consideramos que para escuchar tenemos que permanecer callados, sin embargo, para realizar una escucha adecuada, es necesario utilizar pequeñas expresiones verbales que transmitan al enfermo que estamos interesados en lo que nos está contando. Mientras se escucha es importante:

- Utilizar incentivos verbales.
- Realizar pequeños resúmenes de las cosas que ha contado el enfermo, haciendo hincapié en los aspectos más importantes.
- No debe haber distracciones mientras el enfermo esta hablando, solo así no se perderá la información.
- No interrumpirle nunca cuando esté contándonos sus sentimientos.
- No ofrecer soluciones prematuras; cuando el enfermo esta contando algún problema, no interrumpir para decir que se conoce la solución, ya que no es el momento de hacerlo, se debe esperar para oír todo lo que quiera contar y así poder ofrecer la ayuda mas adecuada.
- Identificar el momento en el que el paciente desea que hablemos y terminar con nuestro papel de escucha.

Cuando una persona cuenta una historia u ofrece cualquier tipo de información espera que la persona que le está escuchando comprenda lo que intenta comunicarle. De la misma forma esto también sucede cuando alguien expresa una emoción o un sentimiento.

La empatía es la capacidad de escuchar activamente los sentimientos y emociones de otras personas y entender que puede tener motivos para actuar como actúa o para sentirse como se siente.

Al hacer esto, somos capaces de sentir y compartir las emociones que nuestro interlocutor esta experimentando: tristeza, alegría, entusiasmo, preocupación, etc.

Empatizar es una de las habilidades mas importantes en la comunicación con el enfermo, si escuchamos sus sentimientos, sentirá que alguien se preocupa por él, así se será una persona significativa con la que se facilitará que también preste atención a las cosas positivas que lo rodean. Para esto se debe:

- Observar los gestos, la postura y el tipo de palabras que usa el enfermo, así se podrán utilizar los gestos y palabras similares, lo que facilitara la comunicación entre ambos y la sensación de ser comprendido.
- Utilizar expresiones para indicarle que se le esta entendiendo.
- No emitir juicios sobre el estado de animo que le hagan sentir culpable.
- No se deben olvidar los componentes no verbales, ya que una sonrisa o un gesto puede tener mayor impacto emocional que mil palabras.

El llanto es la manifestación de múltiples sentimientos que van desde la emoción positiva, como la alegría; hasta la emoción negativa, como la tristeza y la desesperanza. En la mayoría de los casos, el llanto es una reacción adecuada ante cualquier situación emocional actuando como “válvula de escape” que permite estar más serenos para afrontar la situación.

Sin embargo, el llanto es frecuentemente asociado a debilidad, a depresión, a inmadurez. Estas consideraciones están muy arraigadas en nuestra cultura que nuestra primera respuesta ante el llanto es evitarlo a toda costa.

Por esto responder a una situación de llanto, sin intentar detenerla, no es fácil; requiere serenidad y poner en marcha las habilidades de escucha y empatía, y sobre todo no intentar detener el llanto cuando ya ha comenzado. Para esto se debe:

- Permanecer al lado del enfermo si el no te pide lo contrario.
- Escuchar todo lo que el enfermo quiera decir.
- Evitar que otros interrumpen el llanto.
- Quedarse lo mas silencioso posible.

Y no se debe:

- Evitar que el enfermo siga llorando.
- Intentar animarle o cambiar el tema.
- Salir del lugar si el enfermo no lo ha pedido.
- Llamar a otras personas si no se ha pedido.

(http://cuidadosenfermedadterminal.blogspot.mx/2008_02_01_archive.html)

2.5.4.4 HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

Hace 60 años atrás, en la ciudad sólo existían 3 parroquias que eran: “San José”: representada por el reverendo P. Edmundo Contreras; “Las Monjas”: por Monseñor Luis G. Laris; “La Merced”: por Monseñor Mariano Cerda.

Estos sacerdotes vivían muy unidos y preocupados por la salud de los pobres que eran atendidos por el hospital General Dr. Miguel Silva, que en ese tiempo carecía de todo y era insuficiente. Tratando de dar solución a este problema surge la idea de hablar con un grupo de médicos de la ciudad para plantearles la problemática existente y tras varias reuniones llegaron al acuerdo de que se construyera un Hospital donde se cobrara muy poco o nada según la condición económica del enfermo.

Esta era la propuesta, pero para llevarla a cabo significaba esfuerzo y cooperación, hicieron saber a los fieles de cada parroquia pidiéndoles que colaboraran con lo que tuvieran ya fuera dinero o material de construcción; así solicitaron a la “Diócesis” la donación del terreno que en ese entonces eran las hortalizas de la casa ubicada en la calle Zaragoza #226 y su petición fue aceptada, Monseñor Edmundo Contreras que en ese momento terminó de restaurar las torres de la Iglesia de “San José” donó todo el material de construcción que le había sobrado y sus colectas; con lo que se pudo construir la planta baja y el primer piso, así como la fachada de la calle Ignacio Zaragoza. Desde este primer momento se puso bajo la advocación y protección de la Virgen de “Nuestra Señora de la Salud” y así recibió el nombre de “Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud” poco a poco se fue haciendo más grande por la demanda del servicio hasta que tomó el nombre de: “Hospital de Nuestra Señora de la Salud”.

El Excmo. Sr. Arzobispo don Luis María Altamirano y Bulnes, queriendo dar conciencia y estabilidad a la obra, le encargo a Monseñor Contreras, formara la Asociación de Beneficencia Privada Dr. Simón W. García. El 24 de Junio de 1947 se reúnen los señores:

- Rafael Ramírez Jones.

- José Lino Cortés.
- Lic. Miguel Estrada Iturbide.
- Luis Tena Veles.
- Lic. Antonio Chávez Camorlinga.
- Lic. Adolfo Sánchez.
- Lic. José Ugarte.
- Lic. Filiberto Torres Caballero.
- Ing. Alfredo Lara Acosta.
- Sr. Rafael Villalobos.
- Sr. Agustín Carrillo.
- Sr. José Laris Rubio.
- Sr. Salvador Garmendia.
- Sr. Manuel Llano Andraca.
- Sr. Rafael Alarcón Navarrete.
- Prof. Fidel León Luviano.

