

2011

Fil: Gómez Salvatierra, Cintia Solange. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Departamento de Enfermería; Argentina

Relación entre el grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte y la calidad de atención brindada al paciente moribundo internado y a su familia en el Hospital interzonal General de Agudos, Mar del Plata, 2011

Gómez Salvatierra, Cintia Solange

Gómez Salvatierra, Cintia Solange

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/302>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Licenciatura en Enfermería



TALLER DE TRABAJO FINAL

Docente: Lic. Laura Celaya

Autor: Gómez Salvatierra, Cintia Solange

Mar del Plata, 15 de diciembre de 2011

“ Relación entre el grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte y la calidad de atención brindada al paciente moribundo internado y a su familia en el Hospital Interzonal General de Agudos, Mar del Plata, 2011”

Agradecimientos:

Elegí estudiar enfermería sin saber todo lo que el futuro me tenía prometido.

Gracias a mi profesión he descubierto lo valioso que es la vida, lo gratificante que es ayudar a otra persona que de mí depende, su satisfacción física y mental.

Agradezco al cuerpo docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Mar del Plata por haberme formado e instruido.

A todos aquellos seres queridos, amigos, colegas, a los que de una u otra forma brindaron su tiempo, conocimientos y apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que voluntariamente aceptaron participar en el estudio de esta investigación.

A las autoridades y al personal profesional de enfermería y colaboradores del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Allende", por facilitarme la realización de este trabajo.

Por último, y más importante, le agradezco a mi hijo Randall por iluminar ~~mi~~ camino cada mañana y porque el sonido de su voz abriga mi espíritu.

Índice:

TITULO	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INCIDE.....	4
CAPÍTULO I	5-- 9
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y FUNDAMENTACIÓN	
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	
CAPÍTULO II	10-- 23
MARCO CONCEPTUAL	
EL PAPEL DE ENFERMERÍA.....	24--37
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS- RESEÑA	38
"OSCAR ALLENDE"	
CAPÍTULO III	39
DISEÑO METODOLÓGICO.....	40- 48
ESQUEMA DE VARIABLES	49- 55
ENCUESTA	56- 64
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2009- 2011	66
CAPÍTULO IV	68- 74
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	
ANEXOS	75
ANEXO I: AUTORIZACION INSTITUCIONAL	
ANEXO II: ANTECEDENTES DEL TEMA- FOTOS	
ANEXO III: LOS DERECHOS DEL MORIBUNDO	
CONCLUSIONES	80-81
BIBLIOGRAFÍA.....	82-83

CAPÍTULO I

A. Introducción al problema:

El presente trabajo de investigación está dirigido al estudio del grado de conocimiento enfermero en relación al proceso de la muerte, que posee el personal de enfermería transcribiéndolo en la calidad de atención brindada al paciente moribundo hospitalizado y a su familia.

El trabajo no se limita a ninguna enfermedad en particular, sino al proceso asistencial del paciente moribundo.

Para poder estudiar la complejidad del ser humano y para la comprensión de la experiencia, colectando y analizando materiales narrativos, subjetivos, información abundante y a profundidad, se destaca en este trabajo la investigación cuantitativa descriptiva para poder profundizar en el conocimiento, destacando al método inductivo. Con la consolidación del paradigma hermenéutico y socio crítico que constituyen los soportes científicos que mejor se advienen a las necesidades del objeto de estudio de la Enfermería, los cuidados enfermeros.

En las salas de internación del Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) "Oscar Alende", en la ciudad de Mar del Plata, nos encontramos con enfermeros /as que trabajan en el área de hospitalización con personas adultas en estado crítico, donde la salud se ve muy deteriorada, debido a enfermedades graves de reciente diagnóstico y aquellas de larga duración, donde su cronicidad comienzan a mostrar secuelas y generan descompensaciones agudas.

Día a día se observa el alto índice de re internaciones por exacerbaciones patológicas y hace que aumente el número de pacientes internados que se encuentran en cama por largos períodos con pronóstico de poca supervivencia.

Ellos requieren de aseo diario en cama, asistencia alimentaria, rotaciones regulares, administración de medicación reglada por horarios, aspiraciones endotraqueales si es que están inconscientes y en asistencia respiratoria mecánica (A.R.M), controles habituales de signos vitales más de una vez por turno, abrigo y contención espiritual.

Ellos son pacientes moribundos que requieren de asistencia del personal de enfermería durante las 24 horas.

Quienes tienen la responsabilidad de cuidar al paciente en esta fase, en general carecen de la formación apropiada para hacerlo.

Afirmación de un supervisor enfermero anónimo dirigido a un enfermero terapeuta: *"Si no se aprende a sobrellevarla y por lo tanto a aceptarla, morirá en cada uno de sus pacientes, distorsionándose con el tiempo su relación"*

*terapéutica por la culpa, el fracaso y el dolor. Esto permitirá una actitud humanitaria, asumiendo la responsabilidad de acompañar a su paciente moribundo”.*¹

La capacitación del enfermero en temas como la muerte y el proceso del buen morir ayudan tanto a la persona que deja de vivir, al enfermero que asiste y la calidad de la atención brindada, como a los familiares que acompañan a su ser querido en dicha etapa.

La muerte produce una cantidad enorme de enfado en todos los implicados. El enfermero sentiría la pérdida por haber asistido activamente a dicha persona, los familiares sentirán el dolor de la pérdida como una herida actual que deberán poder superar, pero el moribundo atraviesa un momento desconocido que debe saber transitar.

Apenas será necesario señalar la importancia que la educación general sobre la muerte tendría en el contexto de las relaciones enfermero- paciente, para procurar una muerte definida, comunicada y apropiada.

Es de gran consideración poder establecer el desenvolvimiento de esta temática con el fin de prestar un servicio eficiente y mejorar el desempeño enfermero, ampliar el conocimiento del profesional de enfermería para brindar cuidados paliativos aceptando lo que el Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) afirma diciendo que los enfermeros son los miembros claves de los equipos multidisciplinarios que prestan cuidados a los pacientes moribundos y a sus familiares.

¹ MINGORANCE, M.A. “En temas de bioética”. España. Nuestra Cultura. 1996. Página 53.

Formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre el grado de conocimiento sobre el proceso de la muerte y la calidad de cuidado enfermero brindado a los pacientes moribundos internados en el Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", Mar del Plata, 2011?

Fundamentación:

Los enfermeros deben tener presente los conocimientos inherentes a la atención de los pacientes moribundos, agregándole a lo mencionado las capacidades y cualidades para el trabajo ante el proceso de la muerte en una triada constituida entre el paciente moribundo, su familia y el enfermero.

La función de los enfermeros es prestar cuidados a los pacientes moribundos, incorporando a esta función primordial la posibilidad de que los pacientes puedan expresar su rabia, llorar y lamentarse, concluir con sus asuntos pendientes, hablar de sus temores.

En la calidad de cuidados brindados intervienen en este trabajo tres dimensiones fundamentales en relación a roles que ejercen los profesionales de enfermería, los cuales son: el rol moral, comprendido por los conocimientos deontológicos para el ejercicio de la profesión; el rol técnico comprendido por todos aquellos procedimientos en relación al cuidado directo sobre el cuerpo del paciente; y el rol propio, que es generador de acciones que son en particular específicas de cada uno de los enfermeros.

La calidad de cuidados será evaluado como resultado de la percepción que los enfermeros tengan sobre el servicio que brindan. Debe comprenderse que la calidad es un derecho que debe ser garantizado.

Mediante los elementos y conceptos presentados, este trabajo intenta acercarse a determinar los conocimientos existentes para el cuidado integral de los pacientes moribundos como así también establecer cómo perciben los enfermeros la calidad de los cuidados que brindan.

Objetivo general:

- Conocer la relación entre el grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte y la percepción de la calidad de cuidado brindado al paciente moribundo y su familia en el Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", Ciudad de Mar del Plata, durante el mes de Julio a Diciembre de 2011.

Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos que los enfermeros poseen en relación al proceso de la muerte, comprendido en el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.).
- relacionar los conocimientos que los enfermeros poseen en relación al rol moral, rol técnico y el rol propio en la administración de los cuidados paliativos.
- Identificar la percepción que los enfermeros tienen en relación a la calidad de los cuidados que brindan a los pacientes moribundos y sus familiares.

CAPÍTULO II

B. Marco Conceptual:

La muerte, no hay duda, es uno de los horizontes en la relación con el enfermo terminal, algo que como simple posibilidad o como desenlace inexorable una y otra vez aparece en los ojos del profesional de Enfermería.

La muerte, claramente, puede ser definida como la detención de las funciones orgánicas. La muerte se ha convertido en un estado fisiológico. Aquella que involucra muerte cerebral, siendo irreversible, es denominada muerte clínica. Se valora en esta instancia arreflexia total, hipotermia progresiva, apnea definida, midriasis bilateral, ausencia de respuesta a los cardioestimuladores.

La pérdida total de la vida, la muerte biológica, o muerte a secas es la cesación definitiva, por paulatina extinción senil, por enfermedad intercurrente o como consecuencia de una acción exterior violenta. La muerte biológica es la pérdida total de las funciones vitales, tales como la respiración, la circulación, las neurológicas, el procesamiento químico o metabolismo, entre otros, en donde ya no es posible la vida orgánica del individuo en su conjunto.

La Sociedad de Tanatología de lengua francesa, creada en 1996, afirmó en el comienzo de su primer manifiesto: "*la muerte es la certidumbre suprema de la biología (...). La muerte en si misma tiene un carácter intemporal y metafísico, pero deja siempre un cadáver actual y real*".²

La Tanatología es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte de los seres humanos, aplicando el método científico. De esta disciplina se desprenden algunas cuestiones que suceden en torno a la muerte como lo son la atención al sufrimiento psicológico, la atención a las relaciones conflictivas del enfermo, la atención al dolor físico, la atención al sufrimiento

² LOUIS VINCENT THOMAS. "Antropología de la muerte. Muerte física y muerte biológica". Editorial, Fondo de Cultura Económica. México. 1975. Página 33

espiritual, la atención a las últimas voluntades y la atención a los aspectos legales.

En la Biotanatología como discurso biológico sobre la muerte, se aprende que la vida es infinita. Se prolonga en múltiples formas y pasa a través de los seres vivos como una corriente cósmica. La muerte no es un accidente. La vida es muerte, afirmaba Claude Bernard.³ La vida es el conjunto de procesos que resisten a la muerte decía Bichat.⁴

En las afirmaciones biotanatólicas hay un mismo horizonte: la muerte pertenece al orden de lo natural. La vida, es algo, es una cierta organización que cambiará en algún momento. El cambio de esa organización lleva a una arquitectura distinta de los elementos, que se identifica como muerte.

Según se presenta la muerte; ésta es solo un pasaje de una cierta potencialidad a una cierta actualización, pasaje inmanente a la naturaleza misma de la energía, por lo tanto de toda cosa, sin que jamás se pueda cumplir por entero.⁵

De esta manera "MORIR" significa acabar la actividad vital de cada organismo, terminar del todo cualquier cosa; cesar algo en su curso. El concepto de muerte se refiere a la cesación de la vida y la separación del cuerpo y de la energía (a quienes se lo atribuyen al alma).

El morir presenta diferentes modalidades, donde participan criterios empíricos, jurídicos, morales o religiosos.

La muerte, desde el punto de vista científico, no es un acto, " se murió", sino que es un proceso, que en cierta medida comienza con el nacimiento. Bichat había subrayado ya en 1802 que el hombre "muere de a poco", que en el transcurso de la vejez, sus "sentidos se cierran sucesivamente", sus funciones se reducen, sus fuerzas disminuyen, su imaginación se anula, al punto de hacer precaria toda esperanza de creatividad.

La muerte es en esencia la inexistencia del proceso homeostático, por ende el fin de la vida, dada la degradación de ácido desoxirribonucleico (ADN), no hay replica celular o es muy costosa.

³ CLAUDE BERNARD. (1813- 1878), fundador de la medicina científica y de la ciencia fisiológica. Puso los cimientos para la investigación empírica en medicina.

⁴ BICHAT A. (1771-1802), brillante anatomista e histórico francés.

⁵ LOUIS VINCENT THOMAS. Op cit. Página 21

La medicina aporta una definición técnica sobre muerte, y la define como el fenómeno que se desarrolla de manera individual en el ser vivo y que conduce a la cesación de la vida, considerando como vida al conjunto de procesos biológicos, que se mantienen en equilibrio constante. La muerte según sea la naturaleza y la intensidad de la causa que la provoca tiene una duración distinta y ésta va rompiendo el equilibrio integrado del organismo.

De esta manera, M. D'halluin distingue tres estadios fundamentales en la invasión de la muerte. La *muerte aparente* con disminución de manifestaciones vitales. Por ejemplo, un síncope prolongado, un coma con pérdida de conocimiento, resolución muscular, detención respiratoria, actividades cardíacas y circulatoria débiles y a veces difíciles de poner en evidencia.

Luego viene la *muerte relativa o muerte clínica* con suspensión completa y prolongada de la circulación, ningún despertar espontáneo es posible; el pronóstico es fatal y ya no hay que temer la inhumación. Prácticamente, se tiene el derecho de decir que el sujeto está muerto.

La muerte relativa deja lugar a la *muerte individual o muerte absoluta*, en la que la alteración de un gran número de tejidos y de órganos vuelve imposible la restauración de las funciones vitales. La muerte total es aquella en la que ya no hay ninguna célula viva y en la ruta de la muerte, el proceso se continúa en la descomposición del cadáver. Por lo demás, puede haber coexistencia de éstas etapas diferentes en diversos puntos del cuerpo; ciertas células pueden estar muertas en tanto que otras se hallan en vida latente, reanimables, algunas incluso pueden estar descomponiéndose, ya mientras que otras permanecen vivas en el cuerpo.

Sin embargo, Gisbert Catabuig⁶ habla de las siguientes fases:

Primer fase: MUERTE APARENTE. Desaparecen aparentemente los fenómenos vitales, latidos, respiración, tensión, hasta estar inconsciente, ya que el sistema nervioso tiene disminución de reflejos.

Segunda fase: MUERTE RELATIVA. Prolongación de la agonía. Suspensión de funciones circulatorias, respiratorias, etc.

