



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA
BRINDAR LOS CUIDADOS DE TANATOLOGÍA EN PACIENTES EN FASE
TERMINAL.

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

PLE. ANGEL RANGEL MARTINEZ

ASESORA DE TESIS:

M.E. EMMA FLORES MENDOZA.

COASESORAS:

L.E. EVANGELINA CHAVEZ CARVAJAL

L.E. ANA CELIA ANGUIANO MORAN.



MORELIA, MICHOACÁN

ABRIL DEL 2017

Dedicatorias.

Puedo comentar que lo difícil no es estudiar, lo difícil es sostenerte económicamente la carrera por la cual uno eligió para dedicarse toda su vida en eso. Por tal motivo la presente tesis está dedicada a todos aquellos que me apoyaron moral y económicamente.

Que sin su apoyo no sería lo que soy realmente ahora en la actualidad y no hubiera conseguido lo que tengo ahora.

Principalmente a mis padres Martín Rangel Rivera, Silvia Martínez Ramírez y por supuesto a mi tía Esperanza Rangel Rivera.

En esta vida siempre se necesita una motivación por la cual seguir adelante con los proyectos de vida, por tal motivo le agradezco todas las experiencias hermosas vividas a su lado, su apoyo incondicional y de igual manera con mucho orgullo le dedico esta tesis a mi hermosa novia Zuly Ramírez Zavala.

En la vida no escogemos a nuestra familia. En donde nacer y mucho menos quienes serán quienes conformen tu familia. Pero eso sí con el transcurso de la vida conoce al amigo al que considera como hermano. Y lo eliges por parte de tu familia, por tal motivo esta tesis de igual manera se la dedico a Jaime Medina Flores.

A mi asesora de tesis por su dedicación, tiempo y enseñanzas. M.E.
Emma Flores Mendoza.

A los sinodales quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron

Agradecimientos

A Dios que me brindó la oportunidad de vivir tan maravillosa y enriquecedora experiencia, a lado de mi familia, novia y amigos así como el haber puesto en mi camino a tan grandes personas que me ayudaron durante este proceso de aprendizaje y crecimiento personal.

A la Universidad Michoacana, particularmente a la Facultad de Enfermería, por mostrar el compromiso social en relación a la formación como profesional de salud.

A mi asesora de tesis, M.E. Emma Flores Mendoza., quien además de compartir sus conocimientos, experiencias, y sobre todo su tiempo me otorgó su amistad y cariño.

Al personal de enfermería de los hospitales de Tacámbaro Michoacán, y del hospital de la mujer de Morelia Michoacán, que accedieron a participar en la investigación, ya que sin su apoyo y colaboración este trabajo no se hubiera logrado realizar.

Y para no mencionar nombres porque son muchos y luego se me pasa alguno por eso:

.

Gracias a todos y cada uno de ustedes.

Índice

RESUMEN	1
1.- Introducción	3
2.- Justificación	6
3.-Planteamiento del problema.....	8
4.- Marco Teórico.....	11
4.1.- ¿Qué es la muerte?	11
4.2.- La muerte a través de la historia.....	12
4.3.- Tipos de conocimientos	14
4.3.1.- Popular o de divulgación:.....	14
4.3.2.- Empírico:.....	14
4.3.3.- Teórico:.....	14
4.3.4.- Científico:	14
4.3.5.- Filosófico:.....	14
4.3.6.- Teológico:	15
5.0- Teoría general del conocimiento.....	15
5.1.- El Escepticismo.....	15
5.2.- El Relativismo	16
5.3.-Tanatología.....	16
5.4.- ¿Qué es el duelo?.....	17
5.4.1.- Tipos de duelo	18
5.4.1.1.- Duelo anticipatorio	18
5.4.1.2.- Duelo convencional.....	18
5.4.1.3.- Duelo normal.....	19
5.4.1.4.- Duelo patológico	19

5.5.- Las cinco fases durante el duelo de Elisabeth Kübler-Ross.....	20
5.5.1.1.- Negación y aislamiento.....	21
5.5.1.2.- La ira.....	21
5.5.1.3.- Pacto.....	22
5.5.1.4.- Depresión.....	22
5.5.1.5.- Aceptación.....	22
5.6.- El diagnóstico y su impacto inicial del duelo.....	24
5.7.- Cuidados holísticos: La importancia de los Cuidados Paliativos en la Tanatología: .25	
5.8.- Enfermería Holística.....	26
5.9.- El enfermo terminal.....	27
5.10.- Agonía y Muerte.....	28
5.11.- Muerte Apropiaada.....	28
5.12.- ¿Qué es un Tanatólogo?.....	29
5.13.- ¿En qué te puede beneficiar un Tanatólogo?.....	30
5.13.1Perfil del tanatologo.....	31
5.14.- Las bases de relación enfermero (a)-paciente:.....	31
5.14.1.- Observación de su comportamiento.....	31
5.14.2.- La comunicación con el paciente y su familia.....	31
5.15.- Historia y antecedentes sobre enfermería.....	32
5.16.- La Enfermería hoy.....	33
5.17.- Enfermería en la tanatología.....	34
5.18.- Intervención de Enfermería:.....	38
5.18.1.- Atención del dolor físico.....	38
5.18.2.- Atención al sufrimiento espiritual.....	38
5.18.3.- Atención a las últimas voluntades.....	39
5.19.- Propósito para el paciente en fase terminal.....	39
5.20.- Intervenciones de enfermería en las etapas del duelo.....	39

6.- Objetivos de Investigación	44
6.1.- General	44
6.2.- Especifico.....	44
7.-Metodologia.....	44
8.- Resultados	47
9.- Conclusiones	60
10.- Anexos y Apéndices	68
Apéndice No. 1	68
Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores.....	68
Apéndice No. 2.	69
Operacionalizacion de las variables descriptivas.....	69
PROCEDIMIENTO DE DATOS.	70
Apéndice No. 3	71
Apéndice No.4	74
Recursos financieros.....	74
Apéndice No. 5	74
Cronograma de actividades	74
Consentimiento informado.	75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó, con el propósito de indagar más a fondo y con precisión el nivel de conocimientos que cuenta el personal de enfermería para poder brindar los cuidados necesarios que requiere el paciente en el proceso de fase terminal. Es necesario en el proceso de la muerte, tener la ideología clara, para no mezclar nuestra parte sensible, débil y frágil con las emociones de nuestro paciente, e involucrarnos sentimentalmente con ellos aunque es muy difícil pero tratar de intentarlo, para de ahí determinar mecanismos, medios para hacer esta etapa menos difícil para el paciente.

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, que contribuirá para que el enfermo crónico y terminal viva con dignidad su proceso de muerte y llegue a la aceptación de la misma.

El trato digno que el personal de enfermería debe brindar es muy importante, ya que debemos brindar un trato con calidad y excelencia porque vamos a encontrar muchos pacientes en fase terminal con diferente patología, deterioro de la enfermedad, pero con las mismas reacciones, emociones negativas de ansiedad, depresión, ira y negación de su propia enfermedad.

Se busca lograr una relación entre enfermero(a) y paciente para que tanto uno como el otro, tengan una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y poder darle al paciente un apoyo emocional, psicológico y acompañarlo en su camino de agonía, sufrimiento de la enfermedad para que tengan una muerte digna.. (Personal de Enfermería), (Tanatología), (Duelo), (Etapas), (conocimiento)

ABSTRACT.