Firmando el acta constitutiva en escritura pública el día 16 de julio de 1947.

El siguiente paso era saber quiénes atenderían a los pacientes y de primera intención se pide a las Madres Josefinas; las cuales no pudieron por falta personal, entonces Monseñor Contreras consulto al Sr. Arzobispo, y este le aconsejo fuera a solicitar Hermanas “Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul” que hacía poco habían llegado a México. De inmediato Sor Mercedes Setmenat acepto el ofrecimiento y mandaron traer de España 10 hermanas para hacerse cargo de la fundación; fue el 22 de abril de 1952 cuando llegaron las hermanas y desde ese momento inician a confeccionar toda la ropa y material de curación y así se inaugura el 8 de diciembre de 1952 el Dr. Juan Alanis asume la dirección del Hospital, la buena voluntad de los sacerdotes, para dar asistencia gratuita totalmente. Era imposible por la gran demanda, se toma la decisión de construir un tercer piso para clínica privada, donde todos los enfermos hospitalizados cubrirían sus cuotas en su totalidad, lo que ayudaría para la atención de salas generales contribuyendo con ello al fin con el que fue construido el hospital.

Años más tarde se construye el Auditorio y sobre esta la capilla quedando terminada e inaugurándose el 15 de agosto de 1959. El señor Don Pablo Díez, dono el elevador lo que vino a facilitar y mejorar gradualmente el trabajo y servicio del hospital.

El segundo Director fue el Dr. Francisco Rivadeneyra Hinojosa, su periodo fue desde 1953 a 1963.

Posteriormente el Dr. Enrique Sotomayor de 1964- 1971 el Dr. Alvarado Torres Valle 1971- 1973. (Manuscrito del Hospital de Nuestra Señora de la Salud)

CAPITULO III.
ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

ALCANCE Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se realizó este estudio con un enfoque cuantitativo hipotético deductivo y con un alcance descriptivo con tendencia predictiva y aplicación transversal para poder describir por qué estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal.

Se tomó como punto de partida las ciencias de la salud y se fue bajando el plano de análisis a través de la medicina, la tanatología, la psicología y la enfermería, hasta llegar a los cuidados paliativos psicológicos que brinda la estudiante de enfermería al paciente terminal.

Con todo lo anterior se construyó la hipótesis desarrollada en el siguiente capítulo, (lo que define la tendencia predictiva del alcance de la investigación), donde se establecen sus variables y dimensiones y con base en éstas se construyeron los cuestionarios que sirven para la descripción de las características concluyentes del sujeto de investigación. La medición y recolección del fenómeno se hizo en una sola aplicación en un momento determinado del tiempo.

Esto es, se partió de lo general a lo particular con una aplicación transversal, y, con base en la hipótesis, mediante la recolección, medición y evaluación de los datos se describe la conclusión de la investigación.

CAPITULO IV.
HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS.

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal porque su nivel de conocimientos respecto a las técnicas para brindar los cuidados paliativos psicológicos está por debajo del 40%.

4.2 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Dependiente: Nivel de conocimientos.

Variable Independiente: Técnicas de Cuidados Paliativos Psicológicos.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

TRANSFORMACION DE LA HIPOTESIS EN INSTRUMENTO DE MEDICION				
VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACION	QUÉ SE VA A MEDIR	NUMERO DE PREGUNTAS QUE PERTENECEN SEGÚN LA VARIABLE
cuidados paliativos	Modo de abordar la enfermedad avanzada incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto en los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicológicos y espirituales	Cuestionario	a quien se va a aplicar: estudiantes de enfermería. Cuidados Paliativos Psicologicos	
cuidados paliativos psicologicos	aquí encontramos la habilidad de escuchar adecuadamente, la necesidad de utilizar expresiones verbales que transmitan al enfermo que estamos interesados en lo que nos esta contando, y la empatia que tengamos con él. Asi como identificar situaciones que le produzcan llanto.	Cuestionario	habilidad de escuchar, necesidad de expresiones verbales, empatia y llanto.	1, 20.
habilidad de escuchar	transmitir al paciente que estamos interesados y atentos a lo que nos esta contando, es importante no olvidar que en la comunicación nuestros gestos y posturas son elementos esenciales. La distancia del enfermo, mirar al enfermo a los ojos, realizar movimientos con la cabeza y gestos que muestren entendimiento,	Cuestionario	La distancia del enfermo, mirar al enfermo a los ojos, realizar movimientos con la cabeza y gestos que muestren entendimiento,	2, 3, 4.
expresiones verbales	transmitir al enfermo que estamos interesados en lo que nos está contando verbalmente. Usar incentivos verbales, resumir las cosas importantes que nos esta contando, no distraer nuestra atencion, no interrumpirlo mientras habla, no ofrecer soluciones antes de que concluya de hablar, identificar el momento en el que debemos hablar.	Cuestionario	Usar incentivos verbales, resumir las cosas importantes que nos esta contando, no distraer nuestra atencion, no interrumpirlo mientras habla, no ofrecer soluciones antes de que concluya de hablar, identificar el momento en el que debemos hablar.	5, 6, 7, 8, 9, 10.
empatia	es la capacidad de escuchar activamente los sentimientos y emociones de otras personas y entender que puede tener motivos para actuar como actúa o para sentirse como se siente. Debemos observar los gestos, la postura y el tipo de palabras que usa el enfermo, realizar expresiones para indicar entendimiento, no emitir juicios sobre su estado de animo, componentes no verbales.	Cuestionario	observar los gestos, la postura y el tipo de palabras que usa el enfermo, realizar expresiones para indicar entendimiento, no emitir juicios sobre su estado de animo, componentes no verbales.	11, 12, 13, 14.
llanto	es una reacción adecuada ante cualquier situación emocional actuando como "válvula de escape" que permite estar más serenos para afrontar la situación, es frecuentemente asociado a debilidad, a depresión, a inmadurez, si tomar en cuenta que no debemos detener el llanto; es así como debemos permanecer junto al enfermo, escucharlo, evitar la intervencion de terceros.	Cuestionario	permanencia junto al enfermo, escucha, evitar la intervencion de terceros.	15, 16, 17, 18, 19.