⁶ GISBERT CATABUIG, A. Catedrático de Medicina Legal y Toxicología (1960- 1987)- Vicedecano de la Facultad de Medicina de Granada (1972- 1973)- Vicerrector de la Universidad de Valencia (1973- 1976). Nacido en Valencia en 1922. Se destacó en su actividad médico- forense

Tercer fase: MUERTE INTERMEDIA. Extinción progresiva e irreversible de la actividad biológica de distintos órganos.

Cuarta fase: MUERTE ABSOLUTA. Desaparición total de actividad biológica.

En resumen, la muerte es dada por el cese de tres funciones vitales: respiratoria, cardiocirculatoria y neurológica. Aunque sólo el cese de la función cardiocirculatoria induce a presumir el resto, dado que la interrupción del flujo sanguíneo con el suministro de oxígeno da a la destrucción de los centros nerviosos.

Por lo expuesto es que el fallecimiento de una persona se constata por:

- Ausencia irreversible de respuesta cerebral (pérdida de conciencia).
- Ausencia de respiración espontánea.
- Ausencia de reflejos encefálicos de pupilas fijas no reactivas.
- Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos (electroencefalograma).
- La hora de fallecimiento será aquella en que por primera vez se constataron los signos.⁷

La muerte real padecida, individual e individualizadora, imaginaria pues, ella versa sobre la apariencia; por el contrario, la muerte simbólica es colectiva y comunicadora.

De esta manera la muerte le da un sentido a la vida de las personas, como hacía mención Freud, “si quieres soportar la vida, debes estar dispuesto a aceptar la muerte”.

Cabe destacar entre las concepciones propuestas, enunciar la dicotomía entre buena y mala muerte. La buena muerte es la que cumple las normas previstas por la tradición, aquella que se condiciona en un lugar (morir en el poblado); condicionada por el tiempo (morir cuando se está colmado de años, se ha cumplido su misión) y la forma de morir se presenta sin sufrimiento, sin accidente ni enfermedad, en paz, sin resentimiento ni rencor. En cambio, la mala muerte, esencialmente anónima, dispensadora de impureza y de desorden, se muere fulminado, ahogado, una muerte horrible o insólita, anormal, aislada.

⁷ CÓDIGO CIVIL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA y Legislación Complementaria. Sección del fin de la existencia de las personas. Buenos Aires. Actualizado por Borda Alejandro.1996. Editorial La Ley. Artículo 103. Página 17

En la actualidad, ha cambiado aquello que puede llamarse la mejor manera de morir. *Un bel morir tutta la vita onora*. Hoy la mejor muerte es sin duda la muerte súbita, aquella que nos sorprende inconscientes o desapercibidos.⁸

Para clarificar los conceptos mencionados, parecería que para apreciar el valor del morir (deontotanatología: reflexión valorica de la muerte), debe tomarse en cuenta la manera de vivir.

El lenguaje de la muerte conduce también al problema del sentido. El hombre siempre ha tratado de explicar la muerte, o al menos de ver si podía justificarla. Es así que el hombre tiene la seguridad de que va a morir, pero sobre todo la ilusión de saber por qué debe morir. Numerosos pensadores se niegan a ver buenas razones en las razones invocadas para justificar la muerte. Se dice que la muerte, como la vida, es absurda, pero más la muerte que la vida, puesto que de un modo arbitrario ella hace imposible la consumación, y visto así, al finalizar todo, uno se muere.⁹

¿En qué consiste el trance de morir?

La respuesta debe tener dos partes, estrechamente conexas entre sí, ese trance consiste en lo se ve cuando se observa el organismo agonizante y en lo que en el interior de ese organismo realmente acontece.

Una de las características de la muerte sin agonía perceptible, es la que en los últimos momentos de lucidez, el difunto parece sumirse en un estado de somnolencia, luego de lo cual reposa definitivamente, sin que su rostro presente, ningún gesto que sea signo de dolor.

Nadie tiene experiencia de su propia muerte en forma directa. El diagnóstico terminal significa que ya no quedan recursos posibles en la actualidad para devolver al paciente a la salud y que lo único que resta es acompañarlo a morir.

⁸ VIDAL, H. - SANTIDRIAN, P. "Érica personal". La muerte y el morir. Madrid. Palutinas. 1980. Página 98

⁹ ENTRALGO PEDRO LAIN. Antropología médica. Mallorca, Barcelona. España. Editorial Salvat. 1986. Página 467.

Al llegar a esta fase de la enfermedad el paciente “necesita” morir, plantea Dopaso,¹⁰ en esa instancia morir deviene una necesidad en los niveles físico, mental, emocional y espiritual.

María de Hennezel (psicóloga y enfermera) en 1995 plantea: “Si no hay nada que hacer en el aspecto médico significa eso que... ¿ ya no se puede hacer nada por los moribundos?. La antesala de la muerte genera sufrimiento, los otros (parientes y amigos) acompañan como mejor pueden al amenazado que yace en su estado de pre- muerte.

Se llama, “moribundo”, al hombre que está muriendo o se halla muy próximo a morir, aquel en el cual, según lo que en él vemos y de él sabemos, va a cumplirse muy pronto la universal e inexorable certidumbre a la muerte.

Según Alizade¹¹, el moribundo habita su tiempo de morir y ejerce la pulsión de vida hasta casi el último momento. El tiempo de estar muriendo permite que se lleve a cabo cierta elaboración del duelo, de perder la vida y que penetre en el alma el sentimiento de aceptación de la finitud.

“En el advenimiento de una buena muerte, la aventura de morir se convierte en un acontecimiento interesante, inédito e importante por el mero hecho de su carácter relevante, irreversible”¹²

Puede advertirse una fase donde el moribundo descubre hasta qué punto fue o no él mismo, se denomina **fase de la caída de la máscara**, donde el individuo desprende su máscara heroica y por primera vez, se observa a sí mismo, desnudo de conceptos, sin mentiras dialécticas, ni ruidos externos que apaguen la auténtica voz de su conciencia.

Inconscientemente, se esperan otros deberes del moribundo, mantener buen ánimo, no ser demasiado exigente, desear vivir tanto como se pueda. En

¹⁰ DOPASO HUGO. Nació en Buenos Aires en 1935. En 1960, teniendo veinticinco años de edad, egresa de la Escuela de medicina de la Universidad de Buenos Aires con el título de Médico. Dopaso acompañó a morir a su madre, a su tía y a su padre

¹¹ ALIZADE, A.M. “Clínica con la muerte”. 1995. Página 209.

Alizade A. Mariam es médica, psicoanalista y escritora. Los ejes centrales de su interés ha sido la femineidad, la muerte, y la teoría de la técnica psicoanalítica. Algunos títulos: “La sensualidad femenina (1992), “Clínica con la muerte” (1995), “tiempo de mujeres” (1997), “la mujer sola: ensayo sobre muerte” (2002) y “la foto. Fragmentos de familia” (narrativa, 2009).

¹² MIRAS, M. S.- FORZO, M. A. “Abordaje terapéutico a enfermos terminales”. Ciencias de la Salud. UNMDP. Página 7

tal sentido, el personal enfermero percibe una buena y una mala muerte, según el cumplimiento de estos implícitos deberes.

El enfermo terminal, "el moribundo" se lo considera una unidad junto a su familia y a sus allegados. Estos son los elementos principales de apoyo y manejo en la relación enfermero- paciente. La familia es un marco de contención útil, proporcionando alivio físico como psíquico.

El paciente moribundo necesita la visita de sus seres queridos. Aunque en ocasiones deben ser limitadas, deben ser los más cercanos posibles. Los allegados del paciente no se agotan tanto física y emocionalmente si pueden participar de alguna forma en su cuidado.

Muere un solo ser, y la solidaridad de todos los vivientes se siente reforzada.

Muchas veces el deseo inconsciente de la familia es que se formule el diagnóstico. Dejar explícita la situación del mal pronóstico y poder comprender el proceso de muerte. A menudo los familiares más próximos solicitan que se oculte la verdad. " y a partir de entonces, el enfermo se ve privado de su libertad de autonomía, y a menudo también de una parte de sus medios de lucha, porque permanecerá irresoluto, más vulnerable a los efectos secundarios de los tratamientos cuyos motivos desconoce, como así tampoco sus posibilidades". (Lucián Isabel. 1983).

Una de las acciones favorables para la familia son los cuidados compartidos, haciendo referencia a dar a los integrantes de la familia una función en el cuidado del paciente terminal, si es que ellos lo desean, y lo consideran importante. Pero, en caso contrario, se debe respetar sus sentimientos y procurar no hacerles sentir culpables. A quienes por la impotencia de sus familiares en agonía, simplemente se sientan a mirar. Dejar que le den de comer, lo bañen, colaboren en el cuidado bucal o le apliquen un masaje en la espalda. Estas tareas no sólo ayudan al equipo en general, a los enfermeros y probablemente al propio paciente, también son útiles para la familia.

Estas acciones alivian la ansiedad y disminuyen sentimientos de reproches y culpabilidad cuando llega la muerte.

Tomando la muerte como una situación de crisis, tanto para el grupo familiar como para el paciente, crisis vital que nadie supera.

Quien supera la crisis se supera a sí mismo sin quedar superado. Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias, violenta su propio talento y respeta más a los problemas que a las soluciones. Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia.¹³

El duelo de la muerte es precedido por el duelo anticipado que incluye elementos de despersonalización. El enfermo terminal y los familiares asisten a la pérdida de la imagen del paciente en estado de salud. El pre-duelo, es un duelo completo en sí mismo, en el que ha muerto el ser querido en estado de salud. El duelo traduce la inadaptación de los individuos a la muerte, y el proceso social de readaptación que les permite a los sobrevivientes cicatrizar las heridas.

En ocasiones, la tristeza es un acto vergonzoso al cual hay que encargarse únicamente en el secreto de una habitación.

Es común escuchar en los pacientes amenazados por la muerte el sentimiento de envidia hacia aquellos que mueren súbitamente. Sin tener que transitar los movimientos psíquicos de crisis con los consiguientes miedos, angustia y demás efectos penosos, amén de los dolores físicos.¹⁴

El duelo conlleva fases convencionalmente reducidas a cinco:

- a. Etapa de negación o aislamiento: el paciente se niega ante la posibilidad de morir y prefiere aislarse, posterior a no poder seguir ignorando las evidencias que le muestran la realidad tangible de su propia muerte.
- b. Etapa de ira e impotencia: los mecanismos de negación son imponentes para seguir desconociendo las evidencias y el paciente toma conciencia de la certeza de una muerte próxima. Hay sentimientos negativos como odio, agresión, egoísmo e irritabilidad.
- c. Etapa de negociación (pactos): aparece en creyentes y en ateos, como una posibilidad de arreglo con Dios o con el destino o con alguien para poder vivir hasta que suceda algo vinculado a la vida familiar.
- d. Etapa depresiva: este es un tiempo de sufrimiento. aquí requieren los pacientes estar acompañados. Estar junto al doliente para que no se sienta sólo frente a la muerte y lo desconocido.

¹³ EINSTEIN. A. "La crisis trae progresos". la visión de un genio. La Capital. 2008. Página 35.

¹⁴ ALIZADE, A.M. Op cit. Página 87

e. Etapa de aceptación: para llegar a este período se requiere de una personalidad bien estructurada. Se arreglan todos los asuntos pendientes. Se producen despedidas.

En la etapa de ira cualquier cosa que el enfermero haga estará mal. Cuando se decida bañar al enfermo, éste deseará descansar. Si se le deja descansar, dirá que no lo cuida adecuadamente. Nunca llegará a darle la medicación con la suficiente puntualidad.

Cada una de estas etapas exige un conocimiento de las individualidades, un consenso sobre los objetivos de la ayuda que ha de prepararse y un conjunto de acciones y actividades en que participen los actores y agentes institucionales, como asimismo familiares y seres queridos.

El proceso del duelo y el afrontamiento hacia la muerte guarda relación con la evolución del concepto de muerte en el individuo. Sobre este tema trata la Doctora Elizabeth Kübles- Ross, en su libro "Sobre la muerte y los moribundos".

El concepto de muerte no es el mismo en todas las etapas del individuo, sino que evoluciona y cobra real sentido a medida que el niño crece.

Según Kübles- Ross se presentan tres etapas en el desarrollo del concepto de MUERTE:

- La primera de ellas la sitúa en los niños de 3-5 años, para los cuales la muerte es un estado temporal, no permanente.
- Después de los 5 años y hasta aproximadamente los 9 años, el niño le atribuye a la muerte una intención que proviene del exterior (un agente externo).
- Por último, y a la edad de 9 a 10 años, la muerte es interpretada como un proceso permanente, es ésta una concepción realista.¹⁵

El modo de concebir la muerte va cambiando desde el niño al adulto. El comienzo del conocimiento de la muerte, alrededor de los años, coincide con el inicio de la capacidad de simbolización. Entre el primer y tercer año de vida, la muerte equivale a partir. El niño teme a los muertos, a su retorno y a su venganza. La noción de muerte personal

¹⁵ KÜBLES- ROSS ELIZABETH. "La muerte y los moribundos". Barcelona. España.2004. página 45

aparece apenas entre el quinto y noveno año de vida, donde el pensamiento relaciona a la muerte con un suceso irreversible. De esta manera, la muerte como un hecho en sí es negada por la mayoría de los hombres. El temor a la muerte es natural y universal, el miedo a la muerte es cultural e histórico.

Sociedades arcaicas, sostenían en el plano imaginario la contagiosidad de la muerte, concibiendo de esta forma múltiples ritos que impedían el contagio dado por la descomposición del cadáver favoreciendo también a través de estos ritos el pasaje del difunto al mundo de los espíritus, la muerte para este hombre era un renacimiento ya que creía que los sujetos que habían fallecido estarían en otra parte como vivientes.¹⁶

Por otra parte se cita al hombre de las sociedades metafísicas, quienes realizaban una separación radical entre vivos y muertos, estableciendo a su vez otra separación en el mundo de los muertos entre aquellos anónimos y los grandes muertos, quienes alcanzaban, algunos de ellos, en título de dioses.

Por último se cita al hombre de la época moderna, el cual no es invadido por los espíritus, ni sostiene creencias en mitos. Esto quizás para despojar su propia angustia, según Louis Vicent Thomas, proclama la muerte de Dios.

La muerte de la persona es diferente de la muerte biológica. Antropológicamente es un vasto campo de significaciones, cambiante como las culturas. De éstas, no hay ninguna que en sus mitos y tradiciones no se ocupe de la muerte. Casi podría decirse que las culturas, en alguno de sus aspectos, son formas de matizar la muerte biológica, hacerla humana, personalizarla. Las culturas constituyen protecciones contra la soledad del abandono. En todas existe un horizonte simbólico que da sentido al dolor, a la enfermedad y a la muerte.