The present research was carried out in order to investigate more thoroughly and accurately the level of knowledge that nurses have in order to provide the necessary care required by the patient in the terminal phase process. It is necessary to the process of death, to have the clear ideology, not to mix our sensitive, weak and fragile part with the emotions of our patient, and to involve ourselves sentimentally with them although it is very difficult but to try to determine mechanisms, Means for making this stage less difficult for the patient.

The objectives of the Thanatology are centered on the quality of life of the terminally ill patient, who will contribute to the chronic and terminal patient living with dignity his death process and get to the acceptance of it.

The dignified treatment that the nursing staff must provide is very important, since we must offer a treatment with quality and excellence because we will find many patients in terminal phase with different pathology, deterioration of the disease, but with the same reactions, negative emotions Anxiety, depression, anger and denial of their own illness.

It seeks to achieve a relationship between nurse and patient so that both one and the other have an acceptable idea of the disease, pain, fear, anguish and give the patient emotional support, psychological and accompany him in his path of a gony, Suffering of the disease so that they have a dignified death.

1.- Introducción

La presente investigación de Tanatología, investiga como objetivo principal el nivel de conocimientos que cuenta el personal de enfermería sobre los cuidados tanatológicos, abordar principalmente ese objetivo y a que es lo que conlleva a realizar este tipo de proyecto de investigación.

Para este tipo de investigación, no me base en ningún artículo, revistas o algo por el estilo, al contrario se realizó la presente investigación por una inquietud personal, por las experiencias que viví en el transcurso de mi formación como enfermero, de todo lo que se ve y se adquiere tanto positivo como negativo en un hospital y en otro, saber todo lo que conlleva ser un profesional de enfermería y por supuesto sin desviarme del tema y lo más importante como brindarle un cuidado y saber abordar de la misma manera a los pacientes que se encuentran por desgracia en fase terminal.

De todo lo vivido y adquirido sobre la formación en enfermería, llegue a una hipótesis, por medio de la observación, de que hay de mediano a bajo nivel de conocimientos del personal de enfermería que brinda cuidados de tanatología en pacientes de fase terminal.

En esta investigación abordo varios temas de interés tanto para los profesionales de salud, como los que no lo son, por una sencilla razón, de que todos sin ninguna excepción, hemos vivido las famosas etapas de duelo. Por qué en algún momento de nuestra vida hemos sido cuidadores de algún familiar, amigos, novias entre otros.

Por lo cual en esta investigación se hace énfasis de indagar más a fondo y con precisión el nivel de conocimientos con que cuenta el personal de enfermería para poder brindar los cuidados necesarios que requiere el paciente en el proceso de fase terminal. Por que como servidor de salud y al estar en una profesión humanista y comprometida con la salud debemos de tener un equilibrio tanto psicológico como emocional para poder brindar un buen trato de calidad y excelencia a este tipo de pacientes, porque todos los profesionales en esta área de salud siempre estamos al pendiente de nuestro paciente desde el momento en que ingresa hasta que egresa del hospital.

Por lo tanto tenemos que brindar un buen trato y un buen cuidado paliativo a estos pacientes para ayúdales a entender el proceso por el que están pasando y lleguen a la última etapa del duelo, a la aceptación de la realidad por la que se enfrentan, para poder lograr que tenga una muerte digna, ponernos del lado del paciente para tratar de entender el proceso por el que pasa pero eso si con todo el respeto que se merece.

La Tanatología es la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte por lo que a la tanatología se refiere, La Ciencia de la Muerte. Y también es una disciplina científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza. No se trata, de dar consejos ni consuelos. Es curar estos dolores que son los más grandes que el ser humano pueda sufrir.

Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, que contribuirá para que el enfermo crónico y terminal viva con dignidad su proceso de muerte y llegue a la aceptación de la misma; con los familiares, amigos y su entorno, ubicándolos en la realidad de la muerte para disminuir el dolor de la pérdida y finalmente constituir con la sociedad un enlace que permita captar las inquietudes de la comunidad respecto al proceso de la muerte. La prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento.

2.- Justificación

El presente trabajo de investigación se realizó, con el propósito de indagar más a fondo y con precisión el nivel de conocimientos que cuenta el personal de enfermería para poder brindar los cuidados necesarios que requiere el paciente en el proceso de fase terminal. Porque la mayor parte de la población tiene una ideología en la cual no reflexiona acerca de la muerte, ya que es un tanto complicado que la sociedad logre comprender las implicaciones de un proceso natural que tarde o temprano llegara, al igual que una persona preparada, titulada refiriéndonos al personal de enfermería, es necesario el proceso de la muerte, tener la ideología clara, para no mezclar nuestra parte sensible, débil y frágil con las emociones de nuestro paciente, e involucrarnos sentimentalmente con ellos aunque es muy difícil pero tratar de intentarlo, para de ahí determinar mecanismos, medios para hacer esta etapa menos difícil para el paciente y más aceptable a los familiares.

Furman (2001), afirma que la enfermera (o), simplemente estando al lado del paciente en el momento de la muerte, puede crear un ambiente seguro y apacible que facilite la transición del espíritu.

Hecho que Álvarez (2001), reporto al encontrar en el personal de enfermería, que el conocimiento de los derechos del paciente moribundo se relaciona con su cumplimiento.

Yura y Walsh (1978) conciben la acción de enfermería en el moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud

debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo.

Windeebach (1964) Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le hará posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente.

Por todo lo anterior, se justifica esta presente investigación; Por tal motivo el trato digno que como profesionales de enfermería brindamos, es muy importante ya que debemos brindar un buen cuidado, más que nada brindar más cuidados holísticos que terapéuticos, y poder lograr que haya una buena relación entre el personal de enfermería con el paciente en fase terminal, para que tanto uno como el otro tenga una idea aceptable de la enfermedad, del dolor, miedo, angustia y poder darle al paciente un apoyo emocional, psicológico. El paciente al ser acompañado en el camino frente al sufrimiento y la enfermedad, logra descubrir en un sentido personal, la compañía del personal de enfermería, que lo asiste durante el transcurso de esta etapa dolorosa.

En este trabajo de investigación lo que se quiere lograr es identificar y determinar si realmente los profesionales de enfermería estamos capacitados para brindar un apoyo, tanto psicológico como profesional, si tienen los conocimientos para hacer de esta etapa menos difícil para el paciente y más aceptable para los familiares, y no se ponga en tela de juicio el conocimiento que el profesional de

enfermería adquiere en el transcurso de su formación académica, para la aplicación de cuidados de tanatología.

3.- Planteamiento del problema

La Tanatología es la ciencia que nos ayuda a comprender la muerte, acerca de que es un proceso natural de la vida, entender primordialmente el personal de enfermería y todo aquel profesionales de esta área, que es una ciencia que nos permite brindar al paciente el cuidado integral con un conocimiento específico acerca del proceso final de la vida y de los aspectos prácticos que proporcionan una atención con alta calidad y una muerte con dignidad.

En esta investigación sobre Tanatología, se aborda principalmente como objetivo conocer el nivel de conocimientos con el que cuenta el personal de enfermería sobre los cuidados teratológicos.