4.4 CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

1. ¿Usted conoce los cuidados paliativos psicológicos que se deben dar al paciente terminal?
 - a) Si
 - b) No
2. Cuando entabla una conversación con el paciente terminal, usted:
 - a) Mantiene la distancia a la que se encuentra.
 - b) Se encuentra a una distancia mayor a 1m.
 - c) Se acerca al paciente lo más que le sea posible.
3. Cuando el paciente le esta hablando, usted:
 - a) Lo ve a los ojos.
 - b) Evita el contacto cara a cara.
4. ¿Cómo le indica al paciente que está entendiendo lo que él le quiere decir?
 - a) Realiza algún movimiento con la cabeza o brazos.
 - b) Realiza alguna expresión facial.
 - c) Permanece inmóvil y sin expresión.
5. Cuando el paciente le está platicando alguna anécdota, usted:
 - a) Muestra alguna expresión verbal para mostrar que esta atendiendo.
 - b) Permanece callado.
6. Cuando el paciente termina de contarle algo, usted:
 - a) Se retira sin hacer ningún comentario.
 - b) Realiza un resumen de lo que le ha contado el paciente haciendo hincapié en los detalles importantes.
7. Cuando entabla una conversación con el paciente, usted:
 - a) Se mantiene atento a la conversación.
 - b) Se distrae fácilmente.
8. Cuando el paciente esta platicando sobre sus sentimientos, usted:
 - a) Realiza interrupciones continuamente.
 - b) Hace comentarios ocasionalmente.
 - c) Permanece callado y sin interrumpir lo que el paciente le esta contando.
9. Si el paciente está contándole algún problema, usted:

- a) Le ofrece soluciones en el mismo momento.
 - b) Le ofrece alguna solución cuando termina la conversación.
 - c) No le ofrece soluciones.
10. ¿Cómo identifica cuando en la conversación el paciente quiere que usted hable?
- a) Con su expresión facial y su mirada.
 - b) Cuando permanece callado.
 - c) Solo habla cuando el paciente le realiza una pregunta.
11. Cuando está conversando con el paciente, usted:
- a) Observa sus gestos, posturas y tipo de palabras, para después usted utilizar una conducta similar a la de el.
 - b) Usa su propia forma de expresión.
12. ¿Cómo le expresa al paciente que entiende lo que le esta diciendo?
- a) Con expresiones faciales.
 - b) Con expresiones corporales.
 - c) Ambas.
 - d) Ninguna.
13. Cuando el paciente le cuenta algún problema, usted:
- a) Considera no opinar sobre el tema.
 - b) Hace juicios que usted nota hacen sentir mal al paciente.
 - c) Considera que sus aportaciones son positivas.
14. Cuando se presenta alguna charla con un paciente terminal, ¿procura mostrarle una sonrisa?
- a) Si
 - b) No
15. Cuando el paciente esta sensible y muestra llanto, usted:
- a) Permanece con el.
 - b) Lo deja solo para que se desahogue.
16. Aunque el paciente este llorando, usted:
- a) Trata de consolarlo dándole palabras de aliento.
 - b) Solo permanece junto a el y escucha todo lo que quiere decirle sin emitir ningún juicio.
 - c) Permite que una tercera persona trate de calmar su llanto.
17. Cuando usted considera que el llanto del paciente es inconsolable:

- a) Lo deja desahogarse.
 - b) Intenta animarlo y cambiar de tema.
18. Cuando su paciente se encuentra muy emotivo, usted:
- a) Sale del lugar para darle privacidad.
 - b) Permanece junto a el sin decir nada, solo brindándole su compañía.
19. Cuando su paciente esta llorando aun si el no se lo ha pedido, ¿llama a alguna tercera persona o familiar para consolarlo?
- a) Si
 - b) No
20. Usted considera que los conocimientos que tiene sobre los cuidados paliativos que debe brindar al paciente terminal son:
- a) Escasos.
 - b) Regulares.
 - c) Abundantes.

CAPITULO V.
DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Esta investigación es no experimental descriptiva transeccional y el plan de acción del diseño de la investigación esta encaminado a determinar si la hipótesis “Las estudiantes de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud que egresan en el año 2012 no se comprometen con las emociones del paciente terminal porque su nivel de conocimientos respecto a las técnicas para brindar los cuidados paliativos psicológicos está por debajo del 40%” es falsa o verdadera.

Para fines de esta investigación se tomó como población a las estudiantes que están por egresar en el año 2012 de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia y se estableció arbitrariamente el tamaño de la muestra de 30 individuos.

Como instrumento de medición se construyó un cuestionario de 20 preguntas cerradas.

En la operacionalización de la hipótesis se muestra la secuencia de la construcción del cuestionario.

Se realizó la prueba piloto a 5 alumnas que egresan en el 2012 de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud de la ciudad de Morelia.

Para la recolección de datos el cuestionario se aplicó dando como principal indicación que se tomara en cuenta que se trata única y exclusivamente de pacientes en fase terminal, y estando en presencia de las estudiantes encuestadas para aclarar alguna duda sobre las cuestiones a evaluar.

El proceso de construcción del cuestionario, empieza con el establecimiento de la pregunta y el objetivo de investigación, para con base en sus conceptos principales determinar la construcción y estructura del marco teórico, para después dar la respuesta a la pregunta de investigación en forma de hipótesis, mediante la determinación de sus variables y dimensiones para su

operacionalización, asegura que la construcción del instrumento de medición es confiable.