La muerte siempre ha sido objeto de pensamiento, incluso de sistematización. Sólo morimos de ignorancia y de fealdad. La muerte es

¹⁶ ABAD, FABIANA CECILIA. "Indagación acerca del trabajo interdisciplinario del equipo de salud frente a la muerte". Escuela Superior de Psicología. UNMdP. 1996. Página 1

sólo un estupor del saber. Esta actitud se corresponde con el miedo a morir, que nunca ha sido tan angustiante como ahora, y con ciertas neurosis obsesivas provocadas por el terror atómico.

El miedo a la muerte, hecho universal por excelencia, es pues, un fenómeno normal, siempre que no se vuelva demasiado intenso (obsesivo).

El período actual se caracteriza por que la muerte se vuelve una enfermedad como cualquier otra, que todavía no se sabe curar.

El miedo a muerte termina por hacer a los hombres descuidar a los muertos mismos; ya expulsados y rechazados también en los recuerdos.

La muerte y los muertos no se recuperan. La muerte siempre triunfa. La última palabra la tiene ella, y en este sentido se puede decir que la humanidad está constituida por más muertos que vivos. El mundo no ofrece ningún refugio, está asediado por el fantasma fatal de la muerte, necesaria y brutal.

La muerte tiene un carácter habitual, impersonal, inscribe de alguna manera una imagen estable, fija, delimitada y ello genera angustia.

Louis Vincent Thomas describe las razones a la cuales las personas le temen a la muerte:

- ◇ Miedo a morir: miedo a la muerte, sobre todo a la mala muerte, miedo a dejar una tarea inconclusa, obsesión por el dolor físico, obsesión de la agonía psicológica, soledad, desesperación, etc.
- ◇ Miedo al después de la muerte: angustia a la corrupción corporal, incertidumbre al más allá, obsesiones de la nada, inquietud por los funerales.
- ◇ Miedo a los muertos: miedo a los aparecidos, miedo a los biotánatos.(seres de cualquier especie muertos).

En los últimos años se han diseñado sitios especializados para la agonía de los pacientes moribundos en los hospitales generales para

enfrentar el proceso de muerte.¹⁷ Siguiendo este planteamiento se mencionará en el próximo capítulo los datos de referencia del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Allende", donde se llevara a cabo el presente trabajo.

A pesar de la multitud y la riqueza de los estudios encontrados sobre el tema, aparece en todos los casos la cuestión de la angustia hacia la muerte, existe en los niños, en el adulto, en el viejo, en el primitivo y en el evolucionado. Esta angustia suscita múltiples actitudes ante la inminencia de la muerte: el asombro escéptico, la rebeldía, la desesperación, la depresión, el compromiso, el silencio interior y las lamentaciones y por último la aceptación. Las grandes angustias pueden derivar en duelos melancólicos. En gran medida son patológicos.

Asumir la muerte propia es prepararse moralmente para no ser sorprendidos por ella y morir dignamente. Queda por considerar la muerte del otro. La aceptación es la única respuesta válida, pero es dolorosa. "Yo luchaba hasta el punto de dolerme todo", confiesa A. Phillippe.

Debería aceptarse que ante la muerte el ser humano queda desconcertado como un niño, se deprime un tanto y un tiempo, pero no que no se pueda vivir. Ante la muerte se acaban las explicaciones. Pero mientras no se sepa porqué murieron ellos, tampoco se sabrá para que vivimos nosotros.¹⁸

En la sacralización de la muerte, el aspecto misterioso es morir y la muerte, la intensidad de las emociones que provoca, la incertidumbre del más allá. La sacralización amenaza con provocar una desocialización, cuando se recuerda que hoy el hombre muere solo, en la ignorancia de su muerte o ante el personal hospitalario anónimo.

Con el correr de los años las sociedades occidentales fueron apartando a los enfermos terminales de su círculo familiar, el 70%

¹⁷ MEJÍA RIVERA, O. "La muerte y sus símbolos". Muerte, tecnocracia y postmodernidad. Editorial: Universidad de Antioquia. Otra parte. Colombia. 1999. Página 120

¹⁸ TROSSERO, RENE. J. "No te mueras con tus muertos". Editorial Bonum. 2007. Página 9

mueren hoy en el hospital, mientras que el siglo pasado el 90% morían en su casa.¹⁹

Los rituales de la medicina acabaron por imponer la muerte en el hospital. La muerte natural dio paso, en la actualidad, a la muerte técnica. De aquí se derivan directamente los roles que ejercen los enfermeros como agentes de salud.

El rol desempeñado es la manera de actuar, la manera de vivir. No es una función. Es una expresión de la función y es individual a cada uno de los enfermeros. Es por ello que se entiende, por consiguiente, que según el desempeño del enfermero en su rol equivaldrá a una fluctuación en la calidad de atención brindada.

Se individualizaron tres roles que son los que a diario se manifiestan en la profesión enfermera. El ROL MORAL, es aquel destacado por las creencias y cultura de cada ente sanitario en particular. El ROL TÉCNICO es aquel que confiere estatus por la práctica enfermera. Y el ROL PROPIO, es un rol catalizador que compagina la iniciativa, la reflexión. El rol propio no es una técnica, sino que implica una redefinición de la función enfermera en los cuidados que logran sobresalir de uno a otro de los profesionales.²⁰

¹⁹ MEJÍA RIVERA, O. Op cit. Página 18

²⁰ Varo Jaime "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria". Ediciones Díaz de Santos. Madrid. España. 1994. Pagina 15

C.

El papel de Enfermería:

Morir lejos, se convierte en una situación grave.

La distinción público/ privado merece algunas reflexiones. ¿Dónde se muere?. ¿Sólo o delante de quién?.

Es verdad que se puede morir sólo aunque se esté delante de otros; como también es posible morir rico de presencias y recuerdos en soledad.

Existe, por supuesto, instituciones dedicadas al cuidado y al tratamiento de pacientes que padecen diversas patologías, muchas de ellas incurables. Como se ha expuesto en el capítulo anterior, la mayoría de las personas reciben los cuidados y mueren en los hospitales, pero preocupa cada vez más la calidad de los cuidados y el uso de tratamientos invasivos inclusive para enfermedades terminales y al fin de la vida. En los equipos hospitalarios que dispensan los cuidados paliativos participan en general los enfermeros y otros profesionales y se dispone de ellos principalmente. Los enfermeros desempeñan una función esencial en la atención directa y en los equipos interdisciplinarios, como asesores para hacer avanzar los cuidados paliativos en los hospitales.

El acceso al cuidado hospitalizado de estos enfermos ha aumentado, surgiendo de esta manera la institucionalización de la muerte.

El paciente moribundo presenta un estado de indefensión y necesita que se cubran sus necesidades básicas y es necesario responder al miedo y a la ansiedad del paciente.

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que se requieren para que ésta persista. Los cuidados permiten que la vida continúe y se reproduzca. De esta manera, los cuidados surgen con la aparición del linaje homo, hace 5-6 millones de años. Los cuidados luchan contra la muerte del individuo. La posibilidad que brinda la profesión enfermera es cuidar los aspectos físicos y emocionales del

paciente moribundo y de acompañar a los familiares, facilitando el trabajo de duelo.

A finales del siglo XIX, los cuidados médicos se orientan a un restablecimiento complejo de la salud. Cuidar se convierte en tratar la enfermedad, y los cuidados quedan parcelados.

Todas las prácticas rituales sobre el cuerpo y sus cuidados se centran alrededor de la mujer. La mujer cuida niños, enfermos, moribundos, son cuidados corporales. Los cuidados de enfermería derivan de los hospitales generales y los dispensatorios.

La mujer, es consagrada para los que sufren, los necesitados, los desheredados. Los enfermos ofrecen un aspecto repulsivo, sucio o casi monstruoso, no se ha modificado tal visión en la actualidad. Tocarlos, colocar una mano sobre la suya o sobre su hombro, puede tomar un gran significado y convertir el encuentro en una sesión realmente terapéutica.

Los cuidados del cuerpo involucran el aseo, los estímulos táctiles, el contacto con el agua. Sobre el cuerpo se elaboran los cuidados de primera necesidad, se estimulan propiedades sensitivas como el olfato y el tacto. En el cuerpo se realiza cuidados de belleza, protección y mantenimiento de un entorno sano que incluyen hábitos de lavado, las manos movilizan fuerzas de vida, mueven sensaciones cinestésicas, pellizcos, fricciones, estiramientos.

Todo esto nos lleva a las necesidades de los paciente moribundos. Estas son las necesidades fisiológicas, influidas por los cuidados corporales y las necesidades psicológicas y emocionales.²¹

Conseguir la construcción de un pasaje entre la vida y la muerte con dignidad es una de las tareas con las que debe trabajar enfermería, para ello cuenta con la obligatoriedad en la asistencia enfermera al moribundo, la verdad como punto de partida, la apelación de la ayuda técnica, evitar la absoluta medicalización de la muerte.

²¹ MADALON O'RAWE AMENTA Y OTROS. Op cit. Página 21

La finalidad que persiguen los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida para los pacientes moribundos y sus familiares. Los cuidados paliativos tiene por objeto aliviar el dolor y otros síntomas penosos, ni acelerar ni retrasar la muerte, afirmar la vida y considerar la muerte un proceso normal, integrar los aspectos psicológicos y espirituales en la atención al paciente, ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente que sea posible hasta el día de la muerte, y ofrecer un sistema de apoyo que ayude a la familia a seguir adelante durante la enfermedad del paciente y durante su propio duelo.

Los cuidados paliativos se dispensan a lo largo de un continuo que implica diversos elementos en función del estado y de las necesidades del paciente:

- a) La gestión del dolor: los enfermeros trabajan con los pacientes moribundos y sus familias para identificar el origen del dolor y los modos de suprimirlo. El dolor puede gestionarse con medicamentos o por otros medios como terapias de masajes y técnicas de relajación.
- b) La gestión de los síntomas: pérdida de apetito, náuseas, debilidad, dificultades respiratorias, problemas intestinales y urinarios y confusión.
- c) Apoyo social, psicológico, emocional y espiritual: apoyo en los momentos de duelo en relación con la enfermedad y la muerte de un ser querido. Se centra en la persona como un todo.
- d) Apoyo de dispensarios de cuidados: asesoramiento y ayuda para la atención de la salud, siendo los enfermeros los capacitados en la prestación de los cuidados paliativos. Instrucción sobre la manera de cuidar a la persona, como administrarle la medicación, prevenir problemas de la piel, reconocer síntomas.

Lo que sucede es que donde está el cuerpo, está la muerte. El aseo mortuario (o de pre muerte) y otras prácticas rituales se ha dicho que es tarea de mujeres, y suele ser una tarea que realiza el servicio de Enfermería, ya que los enfermeros son veladores nocturnos de los cuidados corporales en los hospitales. Los cuidados se dirigen al cuerpo globalmente. Cuidar es ayudar a vivir aprendiendo a conciliar una fuerzas diversificadoras, como lo son el Eros y el Thanatos (pulsión de vida y pulsión de muerte), aparentemente opuestas pero de hecho complementarias. Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos, intentando evitar el sufrimiento.

Es notorio en el trato con los colegas enfermeros, el crecimiento en el número de profesionales de enfermería de sexo masculino que deciden dedicarse a la profesión y deciden orientarse a la ardua tarea de cuidar de los pacientes moribundos.

El sufrimiento solicita cuidados, es una canal. Hay que desarrollar energía, voluntad, dominio de sí mismo, deseo de vencer, caridad, observación desarrollada, agudeza psicológica, tacto, educación, trato agradable, dulzura, iniciativa, disciplina y abnegación ilimitada.

Los cuidados son demostraciones de generosidad y abnegación, son propiedades reconocidas de exclusividad en la profesión Enfermera. Cuidar a los enfermos proviene de una educación de los sentimientos y de una vida interior profunda. Los enfermeros ayudan a la curación, velan por el bien del enfermo, servir al enfermo y ejecutar el arte enfermero.

Saunders sostiene que el temor que con más frecuencia expresan los pacientes ante la muerte inminente, es el miedo a la separación de sus seres queridos, de su hogar y de su trabajo. De esta manera la hospitalización genera una pérdida de identidad.²²

²² SAUNDERS DAME CICELY. 22 de junio de 1918 al 14 de julio de 2005. Fundó el hospicio moderno e inició un movimiento mundial para proveer de un cuidado compasivo al moribundo. Enfermera,

La participación del enfermero y la relación activo-pasivo, es fundamental, en relación con el cumplimiento de los principios bioéticos. Cabe preguntarse: ¿Se actuó con beneficencia y justicia al respetar la autonomía del paciente moribundo?²³ . Que el enfermo conserve su dignidad hasta el final, es un reto que la bioética le plantea a la profesión Enfermera.

“Cuando un paciente está gravemente enfermo, a menudo se le trata como una persona sin derecho a opinar. A menudo es otro quien toma la decisión de si hay que hospitalizarlo o no, cuándo y dónde.”²⁴

La vocación es estructurante e indispensable en la formación de personal de salud. Aptitud especial para una profesión dedicada al cuidado del individuo. Saber cuidar a otro y obtener un aspecto importante de la recompensa es el cumplimiento de acto en sí mismo.

La Enfermería se ejerce por encargo de terceros: el sistema de seguro social, el empleador, la propia administración del hospital. De allí derivan dificultades en el trato con los moribundos. La profesión corporiza a veces algunos intereses no prioritarios en el trance de la muerte. Es esperable que el diálogo con los moribundos y sus familias sea difícil y exija especiales talentos. Es esperable, asimismo, que competa a este grupo profesional un papel cohesionador de otros actores, incluidos otros profesionales y que su trabajo implique sustantivos beneficios para los moribundos.

Para los enfermeros,²⁵ en ocasiones, la muerte ajena es muerte propia proyectada y provoca curiosidad. Morir está reservado al otro, al extraño. Uno morirá, no es nunca uno mismo, o en el mejor de los casos es uno mismo diferido en el tiempo.

Para entrar en el mundo de la persona moribunda, hay que diferenciar entre el proceso de agonía y el acto de morir. La agonía es el

trabajadora social y doctora, ella estableció nuevos métodos para el control del dolor y un acercamiento multifacético y holístico del cuidado.