El presente trabajo de investigación fue basada en la experiencia, observación, errores que vas teniendo en el transcurso de formación como enfermero, de todo lo que se observa y todo lo que se adquiere tanto positivo como negativo en un hospital y en otro, saber todo lo que conlleva a ser un profesional de enfermería y por supuesto sin desviarse del tema y lo más importante como brindarle un cuidado y saber abordar de la misma manera a los pacientes que se encuentran por desgracia en fase terminal.

Porque es común que el personal de enfermería es quien más permanece al lado del paciente en fase terminal. En la actualidad y desde tiempos remotos vivimos en una sociedad negadora de la muerte. Se tiene la ideología en la cual

no reflexionan acerca de este proceso, no se entienden que la muerte es un proceso natural que tarde o temprano llegara.

El trato digno que el personal de enfermería debe brindar es muy importante, ya que debemos brindar un trato con calidad y excelencia porque vamos a encontrar muchos pacientes en fase terminal con diferente patología, deterioro de la enfermedad, pero con las mismas reacciones, emociones negativas de ansiedad, depresión, ira y negación de su propia enfermedad.

Se busca lograr una relación entre enfermero(a) y paciente para que tanto uno como el otro, tengan una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y poder darle al paciente un apoyo emocional, psicológico y acompañarlo en su camino de agonía, sufrimiento de la enfermedad para que tengan una muerte digna.

Para lograr esto, necesitamos entender el proceso de la muerte y obviamente también que el personal de salud, prioritariamente entienda este proceso, para que tengan una ideología clara ya que se requiere de elementos para comprender el proceso de la muerte y dirigir de manera efectiva el cuidado para esto se necesita no mezclar nuestra parte sensible, débil y frágil con las emociones, el sufrimiento de nuestro paciente, para no perder el control de nuestro entorno que nos rodea en ese instante y poder mantener un estado de salud pleno para brindar una atención completa y efectiva a nuestro paciente.

En este trabajo de investigación lo que se quiere lograr es saber si realmente se tiene el conocimiento y si el personal de enfermería está capacitado

para brindar un apoyo tanto psicológico como profesional, para hacer de esta etapa menos difícil para el paciente y más aceptable para los familiares, y no se ponga en tela de juicio el conocimiento que tenemos para la aplicación de cuidados de Tanatología.

A fin de cuentas el profesional de enfermería acompaña al paciente en su agonía, en su trascurso de su enfermedad acompañándolo hasta el final. Y sobre todo viviendo día a día nuevas experiencias que se van adquiriendo con cada uno de estos pacientes, porque pueden tener diferente patología en fase terminal, pero algo que nunca cambiara y siempre será lo mismo van a ser esos sentimientos negativos y el paso por las etapas del duelo.

Por lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería, sobre los cuidados teratológicos en pacientes en fase terminal en el hospital de la ciudad de Tacámbaro Michoacán?

4.- Marco Teórico

4.1.- ¿Qué es la muerte?

La muerte se define como el cese definitivo e irreversible de las funciones de los sistemas vitales respiratorio, cardiovascular y nervioso.

Por otro parte, sabemos que el anatomopatólogo distingue muerte somática y muerte celular; el médico legista considera muerte aparente y muerte verdadera; el jurista acepta, a falta de la prueba que constituye el cadáver, el criterio de presunción de muerte, y para todos, el avance tecnológico de la medicina ha introducido el concepto clínico de muerte cerebral, también llamada muerte neurológica (Vargas, 2013)

La muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida, es un proceso natural de la vida, tan cotidiano como el nacimiento de un nuevo ser; el problema está cuando nos toca cerca, pues en ese momento atravesamos por una serie de sentimientos tales como fragilidad, vulnerabilidad y amargura, los cuales no estamos preparados para enfrentarlos y vivir con ellos; la mente reacciona de manera diferente cuando este trágico suceso llega a nuestras vidas, y entonces las reacciones son intensas, con cambios psicológicos, conductuales y emocionales que marcan la vida por lapsos variables.

El mundo se caracteriza por tener la incertidumbre de la muerte, y con frecuencia sentimos temor de morir, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir seguro que tenemos como seres humanos.

Para Palencia-Ávila (2010) la muerte digna es la atención con trato humano, digno considerado y respetuoso, de acuerdo con las necesidades y deseos, creencias del enfermo que se le da al ser humano en etapa final de su vida hasta el momento de su muerte, que le permite dejar su cuerpo con dignidad, y regresar a la luz, en un ambiente de aceptación, armonía, y paz, en medio de sus seres queridos que lo acompañan.

Connor (1990) menciona que debemos recordar que aun cuando traumática y difícil, la pérdida no es algo raro, es Universal. Nadie en el mundo se escapa de este momento de la vida, en que tendrá que adaptarse a una pérdida.

Así mismo el autor Connor (1990) menciona No importa cuán listo seamos, nos toca perder.

Jorge Bucay (1889) define que la muerte de un ser querido es un hecho inevitable en nuestras vidas, y el crecimiento que de eso deviene también.

4.2.- La muerte a través de la historia.

El concepto de cadáver implica el de muerte, y la determinación de ésta, paradójicamente, no ha sido fácil en la historia de la humanidad. Aunque aparentemente no debería existir dificultad de darse cuenta si una persona se encuentra en estado de muerte o de vida, es interesante asomarse a los pasajes de la historia que sobre este concepto se ha documentado, para comprender así muchos de los ritos o mitos que sobre la muerte se aducen a la fecha.

En el pasado, se identificaba la muerte de una persona con el cese de la función cardiorrespiratoria, pero actualmente se sabe que puede existir la muerte de partes del cuerpo, sin que esto equivalezca a la muerte de la totalidad del individuo.

Ha habido una evolución importante del concepto de muerte en la historia de la humanidad, sobre todo ligado a los descubrimientos que sobre la reanimación de personas “aparentemente muertas” se fueron suscitando como parte del desarrollo tecnológico de la medicina.

El concepto y definición de la muerte según Potter (1971) y Gutiérrez (2006) ha variado a través del tiempo de acuerdo con la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no, de la vida después de la muerte, que conlleva la esperanza de una vida cuando la estancia terrenal haya llegado a su fin.

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

El conocimiento es una capacidad humana y su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.

4.3.- Tipos de conocimientos

4.3.1.- Popular o de divulgación:

El conocimiento se basa en lo que aparece a simple vista. Son datos sencillos y simples que se han divulgado sobre un hecho observado. También se adquiere a través de medios o seminarios, y se transmite sin una crítica de las fuentes que la validan.

4.3.2.- Empírico:

El conocimiento se basa en la propia experiencia. Es un conocimiento personal no popular. Se reconocen y se diferencian cosas casi por rutina y es comprobado a través de la práctica.

4.3.3.- Teórico:

El conocimiento teórico, tiene el aval de la ciencia, lo respalda, pero no hay posibilidades de comprobar lo que se afirma, ya que sólo se conoce en teoría y no puede comprobarse como el empírico.

4.3.4.- Científico:

Datos organizados que tienen un sistema y un método que permite conocer causas y garantiza verdad.

4.3.5.- Filosófico:

Investiga la realidad total, especialmente al ser. Profundiza y está basado en la búsqueda del porqué de todas las cosas.