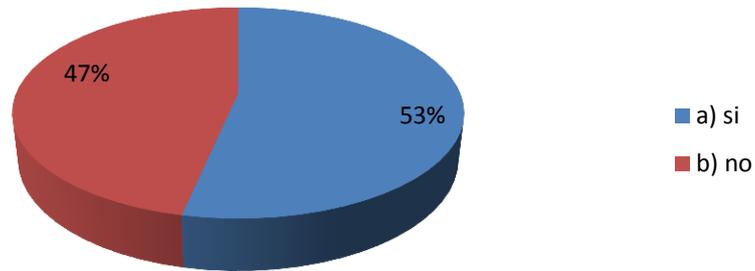
Para ordenar los datos y luego poder analizarlos, los resultados del cuestionario se vaciaron en una base de datos de Excel y se construyeron tablas con matrices de datos y gráficas para su estudio, describiendo las conclusiones por cada pregunta del cuestionario.

Con base en éste análisis de los datos, se construyó el capítulo VI.

CAPITULO VI.
RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS.

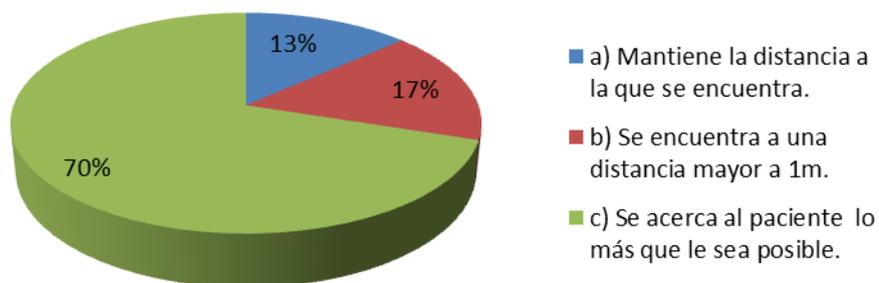
RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE DATOS.

1. ¿Usted conoce los cuidados paliativos psicológicos que se deben dar al paciente terminal?



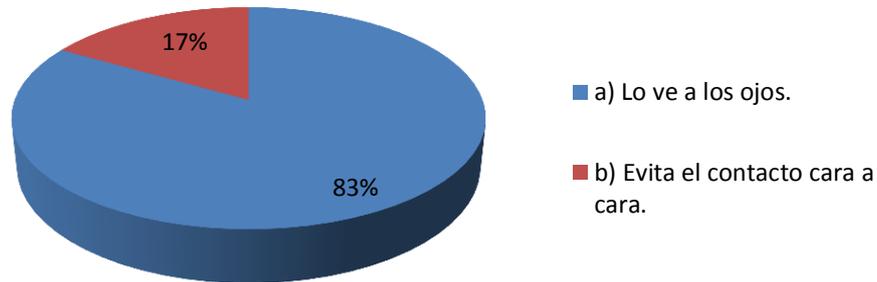
En esta grafica se muestra que el 53% de las estudiantes de enfermería que están por egresar dicen que conocen los cuidados paliativos psicológicos que debe dar al paciente terminal.

2. Cuando entabla una conversación con el paciente terminal, usted:



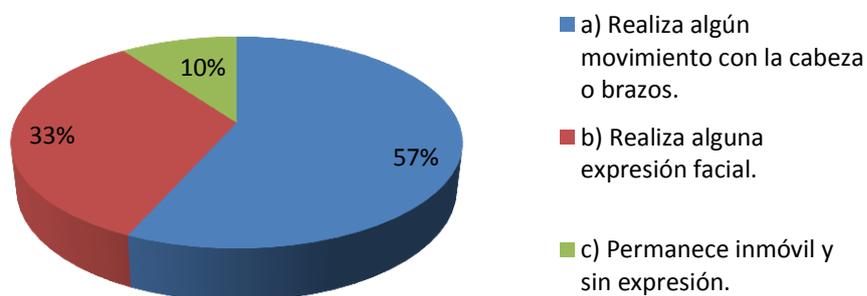
Esta grafica muestra que las estudiantes de enfermería que egresan en el año 2012 saben que deben acercarse al paciente terminal lo más posible para poder entablar una conversación adecuada.

3. Cuando el paciente le esta hablando, usted:



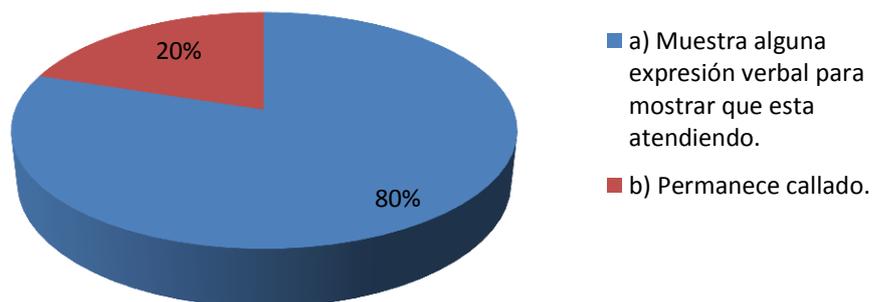
Esta representación grafica muestra con un 83% que la estudiante que va a egresar ve al paciente a los ojos cuando entabla una conversación.

4. ¿Cómo le indica al paciente que está entendiendo lo que él le quiere decir?



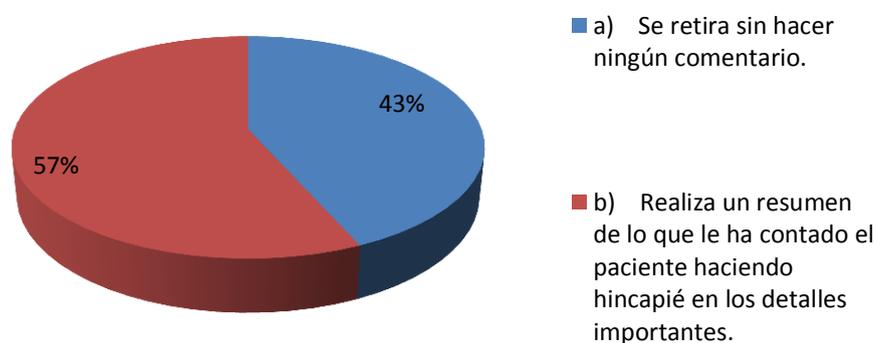
Aquí la estudiante responde que muestra algún movimiento con la cabeza para mostrar que entiende lo que el paciente le esta diciendo con un 57%.