²³ VASQUEZ, C. L. y otros. “Bioética frente al paciente moribundo”. Hospital Clínico Quirúrgico. Dr Ambrosio Grillo, Santiago de Cuba. Año 2000. Página 23.

²⁴ KUBLES-ROSS, ELIZABETH. Op cit. Página 40

²⁵ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Declaración de posición del C.I.E. sobre la función de la enfermería que dispensa cuidados a los paciente moribundos y a sus familias. Biblioteca Las Casas. 2006.página 2

camino porque el que se viaja hacia la aniquilación física. La agonía abarca un período que puede estar cargado de dolor, deterioro corporal y angustia mental. El hombre no puede conceptualizar su propia muerte, su propio estado de no ser.²⁶

No hay nada peor que sufrir con la muerte del agonizante. La muerte del otro sólo alcanza verdadera magnitud para el profesional enfermero si es que son auténticos participantes.

Secuencia de la agonía:

Cubrir las necesidades fisiológicas administrando cuidados físicos planificados y orientados a un objetivo;

- La sensibilidad y la capacidad de movimiento del paciente, así como sus reflejos, se pierden primero en las extremidades inferiores y luego, gradualmente, en las superiores. Las sábanas deben estar flojas, o de lo contrario el paciente se sentirá incómodo. Realizar cambios posturales y prestar atención a la posición de las extremidades inferiores.
- A medida que se deteriora la circulación periférica existe una abundante sudación y la superficie corporal se enfría, independientemente de la temperatura de la habitación. Su agitación con frecuencia está causada por la sensación de calor. El paciente no percibe el frío de la superficie corporal.
- El paciente moribundo puede girar la cabeza hacia la luz (implicancia marcada por Florence Nightingale). A medida que la visión y la audición disminuyen, el enfermo moribundo, sólo ve lo que está muy cerca y sólo oye lo que se dice directamente a él. Suele imponerse inconscientemente el fenómeno de agonía pre mortem. La sensibilidad por contacto del paciente moribundo está disminuida, aunque puede sentir la presión. Puede sentir dolor durante todo el proceso de agonía.

Sensiblemente los moribundos presentan temores que se valoran clasificándolos en: a) los miedos al dolor: es agudo y realista. la agonía

²⁶ MADALON O'RAWE AMENTA Y OTROS. " paciente terminal y muerte". Transacciones con el paciente. España. Barcelona. 1987.página 16.

final suele ser indolora; b) miedo a la soledad: el dolor es más intenso cuando el paciente se queda sólo; c) miedo a que su vida carezca de sentido: luchar por la autoconservación y la autorrealización; d) la regla es la inconsciencia, preside el acto final.

Por lo expuesto pueden identificarse en el proceso de muerte ocho momentos críticos:

1. El paciente es definido como muriente. Se entiende en este primer punto que se ha efectuado el diagnóstico y es transmitido resto del equipo de salud y a los familiares del moribundo.
2. El personal de enfermería y la familia encaran los preparativos para la muerte (también el paciente, si sabe que va a morir). Se prepara todo aquello de índole personal, familiar, legal y peticiones especiales.
3. En un cierto momento, no se puede hacer nada más para impedir la muerte. No se puede menos que sorprenderse ante la unidad de las preocupaciones universales frente a la muerte, a la vez que ante la prodigiosa diversidad de las representaciones que genera.
4. El paciente puede apagarse lentamente, llevar varias semanas o ser rápido. La variedad de las formas de morir no deja dudas al respecto, ya se trate de las causas de deceso o de las interpretaciones intelectuales.
5. Luego llegan los últimos instantes. Aparecen aquí claramente los signos de muerte inminente descritos con anterioridad.
6. La vela del moribundo. Es decir, que la muerte se incorpora al aprendizaje de la vida social y moral de los implicados en tal momento.
7. El momento de la muerte. Claramente aquí, se halla el paciente en paro cardiorrespiratorio, sin actividad cerebral, ni circulatoria. Irreversible.
8. Después de la muerte, ésta debe ser anunciada públicamente y registrada en términos legales. Informe de

constatación de fallecimiento por parte del médico interviniente, avisar al resto de familiares y el acta de defunción correspondiente.

En la secuencia descrita en las líneas anteriores, debe entenderse que nadie es una isla. Es fundamental hablar de la muerte, hablar sinceramente, admitir los temores y dudas y escuchar con empatía, como mínimo de podrá aligerar las cargas de los demás. Aprender a escuchar y hablar abiertamente sobre la muerte requiere tiempo, humildad y confianza.

Para hacer frente a los sentimientos se debe aprender a compartirlos a nivel personal. Esto requiere una profunda sinceridad mutua y el conocimiento de la forma en que cada uno expresa sus emociones. Hay que recordar que nadie exterioriza sus sentimientos de la misma forma.

Averse a hablar de la muerte, admitirla en las reacciones sociales, ya no es, como antes, permanecer en el plan de lo cotidiano; hoy es provocar una situación excepcional, y generalmente dramática. Hoy, basta apenas nombrarla para provocar una tensión emotiva incompatible con la regularidad de la vida cotidiana.

Estas escenas, son la crisis y la desesperación de los enfermos, sus gritos, sus lágrimas, y en general todas las manifestaciones demasiado exaltadas, demasiado ruidosas, o también demasiado conmovedoras, que amenazan con turbar la serenidad del hospital.

No debe contemplarse la necesaria comunicación como un conflicto con los cuidados físicos palpables. La comunicación enfermero-paciente y enfermero-familia debería tener en cuenta no sólo el propio estilo personal, sino también la historia y antecedentes de la familia. No hay dos familias, ni dos individuos iguales. No hay un estereotipo para el duelo. Cada familiar se sentirá afectado de un modo distinto por la muerte.

Para enfrentarse directamente a la muerte hay que tener en cuenta la diversidad de personalidades con las que se cuenta desde el área de enfermería. El personal de salud, no se comporta de la misma manera ante un niño moribundo, que con un adulto en la misma situación, si se trata de un moribundo que sufre o que no sufre, que sabe que va a morir, que lo ignora o que tiene vagos presentimientos.

Indudablemente, es un clima de fatal impaciencia. La manera de vivir la muerte propia varía con el sistema de creencias que haya regido la vida del moribundo y en consecuencia con la cultura, la situación histórica y el grupo social de pertenencia.

Para los profesionales de Enfermería, por las responsabilidades inherentes, están continuamente enfrentados a la realidad de la agonía o de muerte de otra persona. Esta confrontación a menudo resulta dolorosa o difícil, pero debe aliviarse la tensión e incomodidad porque es la tarea diaria descubrir las necesidades del paciente moribundo. Puede hacerse referencia sobre este punto los roles que desempeñan los enfermeros, y que fueron tomados con especial atención para la ejecución de este trabajo, sobre el paciente moribundo. Se menciona el rol moral, aquel que sólo describe la profesionalización; el rol técnico, aquel que confiere status, práctica enfermera y actos médicos delegados. A pesar de ello, se halla el rol propio, siendo cada uno de los enfermeros catalizadores situaciones y con propia iniciativas.

El derecho que asiste a todo individuo a morir dignamente no deberá ser restringido a ciertos sectores. El trabajo de acompañamiento al paciente moribundo, implica un acto de compromiso, un acto ante todo humano.

El enfermo terminal padece la falta de su geografía habitual, es decir, de su casa, los objetos de su vida, las comidas caseras, los sonidos de los familiares que debe abstenerse a esperar el horario de visita.

Enfermería debe saber que cuando llega la muerte, se acaba la facultad del habla. El cuerpo no tiene más valor que el de una piedra, podría observarse. La percepción visual directa el profesional enfermero

debería observar la integridad del ser humano en situación de despedida.

No se debería estar acostumbrado a ver el sufrimiento humano, pero es la labor diaria como agentes de salud. Los profesionales que no contradicen su vocación y les ahorran la sensación de fracaso ante la muerte. Al mismo tiempo, al uniformar la asistencia al moribundo en un solo concepto, el de "cuidador".

Enfermería se capacita para:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería (P.A.E.) a personas adultas, sanas o enfermas, de bajo y mediano riesgo, considerando los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y del entorno.
- Ayudar al individuo a identificar patrones disfuncionales de salud que puedan generar enfermedad e identificar el impacto de la enfermedad en los patrones funcionales de salud.
- Ayudar al individuo a afrontar situaciones de crisis, hospitalización, procedimientos de diagnósticos y tratamiento, invalidez y muerte, garantizando el mantenimiento del autocuidado regulatorio.
- Evidenciar acciones éticas, como respeto a los valores de la profesión, de la persona y de la sociedad.
- Conocimiento de la calidad de cuidado: concepto de muerte y etapas del proceso del morir y calidad de cuidados brindados.
- Conocimiento de las reacciones emocionales del enfermo en situación, de los familiares del enfermo terminal, de los familiares luego del fallecimiento y del equipo asistencial que atiende al enfermo moribundo y su familia.

Cuidar es pensar, reflexionar, respetar. Cuidar es un proceso, no es técnica. Ocuparse de alimentar, el aseo, la eliminación, la ropa, etc. Las personas moribundas y sus familias tiene creencias y valores culturales que les son propios, al dispensar los cuidados deben tenerse en cuenta, como así también un ambiente solícito y positivo que reconozca que la muerte es

inevitable, para poder ayudar a los miembros de la familia a aceptar y asimilar la pérdida y el dolor.²⁷

Todos los seres humanos tienen en común algunos patrones funcionales que contribuyen a su salud, calidad de vida y logro de su potencial humano. Estos patrones comunes son el eje de la valoración enfermera. Se identifican así patrones funciones (necesidades²⁸ del paciente) y patrones de disfuncionales (diagnósticos enfermeros). Los 11 patrones de salud descritos por Gordon son mencionados por que se ha analizado mediante este trabajo investigativo que en el paciente moribundo presenta alteraciones en todos ellos. De esta manera es esperable que esté en conocimiento de los profesionales enfermeros los siguientes aspectos según los patrones funcionales de salud para tomarlos como estructura en la determinación de las necesidades de los pacientes agonizantes:

PATRONES DISFUNCIONALES EN EL PACIENTE MORIBUNDO:

1. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO: los pacientes moribundos suelen tener sueño ininterrumpido o requerir de medicación para poder dormir y descansar. Pueden soñar y hasta tener pesadillas. Su descanso es inapropiado.
2. PATRÓN DE PERCEPCIÓN- MANEJO DE SALUD: este patrón describe al seguimiento que el paciente tiene sobre sus cuidados y las actividades de promoción de la salud. Los pacientes moribundos no pueden resolver los problemas de salud por sí solos.
3. PATRÓN ROL- RELACIONES: la agonía suele dificultar el proceso de socialización y no hay compromisos de rol.
4. PATRÓN NUTRICIONAL- METABÓLICO: se detecta la disfunción de éste patrón ya que los pacientes moribundos restringen considerablemente el consumo de alimentos sólidos y líquidos. En ocasiones suele requerirse de otros medios de alimentación cuando la vía oral es intolerable (sonda nasogastrica con alimentación a fórmula, gastrostomía con alimentación a fórmula y

²⁷ MANNON, M. "lo nombrado y lo innombrable". La última palabra de la vida. Argentina. Buenos Aires. 1997. página 10.

²⁸ King describe necesidad como "un estado de intercambio de energía dentro y fuera del organismo que permite la respuestas conductuales a situaciones, eventos y personas".

nutrición parenteral total). Hay reducción de peso y hasta desnutrición. El reposo prolongado en cama acompañado de la falta de alimentación adecuada conduce a lesiones de la piel. La capacidad general de cicatrización se ve reducida. Las mucosas corporales se resecan y el mal estado nutricional puede ocasionar alteraciones en la termorregulación.

5. **PATRÓN ELIMINACIÓN:** Éste patrón analiza la capacidad excretora ya sea por intestinos, vejiga y piel. Los moribundos presentan una hipoperfusión en las asas intestinales por lo que hay disminución del peristaltismo y ello generaría dificultad en la excreción. Llegando al nivel de inconciencia es probable que ocurra incontinencia urinaria o insuficiencia renal. Por la estasis generada por el reposo comienzan a acumularse líquidos en el cuerpo y en ocasiones la piel puede drenar espontáneamente. Este patrón analiza también la existencia de drenajes y los requerimientos de aspiraciones del paciente.
6. **PATRÓN ACTIVIDAD- EJERCICIO:** los pacientes moribundos se ven incapacitados de realizar las actividades de la vida diaria como la higiene, comprar, trabajar, bañarse, movilidad en la cama. Hay déficit neuromuscular, disnea, calambres musculares con el esfuerzo, imposibilidad de caminar, falta de fuerzas en manos, alteraciones en los signos vitales como en frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial.
7. **PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL:** hay inadecuación de los órganos de los sentidos: vista, oído, gusto, tacto y olfato.
8. **PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO:** incluye todo acerca de uno mismo. la percepción de las capacidades que en los moribundos se ven alteradas, ya que hay disfuncionalidad cognitiva, afectiva y física. Se altera la imagen corporal, la identidad, el sentido general de valía y el patrón emocional general.
9. **PATRÓN SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN:** disfuncional.
10. **PATRÓN ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS:** El moribundo se encuentra invadido por sensaciones que se

encuentran fuera de su entorno habitual, podría decirse que hasta desconectado del medio en que se encuentra. Este patrón analiza el apoyo familiar y las formas de tratar el estrés de la situación.

11. PATRÓN VALORES- CREENCIAS: incluyendo espirituales, elecciones o decisiones.

Los patrones funcionales deben adaptarse cuando se realiza la valoración de enfermos agudos. Los pacientes que están críticamente enfermos, como aquellos con graves problemas respiratorios, cardíacos o neurológicos son incapaces de responder a una valoración completa. Enfermería se vale para ello del aporte de familiares y de signos y síntomas valorados.²⁹

El presente trabajo trata de enmarcar a la Enfermería en un papel activo al cuidado de pacientes moribundos, entendiendo una realidad indiscutible, como es encontrarse con episodios que los libros de formación no describen ampliamente. Lo que se debe conocer sobre los moribundos, sobre el proceso de su muerte, sobre los cuidados que deben aplicarse y sobre como contener a la familia comprendiendo las fases del duelo y el proceso de agonía del enfermo terminal.

Hay palabras que las personas no mencionan como MORIBUNDO, éste trabajo la coloca en cada una de sus hojas, siendo un modo de lograr socializar la cuestión que aún se encuentra rezagada y reprimida.