4.3.6.- Teológico:

Conjunto de datos sobre Dios. El estudio del ser absoluto. Se basa en datos revelados por la divinidad y en la fe. Dios hizo al hombre a su imagen y semejanza.

5.0.- Teoría general del conocimiento

La teoría del conocimiento se ocupa de la esencia y características del saber, pero no del saber en sí mismo, no de su estructura formal, sino de su referencia objetiva. El Objeto de la Teoría del conocimiento. La teoría del conocimiento, entonces, se ocupa del conocimiento que pretende ser verdadero.

5.1.- El Escepticismo

La primera solución que se dio al problema del conocimiento fue el escepticismo, el cual, en su forma más *radical*, niega al hombre la posibilidad de conocer.

Con el tiempo, el escepticismo se volvió más moderado, sosteniendo siempre la imposibilidad del conocimiento de la verdad, pero aceptando la legitimidad del conocimiento probable.

Por fin, en la Edad Moderna, surgió el escepticismo metódico, el cual no niega la posibilidad del conocimiento, sino que sólo pretende utilizar la “duda” como método para afirmar el conocimiento de la verdad, al partir de algo de lo que no se pueda dudar.

Y, por fin, el escepticismo extremo no puede ser aceptado desde un punto de vista ético, pues si no existe la certeza de la acción buena, nunca podrá ser garantizada la vida entre los hombres.

5.2.- El Relativismo

El relativismo es la segunda solución al problema de la posibilidad del conocimiento y consiste en la negación de la absoluta verdad.

5.3.- Tanatología

En México el inicio de la Tanatología comienza en el año de 1988 con la fundación de la Asociación Mexicana de Tanatología, a través de todos estos años casi 20 se ha logrado que la tanatología sea ampliamente conocida en Universidades, Hospitales y diversas Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que hoy reconocen a la tanatología como un medio para humanizar la medicina

Elías Metchnikoff (1901): Ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte por lo que a la tanatología se refiere, La Ciencia de la Muerte.

Disciplina Científica cuya finalidad principal es curar el dolor de la muerte y el de la desesperanza. No se trata, de dar consejos ni consuelos. Es curar estos dolores que son los más grandes que el ser humano pueda sufrir, Ayudar a bien morir será una meta Tanatológica cuando la muerte de un paciente está cercana, pero no la finalidad principal

Palencia-Ávila, (2014). Menciona que la tanatología como ciencia humana, puede ayudar al personal de salud a conocer y comprender mejor el fenómeno de la muerte, para que puedan aceptarla y enfrentarla de una mejor manera, sin tantos miedos y prejuicios.

Los objetivos de la tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo terminal, para contribuir para que el enfermo crónico y terminal viva con dignidad su proceso de muerte y llegue a la aceptación de la misma; con los familiares, amigos y su entorno, ubicándolos en la realidad de la muerte para disminuir el dolor de la pérdida y finalmente constituir con la sociedad un enlace que permita captar las inquietudes de la comunidad respecto al proceso de la muerte. La prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una muerte adecuada.

5.4.- ¿Qué es el duelo?

El duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

El duelo en sus diferentes tipos, abarca manifestaciones físicas, psicológicas y conductuales. Pasa por una serie de fases y es aconsejable que tanto el enfermo como su familia se apoyen en profesionistas que los acompañen para ir superando cada etapa. El proceso de duelo tiene como finalidad sacar al

exterior los sentimientos, serenar el sufrimiento y la pena por aceptar la realidad, que tal vez los lleve a la separación, si esto ocurriese se trabajará para que los dolientes encuentren un nuevo cauce de amor.

Una consecuencia de las pérdidas es el duelo, que inicia ante el conocimiento de la misma

Joseph Conrad (2013) menciona que el duelo se encuentra en lo más profundo del corazón, en el centro espiritual y mental de la persona, y no existe magia y encantamiento que lo pueda extraer de ahí, es mucho más que el sentimiento, es el conocimiento de una pérdida valiosa, ni siquiera los narcóticos pueden impedir que vuelva a aparecer cada vez que despertamos de la misma manera no hay nada que pueda deshacer esta pérdida.

Joseph Conrad (2013) refiere que La elaboración de un duelo implica aprender nuevas formas de pensar y vivir, nuevas formas de comunicación consigo mismo y con los demás. El duelo implica llevar a cabo nuevos cambios que generan también ansiedad inseguridad y temor.

5.4.1.- Tipos de duelo

5.4.1.1.- Duelo anticipatorio: Es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable.

5.4.1.2.- Duelo convencional: es aquel cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en

su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce.

5.4.1.3.- Duelo normal: El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento.

5.4.1.4.- Duelo patológico. El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos. Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, (que no fue posible cerrar círculos) los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una

relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido. Solo sanamos de un dolor, cuando lo padecemos plenamente.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es.

En 1969 Elizabeth Kubler-Ross. Realizó una investigación de donde obtuvo un patrón que ella denominó etapas, que comienzan cuando el paciente se entera de su enfermedad terminal. Las etapas son:

5.5.- Las cinco fases durante el duelo de Elisabeth Kübler-Ross.

1. Negación y aislamiento.
2. Ira.
3. Pacto.
4. Depresión.
5. Aceptación.

5.5.1.1.- Negación y aislamiento

Durante la “Negación y aislamiento” , uno se opone a la idea de que tiene una enfermedad mortal o puede ser también que el paciente se aísla del resto de la gente, reacciones consideradas como normales y como una forma de protección provisional a sí mismo, las cuales serán más tarde sustituidas por una aceptación parcial. La negación puede funcionar como un amortiguador después de una noticia tan impresionante o inesperada como ésta. Es necesario pasar por esta fase para suavizar el dolor.

5.5.1.2.- La ira

Durante la etapa de la “Ira” - segunda fase - sustituye la negación que tiene el paciente, por los sentimientos de rabia, coraje, envidia y resentimiento; aquí surgen todos los porqués; los pacientes moribundos suelen quejarse por todo, todo les parece mal y es criticable, pudiendo responder después con culpa, vergüenza, dolor y lágrimas. Fase difícil pues la ira se desplaza en todas direcciones, incluso injustamente y en muchas ocasiones los que están cerca del enfermo, no se preguntan el porqué de su ira y se lo toman personal, cuando esto no es así y más bien es parte del proceso. Recomienda a quienes rodean al paciente, no reaccionar con más ira pues esto puede provocar una conducta hostil en él y aconseja, en lugar de esto, aceptar la ira irracional del afectado, entendiendo que al expresarla le ayudará a aceptar mejor su pérdida.

5.5.1.3.- Pacto.

Elisabeth Kübler Ross llama a la tercera etapa, Pacto porque como el enfermo no ha sido capaz de afrontar la verdad durante la primera fase, y se ha enojado con los demás en la segunda fase, surge ahora la necesidad de querer llegar a un acuerdo para procurar superar esa desagradable vivencia por la que está pasando. Menciona Kübler Ross que durante sus investigaciones, la mayoría de los pacientes, el pacto lo hacían con Dios.