5. Cuando el paciente le está platicando alguna anécdota, usted:



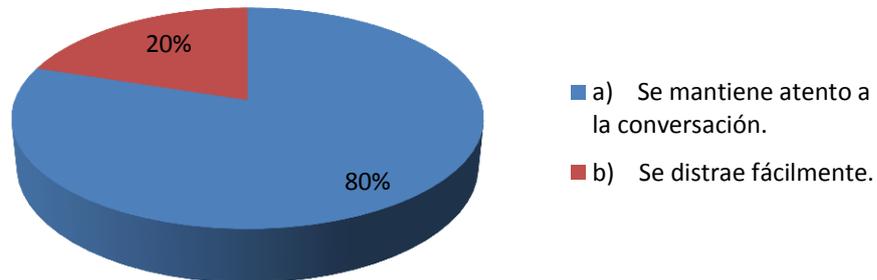
El 80% de las estudiantes coinciden en mostrar algún tipo de expresión verbal al paciente terminal.

6. Cuando el paciente termina de contarle algo, usted:



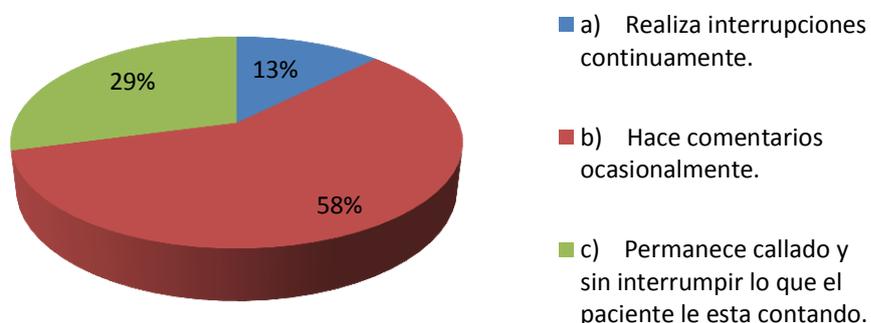
En esta representación grafica la estudiante que va a egresar trata en un 57% de ponerse en el nivel del paciente para que así la conversación fluya de mejor manera.

7. Cuando entabla una conversación con el paciente, usted:



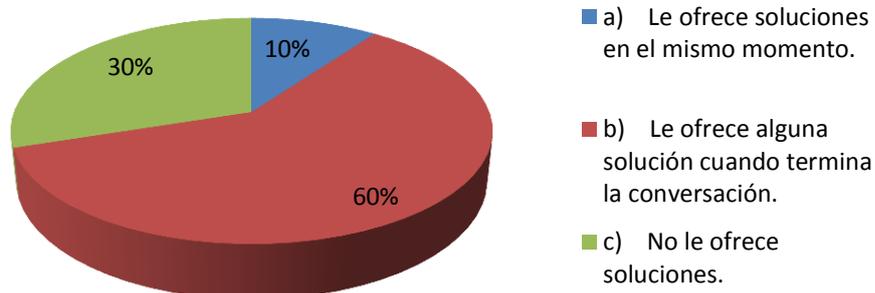
El 80% de las estudiantes se mantienen atentas a la conversación que entablan con el paciente en fase terminal.

8. Cuando el paciente esta platicando sobre sus sentimientos, usted:



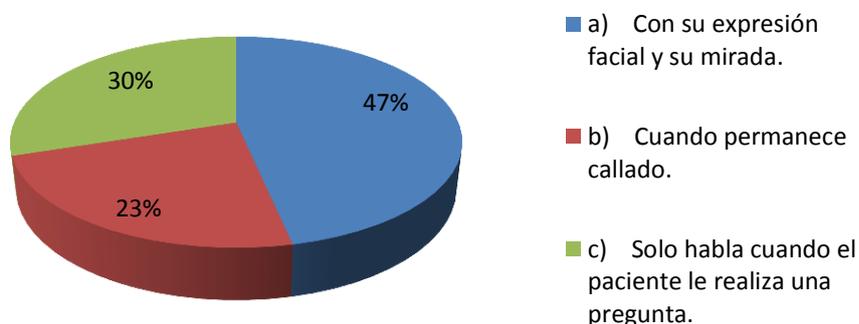
En esta grafica la estudiante debe permanecer en silencio y sin interrumpir al paciente pero por lo contrario el 58% hace comentarios en ocasiones en las cuales no debería hacerlo.

9. Si el paciente está contándole algún problema, usted:



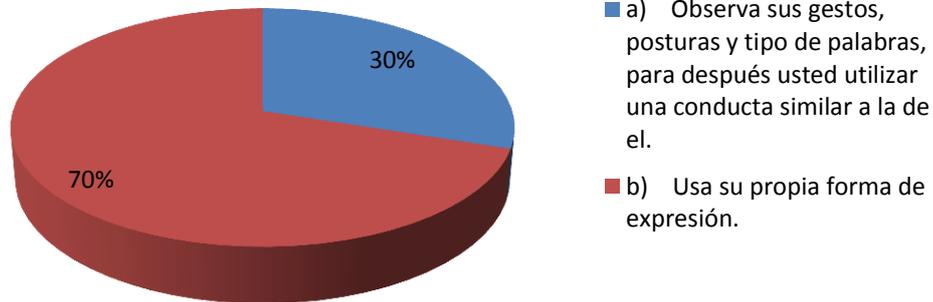
Las estudiantes de enfermería coinciden en que se debe ofrecer solución al término de la conversación en el 60% lo cual es adecuado, ya que de otra manera pueden ofrecerse soluciones erróneas.

10. ¿Cómo identifica cuando en la conversación el paciente quiere que usted hable?