Un modo de cambiar esto, está en la posibilidad de asumir el propio fin, reflexionar y hablar sobre los límites y el sentido de la vida.

La muerte puede advertirse ritualizada, medicalizada y automatizada, pero a pesar de ello, los conocimientos que se tengan mejorarán la calidad de los cuidados para una muerte digna y humanizada.

Los conocimientos lograrán una separación de lo personal con lo profesional y de esta manera enfermería no se morirá con sus muertos, es decir no sufrirá con la pérdida.

Anna Wiitham sugiere que las estructuras hospitalarias se

²⁹ PLEBANI LILIANA INES. "Proceso de Atención de Enfermería". Valores, patrones funcionales de Gordon. UNMdP. Año 2004. Página 48

preocupan por acompañar al agonizante y por estar luego presentes ante la familia.³⁰

La idea de preparar a un vivo para su muerte, está lejos de ser obvia. También hay que preparar a la familia para lo que verá.

Este trabajo no pretende agotar los conocimientos sobre la temática, sino realizar un aporte significativo para el ejercicio de la profesión con respecto a lo que debe saberse para poder brindar cuidados de calidad a los pacientes moribundos y a sus familiares.

“La calidad es un derecho que debe garantizarse, por lo tanto la garantía de la calidad es imperativa en el sector salud, y de manera concreta”.³¹

HIPÓTESIS PLANTEADA:

“A mayor conocimiento sobre el proceso de la muerte, mayor calidad de atención suministrada al paciente moribundo y a su familia”.

El derecho que asiste a todo individuo a morir dignamente no debería ser restringido a ciertos sectores. El trabajo de acompañamiento al paciente por morir, implica un acto de compromiso, un acto ante todo HUMANO.

¿Se cree en el valor de la continuidad de los cuidados de enfermería?

³⁰ WIITHAM ANNA. “La muerte” biblioteca del hombre contemporáneo. Editorial Paidós. Argentina. Buenos Aires. Página 53.

³¹ RUELAS, E. QUEROL. “calidad y eficacia en las organizaciones de atención de salud”. México, D.F. editorial Fundación Mexicana para la Salud. 1994.

D. Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende":

El "Oscar Alende", es un establecimiento de referencia en la Región Sanitaria VIII, ya que asiste la alta complejidad de 16 partidos de la zona, entre los que se encuentran General Pueyrredón, Mar chiquita, Tandil, Necochea, Miramar, Maipú, Lobería, Mar de Ajó, San Bernardo, Coronel Vidal, Ayacucho, General Guido, San Clemente, Pinamar, Villa Gesell, Balcarce, General Alvarado y General Madariaga.

El Hospital Interzonal de Mar del Plata se encuentra situado en la Avenida Juan B. Justo 4164, es un edificio fundado hace 70 años. Su historia comienza el 25 de Abril de 1948, con la presencia del Dr. Ramón Carrillo desempeñando el cargo de secretario de la Salud Pública de la Nación, durante la presidencia de Perón. En dicha fecha se colocó la primer piedra de el actual edificio monumental. En 1960 comienza la organización de la planta piloto N°1 y el 22 de Diciembre tuvo su inauguración. Se citó al personal, el cuál debía estar capacitado; en algunos casos solicitando antecedentes, en otros el ingreso fue por concurso con un examen, para cubrir los cargos necesarios.

El Hospital Interzonal General de Agudos fue nombrado "Dr. Oscar Alende", el 17 de Enero de 1997, luego de un emotivo acto presidido por el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Juan José Mussi, y realizado en el salón de actos bajo la resolución 189. Oscar Allende fue el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires en 1961.

Como ha informado uno de sus directores asociados, en una entrevista a la prensa en el año 2010, la Dra. Gutierrez: " Al paciente internado no le falta nada, por lo tanto, nada debe comprar. El hospital le provee de todo lo necesario para transcurrir su internación.....". El Hospital Oscar Alende, es sustentado por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires. Al equipo de profesionales que trabaja diariamente como los médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, bioquímicos, etc, se le suma la ayuda de personas voluntarias como son las damas rosadas, las damas lilas, y las señoras de A.R.C.E.C. que trabajan con las personas que padecen cáncer.

CAPÍTULO III

E. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio seleccionado es cuantitativo descriptivo; pretende establecer la relación existente entre el grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte y la calidad de atención brindada al paciente moribundo adulto y a su falta de concordancia con los conocimientos presentes sobre dicha temática. El estudio se realiza en la Ciudad de Mar del Plata, en las instalaciones correspondientes al Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Allende", durante el año 2011.

Según el análisis y alcance de los resultados del trabajo es descriptivo. El mismo se llevará a cabo en los meses de Julio y Agosto de 2011.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Universo: El Hospital Interzonal Interzonal General de Agudos cuenta actualmente con 271 trabajadores de enfermería (datos suministrados desde la Coordinación de Personal y Dirección de la mencionada institución). La muestra está compuesta, entonces por 271 enfermeros, no todos ellos se encuentran como trabajadores activos debido a licencias, vacaciones, ausencias con o sin aviso, carpetas médicas, etc. Para que la muestra sea representativa se tomara un 30% de dicha población, de esta manera nos alcanzará con 85 enfermeros encuestados pertenecientes a los cuatro turnos laborales.

Definición conceptual de variables:

- **Grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte.** Variable independiente, que hace referencia a la capacitación formal o informal que el enfermero presente sobre la temática tratante, como así también los años de ejercicio en la profesión. Contemplando que los enfermeros deben conocer los problemas de la fase final de la vida.

Abarca la totalidad de los conocimientos adquiridos durante la formación como enfermero y aquellos adquiridos.

Los aspectos que se incluyen en la variable GRADO DE CONOCIMIENTO ENFERMERO SOBRE EL PROCESO DE LA MUERTE son:

- Rol moral
- Rol técnico
- Rol propio

Definición de las dimensiones de la variable:

Las dimensiones de la variable grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte son:

ROL MORAL: son aquellas acciones que propenden a un mayor entendimiento y solidaridad. Los conocimientos adquiridos deben complementarse con una estricta moral y ética profesional. Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores según es posible ampliar el rol moral:

- **Beneficencia.** El ejercicio de la profesión enfermera se encuentra regido por el código deontológico. Todo aquel conocimiento adquirido debe ser utilizado para favorecer en todo momento la salud del usuario y no para perjudicarla. La obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. Éste principios tiene un obstáculo y es que se desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación.
- **Justicia:** Este punto es importante considerar tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.)
- **Confidencialidad:** Se trata del régimen de secreto compartido. Guardar un secreto profesional. Debe ser automático. No requiere solicitud del paciente. Se opera en el pleno derecho.

ROL TÉCNICO: Enfermería debería estar en conocimiento de los aspectos que involucran las alteraciones fisiológicas durante el proceso de la muerte, alteraciones en los signos vitales, afectación sensorial, hipoperfusión, etc.

- Concepto de muerte: hace referencia a la definición de la palabra muerte, morir, deterioro biológico. El modo de concebir la muerte cambia según las experiencias profesionales y personales vividas.
- Paciente moribundo: en relación a la medicalización de la muerte, el conocimiento de paciente terminal, los signos clínicos de muertes inminente. Comprende todos aquellos conocimientos que son satisfactorios para satisfacer las necesidades del paciente agónico.
- Cuidados enfermeros: en relación al conocimiento existente sobre los cuidados corporales del paciente postrado, conocimientos de las terapias para mitigación del dolor, conocimiento sobre la falta aguda de oxígeno, conocimiento de la realización de higiene al paciente, etc.

ROL PROPIO: Se entiende por este punto todos aquellos conocimientos que hacen al ejercicio de la profesión enriqueciendo la labor diaria. Aquí hay conocimientos que individualizan a un profesional de enfermería de otro. La capacitación y las especializaciones como así también los años de ejercicio que aumentan la experiencia en el campo de la tanatología.

- Capacitación: Este ítem se analizará en relación estrecha con respecto a la mayor instrucción y la mayor calidad de atención brindada directamente.
- Percepción laboral: se detalla en este punto la idealización personal del enfermero con respecto a lo que conoce y desconoce sobre la temática tratante, es decir, el proceso de la muerte.
- **Calidad de atención brindada al paciente moribundo y su familia.** Variable dependiente. La calidad de atención es evaluable directamente con la satisfacción de las necesidades y verdaderamente éstas se satisfacen por completo, de manera parcial o no se satisfacen. Esta variable es evaluada por la percepción de los cuidados brindados, contemplando el binomio oferta- demanda. La oferta

hace hincapié en que cada enfermero/a como ser individual presta su servicio de manera desigual a otro enfermero³². De esta manera se analizan aquí las actividades vinculadas con el accionar directo de los enfermeros que participan de los cuidados a los pacientes moribundos. La calidad del cuidado y la eficacia en la atención.

Los aspectos evaluados por la variable CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE MORIBUNDO Y SU FAMILIA son los siguientes:

- Rol moral
- Rol técnico
- Rol propio

Definición de las dimensiones de la variable:

ROL MORAL: Está dimensión se encuentra relacionada con los mecanismos de resocialización de la muerte que se enmarca en la satisfacción de necesidades espirituales, etc.

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Resocialización de la muerte: hace referencia a la posibilidad de tener una muerte esperada, una muerte compartida con los familiares y la comunidad sanitaria, una muerte informada.
- Satisfacción de las necesidades: a través de cuidados idóneos y asequibles, complementándolos con la integridad profesional y la conducta ética comprendida por enfermería con el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de pacientes moribundos.

ROL TÉCNICO: Ésta variable hace referencia a los cuidados directos de enfermería aplicados sobre el cuerpo del paciente moribundo. La reactividad y disciplina en los cuidados suministrados garantizarán la satisfacción de necesidades del paciente y de su familia también.

Se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Cuidados del cuerpo/ tareas de confort: es importante en este punto no solo saber realizar y ejecutar maniobras y

³² PALLARES, L. "Guía práctica para la evaluación de la calidad de atención enfermera". Ojala. Ediciones Madrid. España. 1996. Página 32

técnicas directas al cuerpo del paciente moribundo; sino también considerar el valor que tiene la continuidad de los cuidados de enfermería, aquellos cuidados que pueden planificarse en un turno laboral, pero que pueden continuarse y complementarse en los subsiguientes turnos de trabajo.

- Cuidados de la unidad del paciente: la unidad del paciente hace referencia a todos aquellos elementos (materiales) que forman parte del entorno del paciente. Este punto hace hincapié en el mantenimiento acorde de las instalaciones, habitación o sala, mesa de luz, ventanas, y demás que utiliza el paciente internado.

ROL PROPIO: Se refiere a una autoevaluación en la calidad de prestación de los sectores. El conocimiento proporciona mayor calidad de atención, según se propone demostrar este trabajo y ello logra la efectividad en la atención de enfermería. Se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Comunicación: los enfermeros son grandes comunicadores. Y para la comunicación de pueden utilizar diferentes canales y tipos de comunicación. Esto varía según la constitución personal de cada enfermero.
- Preservación en la integridad de los cuidados: se hace referencia aquí a lo que sucede individualmente en cada enfermero, se relaciona con la neutralidad afectiva que cada caso presente y la capacidad de involucrarse o no con cada uno de los pacientes moribundos que reciben asistencia diaria por los profesionales de enfermería.

Instrumento de recolección de datos: El instrumento de recolección de datos será una encuesta que consta de preguntas cerradas, no obstante cada pregunta es semiestructurada, ante la respuesta positiva (si) pueden justificar o ampliar. De esta manera se incentiva la posibilidad de poder plasmar las ideas y conocimientos que el profesional de enfermería tiene sobre el tema, por lo que se motiva a reflexionar sobre la labor diaria con los pacientes moribundos y la personalización de los cuidados brindados. La encuesta se compondrá de 3 (tres) partes:

- La parte inicial incluye los datos generales de los encuestados acerca del consentimiento del personal enfermero a participar de dicho trabajo de investigación y datos personales que quiera aportar como: área de trabajo de la institución (H.I.G.A), sexo y edad.

- La parte I, a través de 10(diez) preguntas, desarrolla la variable de "*grado de conocimiento sobre el proceso de la muerte*". Las dimensiones de ésta variable serán los roles desempeñados como profesionales; rol moral, rol técnico y rol propio que se deben conocer a la hora de trabajar con pacientes moribundos.

-La parte II, a través de 19 preguntas englobadas en 10 ítems, desarrolla la variable de "*calidad de atención brindada al paciente moribundo y a su familia*". Las dimensiones de esta variable son también el rol moral, rol técnico y rol propio que el enfermero ejecuta trabajando con un paciente moribundo.

- La parte III, será una sección abierta en la cual los enfermeros encuestados podrán expresar libremente sugerencias sobre el trabajo realizado, como así también plasmar una percepción personal de calidad de atención que brindan actualmente según los conocimientos que posean a los pacientes internados moribundos.

Procesamiento de los datos:

Los datos serán procesados a través de la utilización de herramientas informáticas. Sistema Operativo Microsoft Office 2007.

Análisis y presentación de los datos:

Los datos serán analizados utilizando elementos de análisis de estadística descriptiva. A tales fines se emplearán tablas univariadas y gráficos (sectoriales y barras simples) que permiten alcanzar el objetivo de éste estudio descriptivo y transversal, mostrando la situación de las variables evaluadas.

Para el análisis de las variables de la encuesta se utilizarán los siguientes índices:

- Grado de conocimiento enfermero sobre el proceso de la muerte:

ALTO: > 80% de las preguntas respondidas en positivo. Es decir contestadas correctamente. Equivale a más de 7 preguntas contestadas positivamente.

MEDIO: 50 %-80% de las preguntas respondidas en positivo. Es decir contestadas correctamente. Equivale de 4 a 7 preguntas contestadas positivamente.

BAJO: < 50% de las preguntas respondidas en positivo. Es decir contestadas correctamente. Equivale a menos de 4 preguntas contestadas positivamente.

- Calidad de atención brindada al paciente moribundo y su familia:

BUENA: > 80% de las acciones de enfermería ejecutadas en un plan de cuidados diario. Es decir aquellas preguntas contestadas como que se realizan. Equivale a más de 16 y hasta el total de las acciones de enfermería planteadas en el cuestionario.

REGULAR: 50%- 80% de las acciones de enfermería ejecutadas en un plan de cuidados diario. Equivale a entre 10 y 16 acciones de enfermería realizadas positivamente.