5.5.1.4.- Depresión

De haber pasado por las fases anteriores, el paciente pasa por una etapa de depresión, de tristeza profunda y todos los sentimientos anteriores pasan a ser sustituidos por una sensación de pérdida, por esto, la cuarta etapa del duelo es llamada "Depresión". Kübler Ross recomienda que el moribundo viva este sentimiento y aconseja a las personas cercanas a éste, no alentar al enfermo a que vea el lado positivo de la situación, pues eso evitaría que el moribundo pensara en su propia muerte; sería absurdo decirle esto cuando los demás también se ponen tristes al perder a un ser querido. Si se vive esta etapa y se enfrenta el dolor que consigo lleva, al enfermo le será más fácil aceptar la realidad.

5.5.1.5.- Aceptación

La aceptación (quinta fase), llega cuando todas las demás se han experimentado; el enfermo no se sentirá abatido ni enfadado por su "destino". Sin embargo, no significa que aceptación sea sinónimo de felicidad, más bien es como

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

Es muy importante señalar una vez más que los equipos dedicados a atender a los enfermos en fase terminal deben ser multidisciplinarios, es decir que tenemos que integrar tantos médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, Tanatólogos y guías espirituales. Uno de los aspectos más importantes de la medicina paliativa es la intercomunicación entre los integrantes del equipo multidisciplinarios e interdisciplinario.

Por lo mismo, el tanatólogo puede definirse como un especialista en enfermos terminales, pero con finalidades específicas. De esta manera, la labor tanatológica debería comenzar en el momento en que se les diga su diagnóstico al enfermo y a su familia. Lo que médicamente es enfermo terminal, en Tanatología se le llama enfermo en fase terminal. Otra finalidad de la Tanatología es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento.

El tanatólogo debe tener la capacidad para "ponerse en los zapatos del otro", con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al usuario el apoyo que él busca.

5.6.- El diagnóstico y su impacto inicial del duelo.

Las reacciones en el momento en que se conoce el diagnóstico se manifiestan por lo general, a través de sentimientos muy intensos de incredulidad, rabia, temor, culpa y dolor. En la mayoría de los casos, estos sentimientos se acompañan de una tendencia muy marcada de aislamiento y relegamiento de la familia sobre sí misma, cerrándose a todo apoyo que venga desde el exterior. Ante una situación de pérdida de la salud, los enfermos reaccionan de diferentes maneras, en primer lugar piensan que ese dictamen médico, las llevará a la muerte.

En este caso podremos hablar de un duelo anticipatorio, que se presenta cuando las personas tienen conocimiento claro de la situación, lo cual se cree, les permite prepararse anímicamente. Generalmente, cuando uno de nuestros seres queridos padece una enfermedad mortal, nos enfrentamos ante diferentes fases de shock y negación, las cuales se presentan al conocer la noticia de su enfermedad, puesto que desde que el enfermo se somete a todos los tratamientos posibles, existe la posibilidad de que sus días estén contados.

La duración de este tipo de duelo es proporcional conforme al avance de la enfermedad y representa un cambio brusco en la vida de cualquier individuo y su entorno, aunado a esto se corre el riesgo de caer en una crisis en su autoestima y en su sentimiento de identidad.

5.7.- Cuidados holísticos: La importancia de los Cuidados Paliativos en la Tanatología:

Ambas disciplinas se desarrollan para la atención del paciente terminal, con la finalidad de que tengan una calidad de vida al final de la vida. Dichas disciplinas se inician en la década de los sesenta.

La pionera mundial de los cuidados paliativos fue la Dra. Cicely Saunders (2002) ella señalaba que se tendría que considerar al paciente como una unidad, por otra parte destacaba que se tendría que aliviar el dolor total considerando no solo el dolor físico sino también los otros tipos de dolor: el dolor social, espiritual, tomando en cuenta las emociones entremezcladas que presentaba la persona que está cerca de la muerte, de lo que también ya hablaba la Dra. Elizabeth Kübler Ross y otros autores señalando la angustia, la depresión, el enojo entre otros. En tanatología se habla de la curación del dolor de la muerte y la desesperanza.

La Dra. Elizabeth Kübler Ross (1985), mencionaba que cuando el médico le decía al paciente *“ya no hay nada que hacer”* en ese momento comenzaba mi trabajo.

La Tanatología y los cuidados paliativos tienen muchos aspectos en coincidencia como éste último ya que ambas disciplinas señalan que siempre hay mucho que hacer: aliviar el dolor y el sufrimiento.

Ambas disciplinas toman en cuenta las necesidades del paciente, de la familia y del equipo de salud.

En los países donde se está desarrollando la tanatología identifica sus áreas de acción en los Hospitales, en la comunidad y en los servicios de cuidados Paliativos. En los programas de Cuidados Paliativos el trabajo no acaba cuando muere el paciente, sino continúa apoyando a la familia en el trabajo del duelo y por lo tanto ambas disciplinas se complementan una con otra.

Los Cuidados Paliativos que quizás son más nuevos y que se han venido desarrollando muy lentamente en algunos lugares, hoy también se reconoce como una necesidad para las personas que están cerca de la muerte y que el equipo de salud deberá de capacitarse en estas disciplinas para lograr brindar un servicio más humano a la persona que lo necesita.

5.8.- Enfermería Holística

Los cuidados paliativos es la rama de la medicina que se encarga de disminuir, mitiga y de moderar el rigor o la violencia de ciertos procesos. Todos los enfermos, tanto los que van a recuperar la salud, como los que vayan a morir, deseamos tengan el más alto grado posible de calidad de vida y de confortabilidad. La medicina actualmente tiene entre sus objetivos principales: el curar al paciente, aumentar la supervivencia, mejorar la calidad de vida y aliviar los síntomas.

Los cuidados paliativos con los enfermos en fase terminal representan un aspecto dentro del concepto de medicina paliativa, que abarca el tratamiento del dolor y otros factores, los cuales deben tenerse en cuenta desde el momento del diagnóstico y comienzo del tratamiento. Dentro de la medicina paliativa el objeto

de estudio es el enfermo y el respeto de su dignidad durante la enfermedad, el enfermo no es un número de cama en un gran hospital ni uno más en la serie de ensayos clínicos.

El objeto de la medicina paliativa es como dice Miguel de Unamuno: “ El hombre de carne y hueso, el que nace, sufre y duerme y piensa y quiere, el hombre que se ve y a quien se oye, el hermano, el verdadero hermano”.

La dignidad humana se fundamenta básicamente en la libertad que es: la capacidad de la voluntad de hacer o no hacer un acto, de cumplir o dejar de cumplir nuestras metas, es la capacidad de determinar la dirección o el sentido, de toda nuestra existencia.

Dentro de los Cuidados Paliativos juega un papel importante el lugar donde el enfermo desea que se lleve a cabo la fase final de la enfermedad y la muerte, y siempre se deberá respetar hasta donde sea posible el lugar elegido por él. Es por lo que se hace énfasis en aumentar durante el tratamiento la relación cercana al enfermo crónico y terminal.

5.9.- El enfermo terminal

Kubler Ross (1985) menciona que cuando hablamos de una enfermedad terminal, estamos hablando de que ésta no tiene cura, ni tratamiento y el tiempo de vida de quien la padece, es limitado. Un enfermo terminal pasa por diferentes fases en su lucha contra la enfermedad y la muerte. Algunos ignoran la situación durante un tiempo y siguen trabajando como si estuvieran “tan bien como antes”.

Otros van de un médico a otro con la esperanza de que el diagnóstico sea erróneo. Y otros intentan ocultar la verdad a su familia.