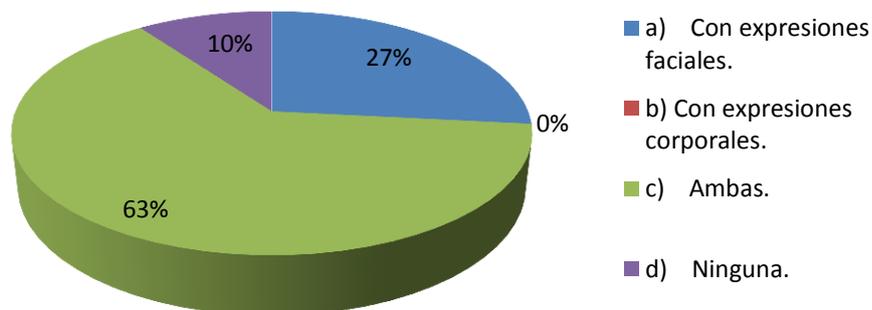
El 47% de las alumnas que están por egresar identifican cuando el paciente quiere que la enfermera hable durante la conversación con la expresión facial y la mirada del paciente.

11. Cuando está conversando con el paciente, usted:



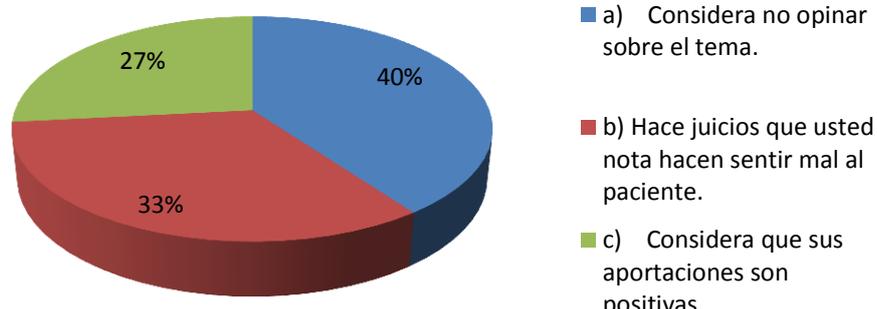
La estudiante de enfermería que esta por egresar debe conocer que para entablar una conversación fructosa con el paciente debe observar sus gestos, posturas y tipo de palabras para después adoptarlas, ya que con el 30% muestran que desconocen este aspecto.

12. ¿Cómo le expresa al paciente que entiende lo que le esta diciendo?



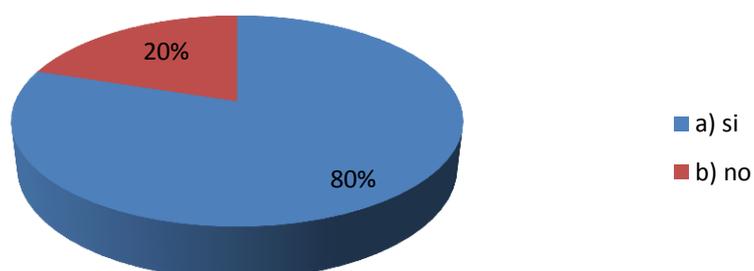
Con el 63% de incidencia la estudiante coincide en que utiliza tanto las expresiones faciales como corporales para mostrarle al paciente que esta entendiendo lo que el paciente le esta diciendo.

13. Cuando el paciente le cuenta algún problema, usted:



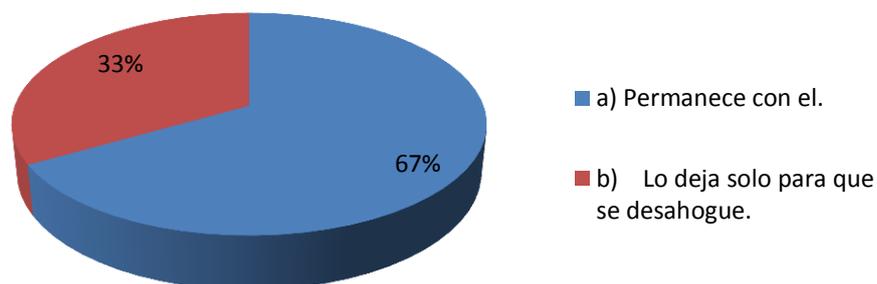
La enfermera debe brindar su atención al paciente terminal aunque no es necesario que haga algún comentario sobre el tema del cual estén conversando y con un 40% las futuras enfermeras muestran que están capacitadas para hacerlo.

14. Cuando se presenta alguna charla con un paciente terminal, ¿procura mostrarle una sonrisa?



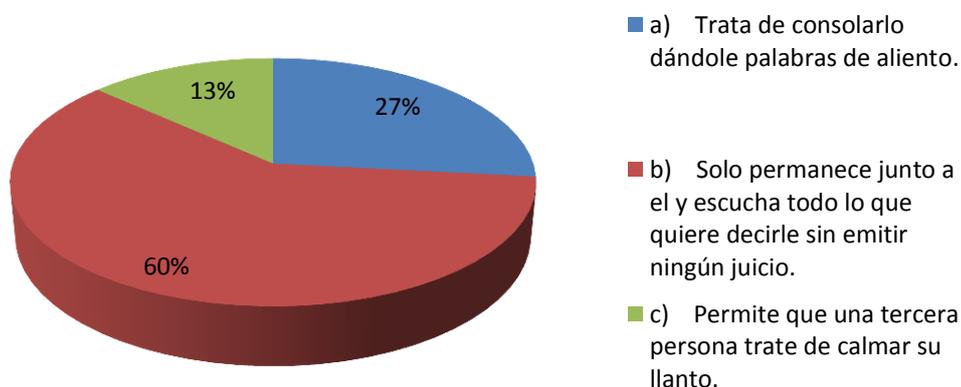
El 80% de las estudiantes de enfermería saben que el mostrarle al paciente en fase terminal una sonrisa puede influir en el estado de ánimo que muestre y por consiguiente en su actitud hacia esta etapa final de su vida.