MALA: <50% de las acciones de enfermería ejecutadas en un plan de cuidados diario. Equivale a menos de 10 acciones realizadas positivamente.

Para el análisis de la información obtenida se utilizaron gráficos y textos resumiendo las conclusiones obtenidas. Se utilizó un análisis descriptivo para los datos obtenidos. El tratamiento, de los mismos, fue de tipo individual en primera instancia, para luego ser analizados globalmente.

El tema tratante es de difícil acceso emocional, debido a la negación generalizada que hay sobre la muerte. El primer obstáculo fue vencer los temores de las personas allegadas laboralmente y colegas para poder dialogar sobre el tema. Luego las dificultades de cumplimientos universitarios, cumplimentar las tareas de estudio con el trabajo, se realizó búsqueda exhaustiva, no sólo de material de lectura, sino también, audiovisual como las películas; "Antes de Partir" y film en relación a la muerte hospitalaria. que enriquecen este trabajo también.

Se debe mencionar que el presente trabajo fue presentado para su realización y puesta en marcha en una Institución Privada en la Ciudad de Mar del Plata y no se logró la autorización de las autoridades. Es por ello que en segunda instancia se recurrió al Hospital Escuela más importante del Partido de General Pueyrredón. La institución trabaja con adultos exclusivamente. (Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende).

Haciendo referencia a la organización de la investigación, y en relación al proceso administrativo se detallan a continuación los costos de la presente tesis:

- Compra de libros como material bibliográfico \$300
- Impresión de material de búsqueda por internet: \$50
- Compra de películas como material adicional: \$ 60
- Alquiler de películas como material adicional: 35
- Traslado: \$100
- Costos de fotocopias: \$ 50

Se realizaron entrevistas con profesionales de manera informal con el fin de recabar la información, tales como médicos clínicos, médicos forenses, peritos forenses de la Policía Bonaerense de la ciudad de Mar del Plata.. estas personas por decisión de las mismas se conservan en el anonimato pero han aportando material enriquecedor en el presente trabajo.

ESQUEMA DE VARIABLES

	GRADO DE CONOCIMIENTO	CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA
ROL MORAL	Beneficencia Dignidad, amparo, no maleficencia	Resocialización de la muerte
	Justicia Autonomía, consentimiento	Satisfacción de necesidades
	Confidencialidad petitorios	
	Concepto de muerte	Cuidados del cuerpo/tareas de confort
ROL TÉCNICO	Paciente moribundo	
	Cuidados enfermeros Capacitación	Cuidados de la unidad del paciente Comunicación Preservación de la integridad de los cuidados
ROL PROPIO	Percepción laboral	

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

PLANILLA PARA SINTETIZAR LA INFORMACIÓN OBTENIDA:

VARIABLE: "GRADO DE CONOCIMIENTO ENFERMERO".

ROL MORAL:

INDICADORES	INDICE
Beneficencia	1. Conocimiento de una muerte con dignidad, sin desamparo, sin lastimar - Conoce -No conoce
Justicia	2. Conocimiento del principio de autonomía y transmisión de la verdad - Conoce -No conoce
Confidencialidad	3. Conocimiento de permitir expresar los petitorios previos a morir y el Derecho del paciente a reglamentar un funeral -Conoce -No conoce

ROL TÉCNICO:

INDICADORES

ÍNDICE

Concepto de muerte	4. Conocimiento de signos de muerte inminente y signos clínicos de muerte	-Conoce -No conoce
Paciente moribundo	5. Conocimiento de las técnicas para el alivio de dolor y del sufrimiento	-Conoce -No conoce
	6. Conocimiento de la teoría de la crisis y del proceso de duelo	-Conoce -No conoce
Cuidados enfermeros	7. Conocimiento de los patrones funciones de salud que se ven alterados en El paciente moribundo	-Conoce -No Conoce

ROL PROPIO:

INDICADORES

ÍNDICE

Capacitación	8. Conocimiento de poder ampliar la información y capacitarse en los Cuidados paliativos.	-Conoce -No conoce
--------------	---	-----------------------

Responsabilidad propia	9. Conocimiento de la influencia que existe entre los años de ejercicio y La adquisición de herramientas para trabajar con paciente moribundos.	-Conoce -No conoce
------------------------	---	-----------------------

VARIABLE : “ CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE MORIBUNDO”

ROL MORAL:

INDICADORES

INDICE

Resocialización de la muerte	1. Realiza tareas que hagan participe a los familiares del paciente moribundo	- Realiza -No realiza
	2. Realiza tareas que promuevan la continuidad de los cuidados para el resto de Los turnos laborales de enfermería abriendo canales de comunicación	-Realiza -No realiza
Satisfacción de Necesidades	3. Realiza tareas que resuelvan eficazmente el problema de salud del paciente Moribundo	-Realiza -No realiza

- | | |
|--|--------------------------|
| 4. Realiza tus tareas conservando el buen trato hacia el paciente moribundo y hacia
Hacia sus familiares | - Realiza
-No realiza |
| 5. Realiza su atención de manera fiel e íntegra, sin fallas, errores o demoras | -Realiza
-No realiza |
| 6. realiza su trabajo de enfermería ejerciendo su atención de manera igualitaria
(dando las mismas oportunidades a los pacientes moribundos) | -Realiza
-No realiza |
| 7. Realiza su tareas brindando información completa, verídica y que permita un
Conocimiento del entorno, los derechos y deberes de la hospitalización | -Realiza
-No realiza |
-

ROL TÉCNICO:

INDICACIONES

Cuidados del cuerpo/ tareas de confort

ÍNDICE

- | | |
|--|--------------------------|
| 8. Realiza tareas de estimulación táctil y sensitiva al paciente moribundo | -Realiza
-No realiza |
| 9. Realiza cambios posturales (cambios de decúbito) al menos 2 veces en su turno | - Realiza
-No realiza |
| 10. Realiza tareas de aspiración (orotraqueal- nasotraqueal- endotubo TET- por | -Realiza |

- Traqueostomía). al menos 2 veces por turno -No realiza
- 11. Realiza tareas de valoración del patrón nutricional- metabólico manteniendo un plan de alimentación acorde a los requerimientos calóricos y tolerancia gastrointestinal
 - Realiza
 - No realiza

Cuidados de la unidad del paciente

- 12. Realiza la valoración adecuada de la ropa de cama de su paciente moribundo asegurándose Que éste limpia y al momento de colocarla que quede floja -Realiza
 - No realiza
- 13. Realiza actividades que promuevan un ambiente cálido durante la hospitalización, realizando la Integración de la familia en el plan de cuidados. -Realiza
 - No realiza

ROL PROPIO:

Comunicación

- 14. Realiza una comunicación clara y acorde para el entendimiento del paciente y su familia -Realiza
 - No realiza
- 15. Realiza la comunicación utilizando el recurso verbal y no verbal (gestual) según la ocasión. -Realiza
 - No realiza
- 16. Realiza actividad que posibiliten que el paciente y su familia pueda expresar sus miedos -Realiza

-No realiza

Preservación en la integridad de los cuidados

17. Observación de las reacciones emocionales del enfermo en situación
- Realiza
 - No realiza
18. Observación de las reacciones emocionales en los familiares del paciente en situación terminal
- Realiza
 - No realiza
19. Observación de las reacciones emocionales del equipo de salud ante el diagnóstico irreversible y la situación de muerte
- Realiza
 - No realiza

PARTE I

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Departamento Pedagógico de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Taller de Trabajo Final

Usted participará de un trabajo investigativo desarrollado para la Universidad Nacional de Mar del Plata. Completará un formulario de preguntas sobre su actividad laboral. Éstas se desarrollan en marco a la atención de pacientes en el estadio terminal de su enfermedad y que requieren de cuidados paliativos por parte de usted. Complete el formulario con información verdadera, considere que dicha información brindada será tenida en cuenta sólo para este trabajo y no se divulgaran sus datos.

Participo

No participo

Fecha:

lugar de trabajo:

turno laboral:

sexo:

edad:

Marque la respuesta correcta. Sólo una de las opciones es correcta.

Grado de conocimiento sobre el proceso de la muerte:

1. La beneficencia es un principio bioético tendiente a....
 - a. La intención de NO LASTIMAR
 - b. No desamparo
 - c. Ninguna es correcta
 - d. A y b son correctas

2. un acto ejercido con justicia hacia un paciente moribundo es...
 - a. digno
 - b. equitativo
 - c. injusto
 - d. brindar cuidados integrales

3. ¿Cómo se manifiesta el sentido ético de la profesión enfermera?
 - a. Basta poseer información sobre ética para actuar éticamente
 - b. Condiciones favorables para el proceso humanizador
 - c. Mediante la información sobre ética y el perfeccionamiento propio
 - d. Utilización del Código Deontológico en cada acto profesional
 - e. c y d son correctas

4. ¿Cuáles de los siguientes enunciados son completamente bioéticos?
 - a. Autonomía, perseverancia, secreto profesional
 - b. Autonomía, secreto profesional, confidencialidad, honestidad
 - c. Autonomía, secreto profesional, confidencialidad, justicia

- d. Todas son correctas
5. Las cualidades morales de la profesión enfermera son las siguientes:
- a. Autoridad y responsabilidad
 - b. La honestidad intelectual: buscar, aceptar, amor, vivir y transmitir la verdad
 - c. Sabiduría ética con la praxis ética
 - d. Ninguna es correcta
 - e. a y b son correctas
6. ¿Cuáles de los siguientes signos son pertenecientes a un paciente con muerte inminente?
- a. Enlentecimiento circulatorio
 - b. Livideces
 - c. Alteración electrocardiográfica
 - d. Todas son correctas
 - e. a y b son correctas
7. ¿Los cuidados que enfermería implementa para poder mitigar el dolor somático de un paciente moribundo son los siguientes?
- a. Uso exclusivo de medicación con función de sedoanalgesia
 - b. Cambios posturales exclusivamente
 - c. Cambios posturales, recurso de masajes locales, ambiente tranquilo, sin medicación
 - d. Ninguna es correcta
8. Las frases reconocidas mundialmente como identificatorias de un proceso de duelo en una situación de crisis son las que se mencionan a continuación:
- a. Ira, aceptación, negociación, agonía, negación
 - b. Agonía, aceptación, negación, miedo a morir

- c. Negación, depresión, negociación, ira, aceptación
 - d. Negación, depresión, verborragia, intolerancia
9. ¿Los patrones disfuncionales hallados en un paciente moribundo luego de la valoración de enfermería son:?
- a. Los 6 patrones funcionales de Gordon
 - b. Los 14 patrones funcionales de Gordon
 - c. Los 11 patrones funcionales de Gordon
 - d. Los 12 patrones funcionales de Orem
 - e. Ninguna es correcta
10. Definición del concepto de "tanatología":
- a. Es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la vida en los seres humanos
 - b. Es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la metamorfosis en los seres humanos
 - c. Es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la hipotermia en los seres humanos
 - d. Es una disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos
 - e. a y b son correctas

PARTE II

Calidad de atención brindada al paciente moribundo y a su familia:

1.

- a) ¿Realiza visitas regulares en la habitación / sala de un paciente moribundo?

Si realizo

si contesto que si, justifique la respuesta _____

No realizo _____

b) ¿Realiza entrevistas con los familiares de un paciente moribundo, conversando sobre la muerte?
Si realizo _____
si contesto que si, justifique su respuesta _____
No realizo _____

2.
a) ¿Realiza una programación de los cuidados que un paciente moribundo requiere, por orden de prioridad, en su turno laboral?
Si realizo _____
si contesto que si, justifique su respuesta _____
No realizo _____

b) ¿Realiza las transmisión de las tareas que no pudo concluir o realizar, en el pase de guardia?
Si realizo _____
si contesto que si, justifique su respuesta _____
No realizo _____

3.
a) ¿Realiza mediante la valoración de enfermería, la identificación de necesidades en un paciente moribundo?
Si realizo _____
si contesto que si, justifique su respuesta _____
No realizo _____

b) ¿Realiza actividades que logren la satisfacción o bienestar de un paciente moribundo?
Si realizo _____
si contesto que si, justifique su respuesta _____
No realizo _____

4. _____

a) ¿Realiza sus tareas de enfermería dirigiéndose al paciente moribundo y su familia con una conducta tranquila que fomente templanza?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo

b) ¿Realiza actividades de enfermería que fomenten la satisfacción de necesidades físico, mental, emocional y espiritual?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo

5.

a) ¿Realiza su atención de enfermería dirigiéndose a la habitación/ sala sin demoras al momento de ser solicitado?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo

b) ¿Realiza su labor eficazmente trabajando con más de un paciente moribundo en su turno laboral?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo

c) ¿Realiza igualmente su trabajo de enfermería sin distinción de raza, sexo, religión, cultura, profesión, tipo de patología, edad, ideología, partido político, etc?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo

1.

a) ¿Realiza actividades que favorezcan la capacidad sensorial de un paciente moribundo, tocándolos, hablándoles, etc?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

b) ¿Realiza higiene diría parcial o total en un paciente moribundo?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

c) ¿Realiza la valoración de enfermería favoreciendo el abrigo corporal de un paciente moribundo?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

2. a) ¿Realiza rotaciones de decúbito regulares en su turno laboral, al menos tres veces?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

10. a) ¿Realiza tareas de aspiración (oro-traqueal, nasotraqueal, endotubo TET, o por traqueostomía) según requerimiento?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

b) ¿Realiza actividades que favorezcan la adaptación del paciente moribundo ante la falta aguda de oxígeno en las situaciones de agonía?

Si realizo si contesto que si, justifique su respuesta _____

No realizo _____

c) ¿Realiza tareas que disminuyan los estados fébriles agudos de los pacientes moribundos?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta

No realizo

d) ¿ Realiza tareas diarias que disminuyan las probabilidades de lesiones locales de la piel, heridas e infecciones?

Si realizo

si contesto que si, justifique su respuesta

No realizo

PARTE III

Opiniones y sugerencias respecto de la calidad de atención a los pacientes moribundos y a su familia:

Para el análisis de la información obtenida se utilizaron gráficos y textos resumiendo las conclusiones obtenidas. Se utilizó un análisis descriptivo para los datos obtenidos. El tratamiento, de los mismos, fue de tipo individual en primera instancia, para luego ser analizados globalmente.