5.10.- Agonía y Muerte

Elizabeth Kubler-Ross (1969) menciona que la agonía es una fase con entidad propia. Es difícil decir cuando se inicia y cuánto va a durar, ya que hay tantas agonías como enfermos.

Se considera que se caracteriza por un deterioro físico evidente de día en día: mayor debilidad, somnolencia, a veces agitación, desorientación, desinterés, y fallo orgánico.

La mayor parte de las muertes se producen con un psiquismo descendido hasta el coma. No es frecuente una agonía lúcida. La mayor parte de los enfermos terminan por entregarse sin lucha. Es rara una agonía con angustia. El moribundo por lo general demuestra mayor tranquilidad, incluso una atenuación o cesación de las molestias y dolores.

5.11.- Muerte Apropiaada

Según la enseñanza de Weissman (1991), "Es aquella en la que hay ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, intervalo para el dolor permisible, alivio de los conflictos restantes, creencia en la oportunidad, ejercicio de opciones y actividades factibles y comprensión de las limitaciones físicas, todo esto enmarcado dentro del ideal de cada ego"

Shneidman (1996) complementa: Cuando hablamos de una buena muerte, implicamos que es la apropiada, no sólo para el que muere, sino también para los principales sobrevivientes: una Muerte con la que ellos puedan vivir.

Si damos por supuesto que una muerte apropiada debe promover el respeto a la persona que muera y a sus familiares, si es aquella que el paciente escogería en caso de que tuviera la oportunidad, si es en la que, durante el proceso de morir, se siente de tal manera tratado que le es posible dejar el control de todo en otras personas en quienes confía, y si por parte del tanatólogo, es aquella en la que realmente se ayuda de una manera eficaz, tanto al moribundo como a la familia a que vivan lo que pronto tendrán que vivir.

5.12.- ¿Qué es un Tanatólogo?

El Tanatólogo es el profesional que trabaja con pacientes terminales y tiene la capacidad para tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre, la impotencia. Posee efectivas capacidades de escucha y responde adecuadamente, es consciente de sus propias limitaciones y por consiguiente de la frustración como elemento inseparable de la terapia al moribundo, posee un sólido entrenamiento y dispone de mecanismos de soporte propios.

Palencia Ávila (2010), refiere que un tanatología se convierte en receptor de sentimientos en estos momentos tan difíciles, actúa como un enlace entre el enfermo y su familia, es un catalizador, un espejo para que el enfermo pueda mirarse, alguien ideal para hablar sobre las ideas los miedos y fantasías sobre la muerte, una persona con quien hablar de sus emociones más profundas y de los asuntos pendientes que le quitan su paz y tranquilidad.

5.13.- ¿En qué te puede beneficiar un Tanatólogo?

El tanatólogo es el profesional capacitado que entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.

Otra finalidad del tanatólogo es procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, cariño y comprensión para ayudar a que conserve su dignidad hasta el último momento.

¿A quiénes beneficia la Tanatología?

La Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales o en fase terminal como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo.

Así como también se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano.

5.13.1.- Perfil del Tanatólogo

- Tener un profundo conocimiento, científico total de lo que es la Tanatología.
- Ser capaz de tener empatía con las personas.
- Desarrollar una gran habilidad para identificar rápidamente las necesidades de sus pacientes.
- Aptitud para las relaciones interpersonales.
- Tener un buen sentido del humor: ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación y de él mismo.

5.14.- Las bases de relación enfermero (a)-paciente:

5.14.1.- Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades del paciente.

5.14.2.- La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprender la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerables en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor.

Debemos ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Nosotros debemos comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que está muriendo. Nuestro principal y primordial objetivo es respetar la autonomía del paciente en su capacidad de decisión y actuación, en nuestra relación enfermera paciente.

Se debe de crear un clima que favorezca y consolide la relación enfermera paciente; lo cual permite conocer al enfermo como un ser integral. Tanto la enfermera como el paciente deben tener una idea aceptable de la enfermedad, dolor, miedo, angustia y cualquier emoción intensa o compulsiva; brindando al paciente apoyo: asistencial, social, emocional y espiritual.

Lograr la dignidad del ser humano frente al dolor y ante la inminencia de la muerte, proporcionando medidas de alivio mejorando las condiciones de vida por corto que ésta pueda ser. El personal de enfermería debe de encontrar el medio para ayudar, apoyar y consolar tanto al paciente como a sus seres queridos. Permanecer al lado del paciente logrando mantener un contacto estrecho.

5.15.- Historia y antecedentes sobre enfermería

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, en Europa, y sobre todo tras la reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada sólo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XIX, uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras(o) comenzó en 1836 en, Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner.

Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera regalada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale.

Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de la guerra de Crimea y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres.

Florence Nightingale (1858). Escribió que nuestro objeto fundamental como enfermeras (os) es “situar al paciente en el mejor estado posible para que la naturaleza actúe en él”

5.16.- La Enfermería hoy

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y ciencia de la enfermería.

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

5.17.- Enfermería en la tanatología

Nosotros vivimos en una sociedad negadora de la muerte y evitamos por sobre todas las cosas reflexionar acerca de nuestra propia muerte; esto representa un gran peso emocional porque estamos conscientes de que su ocurrencia está totalmente garantizada, de manera paradójica, natural, universal, cotidiana, indeterminable, única, individual y radical. Nadie más la puede vivir por nosotros.

La muerte no es un hecho o un instante; es un proceso que inicia desde el momento de nuestra concepción. Es un misterio inexplorado lleno de incógnitas, temores, oportunidades, angustias, opciones y es inherente a la vida, va de la mano en cada instante en nuestro largo caminar. Nosotros como seres humanos y profesionales dedicados al cuidado de los enfermos debemos incluirla en nuestra ciencia, pensar en ella y asumirla, ya que ésta amplía nuestro horizonte vital; el cual dará un sentido y significado a nuestro diario trabajar que nos conducirá a una trascendencia en donde no sea posible vivir en un plano estéril, como el que sólo se limita a pasar por el mundo sin dejar huella en su caminar.

Tenemos un compromiso ético y bioético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad, respetando su autonomía, permitiéndoles partir rodeado de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor, nosotros en su compañía. La enfermera(o), debe brindar calidad y calidez a sus pacientes permitiendo satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales como un ser humano que se encuentra en el lecho del dolor.

Virginia Henderson en el año de 1966 dijo: Ayudar al individuo sano o enfermo, en la ejecución de las actividades que contribuyen a conservar la salud o a su recuperación, a proporcionar una muerte apreciable y tranquila que, sin duda, el sujeto llevaría a cabo por sí mismo si dispusiera de las piezas necesarias y de los indispensables conocimientos, desempeñando esta función de tal manera que le ayude, además, a lograr absoluta independencia cuanto antes”.

Yura y Walsh (1978). Conciben la acción de enfermería en el moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dicen: “La enfermera brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa. Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad, confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasivo; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia.

La profesión de enfermería no sólo debe basarse a su labor teórica, sino que debe integrar su profunda experiencia a través del contacto con sus

pacientes, lo cual le permitirá madurar , crear y ser cada día más sensitiva para estar atenta ante cualquier situación que se presente en cada momento.

Nosotros como personal de enfermería ante la agonía y la muerte debemos de establecer una relación terapéutica y profesional con un gran sentido de humanidad que nos exige el hecho en primera instancia de ser personas y en segundo lugar el ser enfermeros(a).