15. Cuando el paciente esta sensible y muestra llanto, usted:



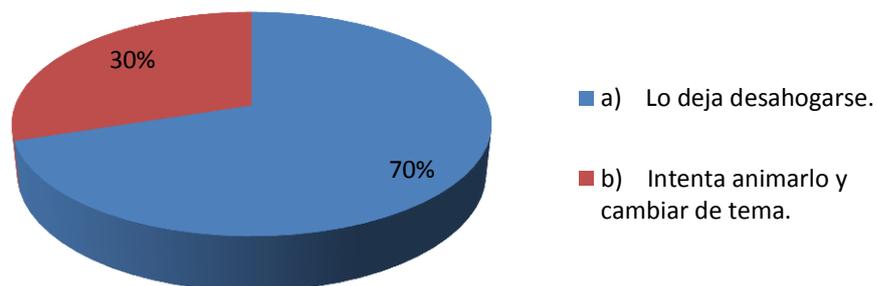
Las estudiantes de enfermería saben que si se deja solo al paciente se puede interpretar como una falta de atención hacia lo que él siente así como una deshumanización es por ello que con un 67% muestran que la permanencia mientras el paciente muestra llanto es lo mejor para su bienestar.

16. Aunque el paciente este llorando, usted:



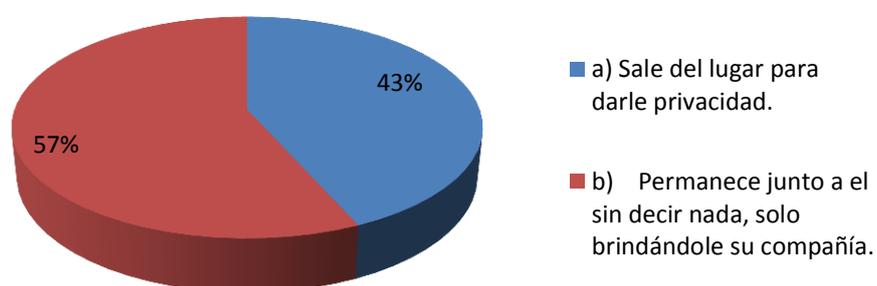
Aquí se muestra como la futura enfermera esta preparada para escuchar al paciente ya que con un 60% muestra que no emitir ningún juicio es lo más viable para consolar al paciente en fase terminal.

17. Cuando usted considera que el llanto del paciente es inconsolable:



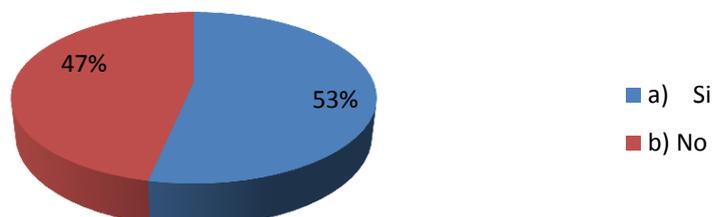
El 70% de las estudiantes por egresar saben que lo mejor para el paciente en esta etapa es desahogar todos sus sentimientos de la manera que ellos consideren prudente que generalmente es el llanto.

18. Cuando su paciente se encuentra muy emotivo, usted:



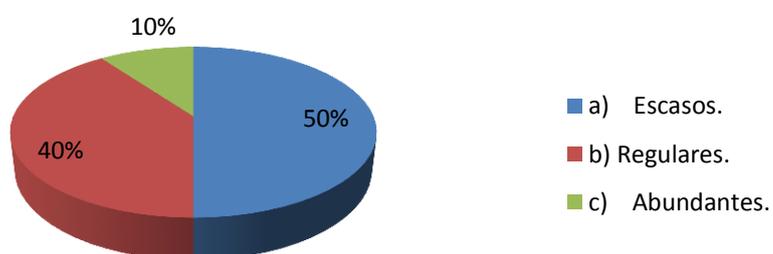
En el 57% de los casos la futura enfermera considera que solo la compañía le hace mucho bien al paciente para que de alguna manera se deshaga de los sentimientos que trae consigo el pensar en una muerte próxima.

19. Cuando su paciente esta llorando aun si el no se lo ha pedido, ¿llama a alguna tercera persona o familiar para consolarlo?



En este aspecto por el contrario la estudiante de enfermería cree que la intervención de un familiar aminorará el llanto del paciente con un 53% de incidencia, pero esto en realidad es índice de que el llanto se agrave.

20. Usted considera que los conocimientos que tiene sobre los cuidados paliativos que debe brindar al paciente terminal son:



Finalmente la estudiante de enfermería considera con un 50% que sus conocimientos respecto a los cuidados paliativos que le debe brindar al paciente son escasos.

CAPITULO VII.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto la estudiante de enfermería como la enfermera egresada deben tener muy en cuenta que la relación que existe con el paciente es independiente de la que el paciente tenga con la familia, es por ello que cuando se vean en una situación en la el paciente rompa en llanto no es aconsejable llamar a un familiar, ya que hay aspectos y temores que el paciente tiene no puede afrontar con su familia por diversas situaciones entre ellas esta el no saber como hablar sobre su próxima ausencia, y así como para el paciente es difícil, para la familia también resulta complicado conversar sobre la futura muerte del familiar.

Es igualmente conveniente que la estudiante y el personal de enfermería tomen una actitud noble que pueda transmitir que se toma un nivel similar al del paciente ya que de esta manera el paciente sentirá mayor confianza para conversar y para llevar de mejor manera su tratamiento porque sentirá que la enfermera es capaz de adoptar su situación y por ende el paciente logra sentirse comprendido.

Principalmente se muestra con el estudio realizado que las estudiantes de enfermería que egresan en el año 2012 cuentan con un conocimiento sobre los cuidados paliativos psicológicos que debe brindar al paciente en fase terminal por encima del 70%.

Si bien es cierto que hay aspectos en los que seria conveniente hacer mayor hincapié, se puede decir que la estudiante se encuentra preparada para afrontar una situación en la que tenga que trabajar con las emociones del paciente en fase terminal.

Por el contrario la estudiante de enfermería cree no saber cuales son los cuidados paliativos que debe brindar al paciente, sin embargo, los aplica en su mayoría, ya que sus actitudes hacia el paciente son lo que muestra que es capaz de atender a una persona en la etapa final de su vida.