El tema tratante es de difícil acceso emocional, debido a la negación generalizada que hay sobre la muerte. El primer obstáculo fue vencer los temores de las personas allegadas laboralmente y colegas para poder dialogar sobre el tema. Luego las dificultades de cumplimientos universitarios, cumplimentar las tareas de estudio con el trabajo, se realizó búsqueda exhaustiva, no sólo de material de lectura, sino también, audiovisual como las películas; "Antes de Partir" y film en relación a la muerte hospitalaria. que enriquecen este trabajo también.

Se debe mencionar que el presente trabajo fue presentado para su realización y puesta en marcha en una Institución Privada en la Ciudad de Mar del Plata y no se logro la autorización de las autoridades. Es por ello que en segunda instancia se recurrió al Hospital Escuela más importante del Partido de General Pueyrredón. La institución trabaja con adultos exclusivamente. (Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende).

Haciendo referencia a la organización de la investigación, y en relación al proceso administrativo se detallan a continuación los costos de la presente tesis:

- Compra de libros como material bibliográfico \$300
- Impresión de material de búsqueda por internet: \$50
- Compra de películas como material adicional: \$ 60
- Alquiler de películas como material adicional: 35
- Traslado: \$100
- Costos de fotocopias: \$ 50

Se realizaron entrevistas con profesionales de manera informal con el fin de recabar la información, tales como médicos clínicos, médicos forenses, peritos forenses de la Policía Bonaerense de la ciudad de Mar del Plata.. estas personas por decisión de las mismas se conservan en el anonimato pero han aportando material enriquecedor en el presente trabajo.

Cronograma general de actividades durante el año 2009

Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Inicio taller de trabajo final. Aprobación del tema	Presentación de la bibliografía a la cátedra	Lectura, análisis y selección de información recolectada	Lectura, análisis y selección de información recolectada	Lectura, análisis y selección de información recolectada	Presentación de la tesis escrita	Presentación formal del protocolo de investigación realizado

Cronograma general de actividades durante el año 2010

Eneros	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Ajustes del material. Se solicita autorización en institución privada	Ajustes del material. Se solicita autorización en institución privada	Solicitud escrita a directorio de institución privada	Ajustes del material. Se solicita autorización en institución privada	Se realizan correcciones. Se recibe negativa en institución privada.	Se culminan correcciones. Se envía material al HIGA. Se realiza nueva presentación a cátedra

Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Se realizan entrevistas con jefatura del Departamento de Investigaciones de HIGA	Se ajusta el diseño metodológico	Se recibe aceptación del HIGA	Se realiza nueva presentación a titular de cátedra	Se realizan nuevas modificaciones	

Cronograma general de actividades durante el año 2011

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Actualización de los datos del trabajo	Actualización de los datos del trabajo	Actualización de los datos del trabajo	Se solicita a jefe de personal del HIGA información para actualizar datos de muestreo	Presentación a la cátedra	Modificaciones y nueva presentación a cátedra

CAPÍTULO IV

Análisis e interpretación de los datos:

A: VARIABLE: GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE LA MUERTE

A.1 SOBRE EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

A través del análisis de la categoría A.1 se puede percibir que existe una fuerte conciencia enmarcada en grado de conocimiento que posee los enfermeros del hospital interzonal Mar del Plata. Para los encuestados la principio de beneficencia involucra no lastimar y o desamparar al paciente moribundo internado.

A.PRINCIPIO BIOETICO DE JUSTICIA

Analizando los datos se logra apreciar una predominancia dirigida a los actos de justicia hacia un paciente moribundo y en base a ello sobresalta la dignidad y los actos que brinda cuidados integrales como aquellos representantes de actos justos.

A.3. MANIFESTACION DEL SENTIDO BIOETICO DE LA ENFERMERÍA

En la interpretación de los datos obtenidos se visualiza una mayoría considerable de enfermeros que expresa que la manifestación bioética e el ejercicio de la profesión debe hallarse información sobre bioética más el perfeccionamiento propio y la implementación del Código Deontológico creado para el ejercicio profesional de los enfermeros.

A.4. ENUNCIADO BIOETICO

Realizado el análisis de aquellos términos considerados como bioéticos se logra establecer que sólo una minoría logra identificar a la autonomía, el secreto profesional, la confidencialidad y la justicia como principios bioeticos. Mientras que en más de la mitad de los encuestados involucra en la terminología bioética a la perseverancia y la honestidad como principios bioeticos cuando en discordancia estos términos o pertenece a la categoría.

A.5. CUALIDADES MORALES DEL ENFERMERO

Se puede valorar a través del análisis de esta categoría que los enfermeros encuestados logra establecer de manera satisfactoria las cualidades morales teniendo en su conocimiento a la autoridad y a la honestidad intelectual como elementos estructurantes en su praxis.

A.6 SIGNOS CLINICOS DE MUERTE INMINENTE

En esta categoría se visualiza analizando los datos que hay una fuerte identificación de la muerte aparente y relativa estado en conocimiento de los enfermeros la hipoperfusión periférica (o enlentecimiento circulatorio) y por consiguientes a las livideces como

signos de muerte inminente visibles en la valoración de enfermería. Sólo un tercio de los enfermeros no logra identificar con claridad esta categoría.

A.7 MITIGACIÓN DE DOLOR SOMATICO

Se logra evidenciar que una cuarta parte logra identificar al tratamiento del dolor como incompleto en las opciones indicadas. En concordancia una mayoría evidenciada realiza tratamiento para mitigar el dolor utilizado parcializadamente el accionar, solo utiliza tratamiento médico, o solo cambios posturales a los pacientes moribundos.

A.8 FASES DEL DUELO

Se identifica una fuerte tendencia conformada por la mitad de los encuestados a establecer y conocer las fases que componen a los procesos de duelo que puede atravesar los pacientes moribundos o sus familiares directos.

A.9 PATRONES DISFUNCIONALES DE GORDON EN EL PACIENTE MORIBUNDO

Sobre la identificación de los patrones disfuncionales de Mayory Gordon solo una minoría de los encuestados logra identificarlos acertadamente. La tendencia mayoritaria es a desconocer los Patrones Disfuncionales en los pacientes moribundos. Tal característica impresiona sobre el conocimiento o no de los 11 patrones constituyentes de la valoración de enfermería.

A.10. CONCEPTO DE TANATOLOGIA

En relación a la identificación de la disciplina encargada del estudio de la muerte fue acertada la respuesta en una cantidad mayoritaria. No obstante, un porcentaje que no se desestima desconocía el término.

INFORME:

Tabla 1: Conocimiento sobre el proceso de la muerte según los interrogantes planteados, agosto- diciembre 2011. Hospital Interzonal General Agudos Oscar Alende.

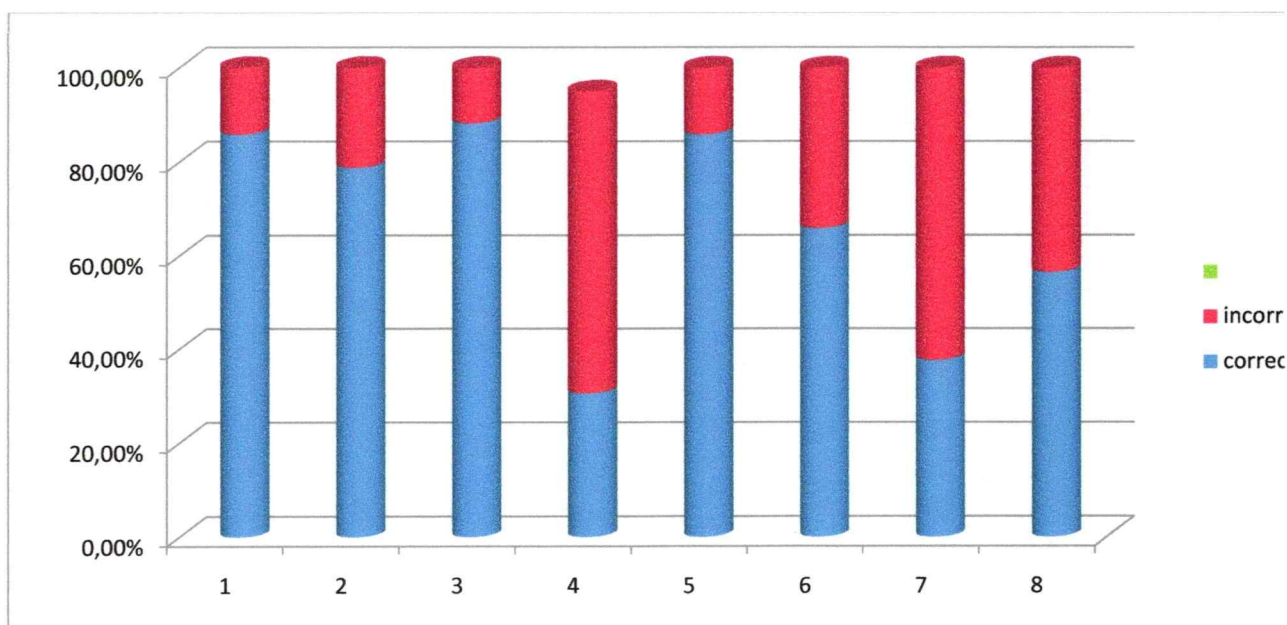
PREGUNTAS	RESPUESTAS CORRECTAS	%	RESPUESTAS INCORRECTAS	%	TOTAL
1	73	85,88%	12	14,12%	100%
2	67	78,82%	18	21,18%	100%
3	75	88,23%	10	11,76%	100%
4	26	30,58%	59	64,42%	100%
5	73	85,88%	12	14,12%	100%
6	56	65,88%	29	34,12%	100%
7	23	37,65%	53	62,35%	100%
8	48	56,48%	37	43,52%	100%
9	17	20%	68	80%	100%

10	54	63,52%	31	36,48%	100%
----	----	--------	----	--------	------

Fuente: Tabla elaborada en base a encuesta realizada en el Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende sobre la variable Grado de Conocimiento sobre el Proceso de la Muerte durante los meses de Agosto- Diciembre de 2011. Elaborada por Gómez Salvatierra Cintia S.

En la Tabla 1 se visualiza en la primer columna las 10 preguntas (numeradas) que constituyen la primer parte de la encuesta realizada analizando la variable independiente "Grado de conocimiento sobre el proceso de la muerte". en cada uno de los interrogantes se identifican quienes de los 85 enfermeros contestaron correcta o incorrectamente con sus respectivos porcentajes.

Grafico 1: Conocimiento sobre el proceso de la muerte según los interrogantes planteados, agosto- diciembre 2011. Hospital Interzonal General Agudos Oscar Alende.



Fuente: Resultados obtenidos de la encuesta administrada a los enfermeros del Hospital Interzonal Generalde Agudos Oscar Alende, en base a la variable Grado de Conocimiento sobre el Proceso de la Muerte durante los meses de Agosto –Diciembre de 2011. Elaborado por Gómez Salvatierra Cintia S.

El grafico muestra según la disposición de los colores (azul enfermeros que contestaron correctamente y con bordo aquellos que lo hicieron de manera incorrecta). En la visualización se observa una mayor cantidad de enfermeros encuestados que contestaron favorablemente.

B. CALIDAD DE ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE MORIBUNDO Y A SU FAMILIA

1. Visitas regulares a la sala/habitación del paciente moribundo: los enfermeros mediante las encuestas han informado en su mayoría que realizan visitas regulares, un 83,5% de los enfermeros priorizan a los pacientes internados agónicos y refuerzan sus recorridos en su jornada laboral.
2. Entrevistas conversando de la muerte: El 42,36% no se encuentra interesado en efectuar charlas o conversar con el paciente moribundo y sus familiares sobre el proceso de la muerte.
3. Programación de los cuidados: De manera casi similar, la mitad de la población programa sus actividades desde el comienzo de su jornada priorizando las acciones para realizar con el paciente moribundo. La otra mitad no realiza programaciones.
4. Transmisión de las tareas: Del análisis del punto anterior, el 76% de los enfermeros encuestados realiza la transmisión de las tareas que tenía programadas y no pudo concluir en su pase de guardia.
5. Identificación de necesidades en el paciente moribundo: De los 85 enfermeros encuestados, el 23,5% no identifica, o no realiza la detección de las necesidades que pueda llegar a requerir un paciente moribundo hospitalizado.
6. Actividades de satisfacción y bienestar: Una mayoría destacable realiza actividades en su turno laboral para poder satisfacer y lograr un bienestar
7. Conducta tranquila que fomente templanza: el 75% de los enfermeros trabaja y percibe la muerte con templanza, pudiendo también transmitir tranquilizar en dicho proceso.
8. Satisfacción de necesidades físico, mental, emocional y espiritual: 58 enfermeros de los 85 encuestados intenta satisfacer integralmente las necesidades del paciente moribundo.
9. Sin demoras al ser solicitado: El 85% informa que al ser alertado por el paciente/ familiar/ o conocido, se dirige a la sala/ habitación sin demoras al ser solicitado interpretando la prioridad del paciente moribundo.
10. Labor eficaz con más de un paciente moribundo: En interpretación de los datos se clarifica que una mitad proporcional reconoce poder llevar adelante en su turno laboral las tareas sin dificultades teniendo más de un paciente moribundo. Y la otra mitad proporcional refiere no realizar de manera eficaz su labor si presenta más de un paciente moribundo al mismo tiempo.
11. Igualitariamente su labor sin distinción: el 87% de los encuestados refiere realizar su labor diario sin distinción de raza, sexo, patología, origen de derivación, etc.

12. Actividades para aumentar la capacidad sensorial: casi un 72% de los enfermeros realiza actividades para fomentar la contención y la percepción del paciente moribundo. Esta mayoría identifica al contacto piel a piel, es decir tomar contacto directo junto a masajes como importante en los pacientes moribundos.

13. Higiene diaria total o parcial: El 22% de no realiza actividades de higiene en el paciente moribundo.

14. Favorece el abrigo corporal: El 68% de los enfermeros realiza actividades que favorezcan el abrigo corporal de un paciente moribundo, es decir no expone el cuerpo desnudo de paciente.

15. Rotaciones regulares. Siendo una de las actividades diarias y más comunes dentro de los cuidados enfermeros, el 75% de los enfermeros encuestados realiza también rotaciones regulares al menos una vez por turno, según describen, a los pacientes moribundo a su cargo.

16. Aspiraciones según requerimiento: El 70% de los enfermeros encuestados realiza actividades de liberación de la vía aérea, en cualquiera de sus alternativas (por TET, por traqueostomía, o por boca o nariz) mediante aspiración según requerimiento del paciente, de las secreciones que pudiese tener.