Durante nuestro actuar como profesionales nos vamos dando cuenta que es importante trazarnos objetivos y planear nuestras actividades; por lo que es vital en nuestro quehacer conocer la percepción que el paciente tiene de su situación para poder establecer una relación terapéutica enfermera-paciente, de la cual dependerá en gran parte del concepto que tengamos de nosotras mismas en nuestro papel de enfermero(a); de nuestras propias concepciones, actitudes ante la vida, salud, muerte y de la capacidad de empatía que tengamos. Lo primero que hay que hacer para lograr establecer es aceptarnos y conocernos a nosotros mismos.

Piaget (1990) el conocimiento no puede concebirse como si estuviera predeterminado, ni por las estructuras internas del sujeto, puesto que son producto de una construcción efectiva y continua.

Viniegra, L. y Aguilar, E. (1999), afirman que la crítica es el eje de construcción del conocimiento, es el camino para reflexionar sobre lo que se es y se hace. Solo mediante el cuestionamiento se puede llegar a la elaboración del conocimiento, debido a que es la manera de poner en tela de juicio todas aquellas ideas que llevan al ser humano a comportarse de determinada forma

indistintamente de su preparación académica, se reflexiona sobre ideas y creencias presentes a fin de elaborar las propias.

Desde esta perspectiva, Viniegra (1999), consideran, la experiencia personal como referente decisivo para el camino de la elaboración del conocimiento, en este sentido la experiencia debe ser recuperada y organizada, para constituirse en objeto de reflexión.

Lo que la propuesta de Viniegra (1999), sostiene, es que el conocimiento surge cuando la reflexión (crítica) se asocia indisolublemente a la acción (experiencia), al grado de constituir una unidad. La reflexión sobre la experiencia tiene un carácter autocrítico, constituyendo esto la parte central y decisiva en la elaboración del conocimiento.

Windeenbach (1964) dijo: "Mientras no se logre el conocimiento de sí mismas es muy probable que la enfermera no pueda adquirir el conocimiento, habilidad y actitud que le haría posible convertirse en una influencia terapéutica para el paciente". Esta influencia terapéutica no sólo llega al paciente, sino que se hace extensiva a la familia, amigos y equipo de salud; ésta debe de tener un beneficio en común.

5.18.- Intervención de Enfermería:

- Atención al sufrimiento psicológico.
- Atención del dolor físico.
- Atención al sufrimiento espiritual.
- Atención a las últimas voluntades.
- Atención al sufrimiento psicológico.

El sufrimiento psicológico está presente en una gran variedad de dolencias de índole propiamente psicológica, como la ansiedad, la depresión, reacciones de duelo, estrés, etc. Los síntomas psicológicos son tan veraces como los físicos, provocan un gran sufrimiento a quienes los padecen y actuar eficazmente sobre ellos no requiere 'hilar muy fino', sino evaluarlos y tratarlos adecuadamente.

5.18.1.- Atención del dolor físico.

El tratamiento que se brinde debe ser competente para el control del dolor físico, pero así mismo debe brindarse tratamiento social, psicológico y espiritual. El dolor no solo limita la capacidad física del individuo; la sensación de impotencia y muchas veces de frustración, reflejadas en la actividad física, emocional y espiritual disminuida, revelan la influencia directa en la pérdida de calidad de vida y de la autoestima de los pacientes.

5.18.2.- Atención al sufrimiento espiritual.

El sufrimiento espiritual está definido como "un conflicto en los principios vitales que modifica el modo de ser de una persona.

5.18.3.- Atención a las últimas voluntades.

Mantener una excelencia en la *atención* del paciente crítico.

Se considera que el cuidado del paciente que sufre este tipo de fases de sufrimiento del dolor, debe ser de una forma integral, brindarle principalmente un cuidado holístico el cual es el que requiere más en esta situación por la que está atravesando.

5.19.- Propósito para el paciente en fase terminal

En vez de tratar de curar una enfermedad, los esfuerzos para el cuidado en la etapa terminal están enfocados en hacer que el paciente esté cómodo, en aminorar su dolor y otros síntomas molestos y en darle apoyo a la familia durante un momento difícil y triste.

Trata de proporcionar la mejor calidad de vida para las personas en fase terminal, proporcionándoles un enfoque "holístico"; es decir que da consuelo espiritual, mental, emocional y físico a los pacientes, a sus familias y a las demás personas encargadas de su cuidado.

5.20.- Intervenciones de enfermería en las etapas del duelo

- Brindar servicios de enfermería, rotando al personal 24 horas al día todos los días, que están mucho más allá de los cuidados diarios de un centro de servicios de enfermería.
- El entrenamiento para los miembros de familia en el cuidado del paciente que sea apropiado.

- Apoyo espiritual y emocional tanto para el paciente como para la familia.
- Ayuda con asuntos prácticos asociados con la enfermedad terminal.
- Terapias del lenguaje, ocupacionales y físicas cuando estos servicios se consideren útiles por el equipo de cuidado en la etapa terminal.
- Coordinación de servicios y cuidados con el médico de familia del paciente.
- Manejo experto de síntomas físicos.
- Apoyo para el duelo y grupos de apoyo para las familias.

El Paciente es Estado Terminal es aquel paciente que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses, sin descartar la falla aguda que acorte este período.

Es necesario ampliar el enfoque para recibir no sólo al paciente en estado terminal sino a todo ser humano de una manera integral, como un ser bio-psico-social y espiritual, para poder comprender que el estado terminal no es un fenómeno que aísla al individuo sino que comprende globalmente toda la condición que como humano lo conforma.

Una característica importante de la Tanatología consiste en facilitar al enfermo terminal todos los cuidados paliativos necesarios en cualquier ámbito de acción y ayudar a la familia del enfermo a sobre llevar y elaborar el proceso de duelo producido por la muerte de éste.

Elisabeth Kübler-Ross. La muerte siempre sucede y hemos aprendido a lo largo de la vida que este suceso inevitablemente pasará. Pero, también podemos llegar a aprender que es posible llenar de sentido una pérdida y dar significado a una muerte o la oportunidad de un nuevo comienzo.

Estudio Relacionados

Un estudio relacionado a la presente investigación, lo realizó L.E.O. Mírele Yesenia Martínez-Torres, L.E.O. Mary Carmen Flores-Bravo, Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila, Dra. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Juan Mirón-García, Dr. Héctor Aguirre-Gas5, en el año 2009 entre el periodo junio-julio, en el cual desarrolló...un estudio transversal, descriptivo y prospectivo en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la Ciudad de México, durante el periodo de junio-julio del 2009. Se diseñó y aplicó un instrumento tipo encuesta, a 30 enfermeras y enfermeros que identificó el grado de conocimientos y la aplicación de los cuidados tanatológicos, que son proporcionados por el personal de enfermería a los pacientes en fase terminal en dicha Institución. Criterios de inclusión. La muestra se determinó por conveniencia y estuvo conformada por el personal de enfermería que laboraba en Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la Ciudad de México.