Se considera conveniente que se de a conocer entre las alumnas tanto de futuro egreso como las de próximo ingreso a la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud cuales son estos cuidados paliativos

psicológicos que se deben brindar al paciente, ya que la estudiante no sabe que esta aplicándolos.

Seria prudente hacer del conocimiento de las estudiantes que cuentan con una preparación integral para tratar con estos pacientes y que aun que no lo parezca están altamente capacitadas para desempeñar una labor tanto de cuidado como de ayuda al paciente agónico.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. AGRA VARELA YOLANDA, Xavier Badia Llach y Angel Gil Miguel. "Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cáncer". Med. Clin. 1998, 110: 703-708. Indicadores de calidad. SECPAL. Fundación Avedis Donabedian (2003).
2. Ansiedad, Cómo controlarla. Gobierno Vasco. Enero 2002
3. ARIES, P. 1983. "El hombre ante la muerte". Taurus Ediciones, S.A. Madrid, España.
4. BAYÉS, R. 2001. "Psicología del sufrimiento y de la muerte". Barcelona: Martínez Roca.
5. BEKOFF MARC, Navarro Serer, Mariano 2006. "La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir". Información psicológica (88). ISSN 0214-347 X - D.L. V-841-1983. pág. 17
6. BOLADERAS C. M. "Calidad de vida y principios bioéticos". Bioética y Calidad de Vida. Santafé de Bogotá: El Bosque; 2000. P. 21-24.
7. BENÍTEZ DEL ROSARIO M.A. y A. Asensio Fraile. "Fundamentos y objetivos de los Cuidados Paliativos". Atención Primaria. 2002.
8. BENÍTEZ DEL ROSARIO, M.A, Pascual L, y Asensio Fraile A. "La atención a los últimos días". Atención Primaria 2002. 30 (5): 318-322.
9. BENÍTEZ MORENO JOSÉ MANUEL, et al. "Ansiedad". Algoritmos prácticos en salud mental en atención primaria 2: situaciones crónicas. Barcelona 2004.
10. BENNER PATRICIA, "Práctica Progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento profesional" Editorial Grijalbo, Barcelona, 1987.
11. BERGER, M. HORTALA, 1982. "Morir en el hospital". Barcelona.
12. CASTELLANOS. M.D. 2005. "Tanatología y depresión". Mc Graw-Hill. España
13. CASTILLO FERRARI AIDA, 2010 "El cuidado del paciente terminal". Universidad Panamericana.
14. "Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y consumo". Madrid, 1993.

15. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group Psychol Med 1998 May; 28(3):551-8.
16. "Diccionario enciclopédico de ciencias médicas". Ed. Salvat. Barcelona. 1997
17. DOBBS, B. "La enfermera ante la muerte". Revista Rol de Enfermería, 1981; 32: 43-49.
18. FULGUEIRA, S. JOVER. "Algunas consideraciones psicológicas sobre la muerte y el morir". Revista Rol de Enfermería, 1979; 12: 37-45.
19. FURUKAWA, C.Y. Howe, J.K 1995 "Virginia Henderson in Nursing Theories Practice Group".
20. GARCÍA V. 2004 "Origen y evolución de la clínica del dolor." Guía diagnóstica y terapéutica Intersistemas. Kassian A Algologia. México.
21. GÓMEZ SANCHO MARCOS. "Cuidados Paliativos: Atención Integral a enfermos y familias". Canarias. ICEPSS editores. Marzo 1998. Pags 147-168.
22. GÓMEZ SANCHO, M. 2004. "La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto". Madrid: Arán ediciones.
23. GONZÁLEZ BARÓN M, Gómez Raposo C, y Vilches Aguirre Y. "Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación". Medicina clínica (Barc) 2006; 127 (11): 421-8.
24. Guías clínicas SECPAL. www.secpal.com Pags 4-7
25. HENDERSON, V.A. 1964 the Nature of Nursing American Journal of Nursing. Pag 63, 64, 68.
26. HENDERSON, V.A. 1966 and Overview of Nursing Research. Nursing Research October. Pag 10, 11, 16.
27. HENDERSON, V.A. 1978 the concepts of Nursing Journal of Advanced Nursing, Marzo Pag 24.
28. HERNÁNDEZ N. ANIORTE, 2011 "Experiencia en el cuidado a un paciente próximo a la muerte".
29. (http://cuidadosenfermedadterminal.blogspot.mx/2008_02_01_archive.html)

30. <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
31. IRURZUN ZUAZÁBAL JOSU, 2007. "Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal" pags 10-12
32. LASSAUNIÈRE JEAN MICHEL. "Guía práctica de Cuidados Paliativos". Aspectos médicos. Ediciones médicas. S.L. Paris 2000 Pags 11-15.
33. LEO MATOS. Orientación Psicológica Integral. Psicología de la Muerte.
34. LÍAN E. 2000 "Historia de la medicina moderna y contemporánea". Prensa Científico Médica. Barcelona.
35. "Los últimos días: atención a la agonía". Guía de Cuidado Paliativos. SECPAL. www.secpal.com Pags 40-42.
36. MORRIS CHARLES, 1997. "Introducción a la Psicología" Novena edición. Prentice Hall.
37. NAVARRO SANZ J.R "Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: concepto y factores pronósticos". SECPAL Pags 1-2 www.secpal.com.
38. NAVARRO SERER, M. 2006. "La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir". *Información Psicológica*, (88). ISSN 0214-347 X - D.L. V-841-1983.
39. Nuevo Manual De Enfermería. OCEANO/CENTRUM, 2009.
40. PAUL GLARE, MD. "Clinical Predictors of survival in advanced Cancer". The Journal of Supportive Oncology. Volume 3, number 5. September-october 2005. 331-339.
41. ROBERTS JOANNE. "Guía de criterios de calidad en Cuidados Paliativos". Ministerio de Sanidad y Consumo. SECPAL. Fundación Avedis Donabedian 2002. Describing the road to death. BMJ 2005; 331; 364-365.
42. TORO R. et al. "Fundamentos de medicina: Psiquiatría". Corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia. 1998.
43. VAN MC. RW. "Paciente terminal y muerte". Barcelona: Doyma, 1987.