17. Actividades para la adaptación a la falta de oxígeno: En una cantidad mayoritaria el 78% de los enfermeros realiza actividades que favorezcan la falta de oxígeno, describen semisentar al paciente, colocar máscara con oxígeno y ambiente tranquilo.

18. Disminución de los estados fébriles: El 83,5% de los enfermeros describe realizar actividades para disminuir la fiebre en los pacientes moribundos como realizar baños, colocar medios físicos, y solicitar autorización para administración de antitérmicos.

19. Actividades que disminuyan las lesiones de la piel, las heridas y las infecciones: El 82% de los encuestados prioriza y realiza tareas de prevención de las lesiones de la piel en los pacientes moribundos postrados en la cama.

INFORME

Tabla 2: Realización de cuidados enfermeros sobre el paciente moribundo según interrogante planteado. Agosto- diciembre de 2011. Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende. Mar del Plata

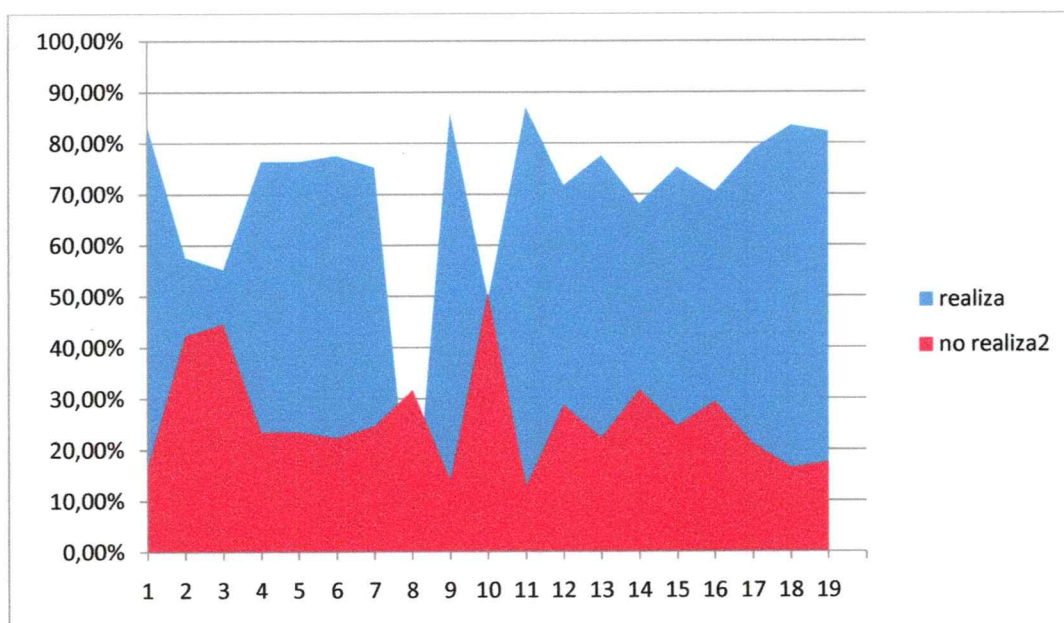
número	Realiza	%	No realiza	%	Total
1	71	83,52%	14	16,48%	100%
2	49	57,64%	36	42,36%	100%
3	47	55,30%	38	44,70%	100%
4	65	76,47%	20	23,53%	100%
5	65	76,47%	20	23,53%	100%
6	66	77,64%	19	22,36%	100%
7	64	75,30%	21	24,70%	100%

8	58	68,23%	27	31,77%	100%
9	73	85,88%	12	14,12%	100%
10	42	49,41%	43	50,59%	100%
11	74	87,05%	11	12,95%	100%
12	61	71,76%	24	28,74%	100%
13	66	77,64%	19	22,36%	100%
14	58	68,23%	27	31,77%	100%
15	64	75,30%	21	24,70%	100%
16	60	70,59%	25	29,41%	100%
17	67	78,82%	18	21,18%	100%
18	71	83,52%	14	16,48%	100%
19	70	82,35%	15	17,65%	100%

Fuente: Tabla elaborada analizando la encuesta en el Hospital Interzonal General de Agudos sobre la variable Calidad de Atención al Paciente Moribundo, durante los meses de Agosto- Diciembre de 2011. Elaborado por Gómez Salvatierra, Cintia

En la tabla 2 se analiza la variable dependiente, siendo la calidad de atención brindada al paciente moribundo, mediante 19 interrogantes, colocados en la primera columna. Esta variable se desarrolla mediante la realización o no realización de actividades de cuidados enfermeros dirigidos directamente al paciente moribundo.

Grafico 2: Realización de cuidados enfermeros sobre el paciente moribundo según interrogante planteado. Agosto- diciembre de 2011. Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende. Mar del Plata



Fuente: Resultados obtenidos según encuesta administrada analizando la variable Calidad de Atención Brindada al Paciente Moribundo, durante los meses de Agosto-Diciembre de 2011. Elaborada por Gómez Salvatierra, Cintia S.

Entrecruzamiento de datos:

Analizando la variable GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE LA MUERTE, y considerando que ésta misma se profundizaba bajo 10 (diez) interrogantes a encuestar, se realiza una interpretación de los datos, conceptualizando en un total de 85 (ochenta y cinco) enfermeros encuestados, estos contestaron globalmente 7 (siete) preguntas de manera satisfactoria y respondieron globalmente 3 (tres) de manera no satisfactoria. Por lo que según el diseño metodológico para el análisis de las variables, esta misma es interpretada del siguiente modo:

- Respuestas correctas total: 7 siete, un 70%
- Respuestas incorrectas total: 3 tres, un 30%

Analizando la variable CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE MORIBUNDO, y considerando que esta misma se profundiza en el estudio de 19 ítems sobre acciones directas hacia los pacientes moribundos internados, conceptualizando un total de 85 (ochenta y cinco) enfermeros al azar encuestados, se interpretan los datos de manera globalizada de la siguiente manera.

- 18/ 19 acciones globalmente realizados
- 1/ 19 acción globalmente no realizada.

Por lo que se concluye globalmente:

- ➔ La variable GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PROCESO DE LA MUERTE es considerado como es un nivel MEDIO.
- ➔ La variable CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE MORIBUNDO es considerada como BUENA.

ANEXOS

- Anexo 1: se adjunta autorización emitida por el Departamento de Investigación, aprobando la realización del trabajo de investigación en el Hospital Interzonal General de Agudos, Oscar Alende.

Mar del Plata 20 de Agosto de 2010

Licenciada Zelaya Laura
Titular de Cátedra Taller de trabajo final
S / D

Por medio de la presente se presta autorización para la realización de la investigación "Asociación entre el grado de conocimiento del enfermero sobre el proceso de la muerte y la calidad de atención brindada al paciente moribundo y su familia" en la institución.



Dr. Gonzalo Corral
Coordinador Comité Investigación
H.I.G.A. Dr. Oscar Alende

Dr. Gonzalo Corral
Coordinador del Comité de Investigación
HIGA Oscar Alende

- Autorización del Departamento de Docencia e Investigación. Lic en Enfermería Alcira Durán para circular en el Hospital para hacer las encuestas



Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires
Hospital Interzonal General de Agudos
"Dr. Oscar E. Alende" de Mar del Plata

SERVICIO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Mar del Plata 5 de Septiembre de 2011

Para Información de Supervisoras, Coordinadoras y Enfermeras/os Jefas de los Servicios de Internación del Hospital Interzonal General de Agudos, "Dr. Oscar Alende".

S / D

De Lic. Alcira Durán
Área Enfermería Servicio de Docencia e Investigación

Por la presente se informa a Uds que la estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la UNMDP, Sra Gómez Salvatierra Cintia, cuenta con la autorización del Comité de Investigación y la Dirección del HIGA, para realizar las encuestas con el personal del Servicio de Enfermería de este Hospital, dichas encuestas es al solo efecto de completar su tesis de Investigación. Motivo por cual, es necesario que esta información se haga extensiva a todo el personal de enfermería que dependan de esa conducción.

Atentamente.

NOTIFICARSE:

Alcira Durán
ALCIRA DURÁN
Licenciada en Enfermería
M.P. 703

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
Enf. J. J. J.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
M.P. 703

[Handwritten signature]

- Anexo 2: Fotos de un seminario realizado por Gómez Salvatierra, Cintia en el Talar de Pacheco (Buenos Aires), en empresa auto partista, destinado a socorristas. Julio de 2010.



- Anexo 3: Los derechos del moribundo.

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte.
- Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación.
- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte.
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aún cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
- Tengo derecho a morir con paz y dignidad.
- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones mías que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras muerte.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

CONCLUSIONES:

En la mayoría de los profesionales causa un fuerte impacto, la muerte. De manera globalizada, en distintos grados, se le teme a la muerte o al menos genera preocupación. Se incrementa al estar en contacto con pacientes moribundos. La reacción casi automática es alejarse de una situación sumamente desagradable que sólo sirve para recordar que un día también nosotros tenemos que morir.

Según pudo observarse, la muerte ocurre a diario en la práctica del profesional de enfermería, es un evento único y difícil de afrontar, así como también, para el familiar por su ser querido. Se teme no sólo a la muerte, sino al proceso que conduce a ello, a la agonía lenta, al dolor y a la pérdida de las facultades mentales.

Por parte de los enfermeros se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge una inquietud de conocer cuan preparado está éste profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella.

El cuidado es considerado un "valor fundamental" de enfermería. El cuidado abarca un sentimiento empático hacia la experiencia del paciente. Cuidar como significado de un sentimiento de incumbencia, de vigilancia y de interés con una visión de protección.

La institucionalización hace que el profesional enfermero, tenga una importante participación de este proceso con el paciente moribundo y con su familia.

El tercer punto de la encuesta de investigación se comenta en este lugar, siendo un espacio para el desarrollo de lo que los enfermeros consideran como de comentario o de aporte para la temática de la muerte en la profesión. De esta manera, algunos de los enfermeros mencionan que la empatía define al profesional de la salud y que es necesario presentar conocimientos sobre bioética para llevar adelante estas situaciones cruciales en la vida de los seres humanos. También dejan plasmado la intención que tienen en que sus pacientes mueran sin dolor, siendo también, necesario escuchar a los familiares para establecer de esta manera una preparación psicológica para muerte. Reconocen los enfermeros del HIGA en su mayoría que nadie está preparado y que algunos pacientes sufren más de lo necesario, no obstante entienden que mientras haya vida debe hacerse todo lo necesario. Y para dar un cierre a los comentarios sobre el punto número tres de la encuesta, los enfermeros informan que hay escases en el recurso humano, por lo que su labor diaria a veces se ve frustrada por qué no logran concluir con todas su programaciones.

Se encuestaron 85 (ochenta y cinco) enfermeros de manera aleatoria componentes de los 4 (cuatro) turnos laborales, exclusivamente en las áreas de

internación de clínica médica, terapia intermedia, terapia intensiva y la unidad coronaria.

Los datos apreciados directamente y de manera globalizada son que los enfermeros del Hospital Interzonal General de Agudos Oscar Alende presentan un grado de conocimiento sobre el proceso de la muerte "medio" y que no obstante ello, presenta una calidad de atención hacia los pacientes moribundos "buena". Por los datos expuestos y por ser la muestra considerada insuficiente se considera al resultado obtenido como insuficiente para abordar conclusiones determinantes de las variables analizadas. Además el presente trabajo de investigación no pretende agotar las posibilidades de continuar con las tareas investigativas sobre la presente temática.

BIBLIOGRAFÍA:

Abad Fabiana C. "Indagación Acerca del Trabajo Interdisciplinario del Equipo de Salud Frente a la Muerte". Escuela Superior de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Buenos Aires. Mayo 1996.

Barros, Marcelo." La Pulsión de la Muerte, el Lenguaje y el Sujeto". Edición EL OTRO. Colección Brújula. 1996.

Chauchard, Paul. La Muerte. Biblioteca del Hombre Contemporáneo. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. Año 1999.

Consejos Internacional de Enfermeras. Declaración de Posición del CIE sobre la función de la Enfermería que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. Biblioteca Las Casas. 2006.

Dargyay, Eva K. Bardo Thodol. "El libro Tibetano de los Muertos" .Arca de Sabiduría. Buenos Aires. Argentina. Año 2007.

Kübler- Ross Elizabeth." La Muerte y los Moribundos". Edición ZATA. Barcelona. España. 2004.

Kübler-Ross Elizabeth. "La Rueda de la Vida". Edición Bolsillo ZETA. Barcelona. España. Año 1997.

Kübler- Ross E, Kessler D. "Lecciones de Vida". Editorial Milenium. Barcelona. España. 2002.

Laín, Entralgo, Pedro. "Antropología Médica". Editorial Salvar Mallonce. Barcelona. España. 1986.

Mannon, Maud. "Lo Nombrado y lo Innombrable, La Última Palabra de la Vida". Editorial: Nueva Edición. Argentina. Buenos Aires. Abril 1997.

Mejía Rivero, Orlando. "La Muerte y Sus Símbolos. Muerte, tecnocracia y posmodernidad". Editorial Universidad de Antioquia Otra Parte. Colombia. 1999

Miras, Mariela S; Forzo María A. "Abordaje terapéutico a enfermos terminales". Facultad de psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2003.

Raja Vidya. "El Rey del Conocimiento". Su divina gracia. A. C. Bhaktivedanta Swami Prabhupada. Argentina. 2006.

Santos Barbero. "Criminología Contemporánea, Pena de muerte, el ocaso de un mito". Editorial De Palma. Buenos Aires. Argentina. 1985.

Toynbee, Arnold. Koestler, Arthur y otros. "La vida después de la muerte". Editorial Sudamericana. Buenos Aires. 1997.

Trossero, René J. "No te mueras con tus muertos". Editorial Bonum. Buenos Aires. Argentina. 2007.

Trossero, René J. "Vive con tus muertos que viven". Editorial Conum. Buenos Aires. Argentina. 2008.

Varo Jaime. "Gestión Estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria". Editorial Díaz de Santos. Madrid. España. 1994.

Vazquez Cladis Luna, Goderian Lalán, José Miguel y otros. "Bioética frente al paciente moribundo". Hospital Clínica Quirúrgico Dr. Ambrosio Grillo. Santiago de Cuba. Año 2000.

Vidal, H. Santidrian, P. "Ética Personal. La Muerte y el Morir". Madrid. Palutinas. 1980.