Conforme a los objetivos planteados, los cuales se cumplieron, se obtuvieron resultados en este estudio que precisan datos relevantes que permiten conocer el grado de conocimientos y aplicación que posee el personal de enfermería sobre los cuidados tanatológicos. Con la información que se deriva del instrumento aplicado, el cual dio como resultado que el 54% no posee aun los suficientes conocimientos acerca de los cuidados tanatológicos y el 46% si lo tiene y un 56% aún no se han capacitado para los cuidados tanatológicos.

Se concluye que el personal de enfermería del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la Ciudad de México, no posee aún los suficientes conocimientos acerca de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconocen la importancia y los beneficios que proporcionan al otorgar cuidados tanatológicos al paciente y familiares que atraviesan por este proceso, aun la misma institución no está preparando a su personal para enfrentar este suceso, L.E.O. Mirelle Yesenia Martínez-Torres , L.E.O. Mary Carmen Flores-Bravo , Lic. Miguel Ángel Córdoba-Ávila, Dra. Mahuina Campos-Castolo, Dr. Juan Mirón-García, Dr. Héctor Aguirre-Gas

Luna, V., Valiente, D. y Goderich, L. (2000), realizaron un estudio retrospectivo en cuidados intermedios, con el objetivo de analizar la aplicación de los principios bioéticos frente al paciente moribundo. Su universo se constituyó por 42 fallecidos, y encontró que 62%, se hallaban inconscientes al momento de la muerte, En los 42 casos la enfermera estuvo presente y fue ella quien se percató de la muerte clínica, en todos los casos se actuó respetando la autonomía del moribundo donde el consentimiento informado jugó un papel importante.

Ferrer, B. y Cols. (2001) Reportan el estudio de la City of Hope National Medical Center of Duarte, California cuyos objetivos fueron indagar hasta qué punto las enfermeras atienden las necesidades de los pacientes en estado terminal, e identificar los dilemas que con mayor frecuencia afrontan las enfermeras, las barreras que más a menudo perciben y la eficacia de la formación recibida sobre los cuidados que se proporcionan a estos pacientes. En su resultado, los dilemas más frecuentes, que identificaron fueron el uso de la voluntad anticipada y respeto de los derechos del paciente y de su autodeterminación, los obstáculos más graves fueron: la falta de continuidad en los cuidados, el deseo de los familiares de evitar la muerte y la incomodidad de los profesionales de la salud frente a la muerte, el 89% cree que la formación relativa al cuidado del paciente terminal es importante en la formación básica de enfermería pero que es insuficiente, refieren tener más confianza en los aspectos físicos de los cuidados y muestran dificultad en cuanto a proporcionar atención espiritual o dar respuesta a las necesidades psico-sociales.

Hipótesis

Existe nivel medio de conocimiento del personal de enfermería para brindar los cuidados de tanatología en pacientes en fase terminal.

6.- Objetivos de Investigación

6.1.- General

Conocer el nivel de conocimiento del personal de enfermería para los cuidados de tanatología en pacientes en fase terminal.

6.2.- Especifico

Identificar tanto la fuente del conocimiento como las experiencias del personal de enfermería sobre el proceso de muerte.

7.- Metodología

- Tipo de estudio: Cuantitativo trasversal
- Diseño metodológico: No experimental de tipo descriptivo trasversal.
- Manipulación de la variable: no existe manipulación porque solo se recaba información documental, para la investigación. Y es no experimental.
- Forma de recolección de datos: Encuestas
- Numero de mediciones del fenómeno: 15.
- Por el tiempo en que se hará el estudio: Dos meses
- Límites de tiempo y espacio: De dos meses
- Población total que presenta el fenómeno a estudiar:

Personal que labora en el turno matutino, vespertino de las áreas de oncología, medicina interna y terapia intensiva, del Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud, y medicina interna del Hospital General “María Zendejas” de la secretaria de salud, de Tacámbaro Michoacán.

- Tipo de muestreo: aleatorio
- Tamaño de la muestra mínima: 4
- Criterios de inclusión: Personal de enfermería que esté capacitado para brindar cuidados en pacientes en fase terminal. Seleccionadas en el turno matutino, vespertino. Asignadas a la atención directa del paciente, indistintamente de la edad, sexo, antigüedad laboral, tipo de contratación, años en el servicio, y grado académico.
- Criterios de exclusión: Personal de enfermería que no se encuentre laborando en áreas de oncología, medicina interna y terapia intensiva donde están los pacientes en fase terminal, y personal que este en jornada acumulada, turno nocturno y vacaciones.
- Criterios de eliminación: Personal de enfermería que se encuentre en el servicio social y estudiantes de enfermería y el personal de enfermería que no debe participar en el estudio.
- Variables: Discretas: son aquellas cuyas observaciones se agrupan ‘inherentemente’ o ‘naturalmente’ en categorías, porque dichas variable por su naturaleza sólo pueden tomar ciertos valores muy específicos. El “género” de un sujeto es un buen ejemplo de una variable discreta: los

seres humanos pueden ser mujeres u hombres, se ajustan a una u otra categoría y no hay continuidad ni puntos intermedios entre ellas

- Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores (Ver anexo No. 1).
- Operacionalización de las variables descriptivas (Ver anexo No. 2).
- Variables metodológicas:

Independiente: Nivel de conocimiento.

Dependiente: Cuidados tanatológicos en paciente en fase terminal.

Instrumentos: ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería, sobre los cuidados tanatológicos en pacientes en fase terminal en el hospital de la ciudad de Tacámbaro Michoacán? (Ver apéndice No.3).

- Procedimientos:

Se realizó 15 cuestionario, de 24 reactivos de escala dicotómica (si, no) de acuerdo a la muestra mínima que fue de 4. Los cuales se aplicaron al personal de enfermería que labora en las áreas donde se encontraban pacientes en fase terminal.

- Análisis estadístico: (ver anexo, en las gráficas)
- Recursos humanos, materiales y financieros:

Para este trabajo de investigación, se tuvo que disponer tanto de recursos materiales como económicos y financieros, por parte del investigador ya que se

tuvo la necesidad de contar con internet, fotocopias, folders, transporte, comida, computadora, lápiz y bolígrafo.

➤ Recursos humanos:

El personal de enfermería que labora en el hospital.

➤ Recursos materiales:

Todo el material físico que se ocupó para esta investigación (fotocopias, folders, lapicé, bolígrafo, computadora)

- Recursos financieros (Ver anexo No. 4).
- Cronograma de actividades (Ver anexo No. 4).
- Consentimiento informado (Ver Apéndice No. 6)

8.- Resultados

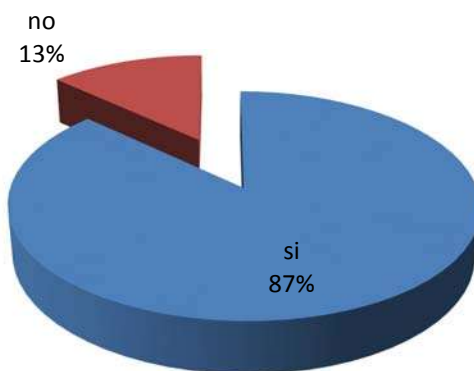
De acuerdo a la investigación realizada sobre el nivel de conocimiento que cuenta el personal de enfermería sobre los cuidados tanatológicos, se aplicó un instrumento tipo encuesta con 30 instrumentos de escala dicotómica (SI, NO), la cual consta de 24 reactivos por el coeficiente de KAPPA, al personal de enfermería que labora en las áreas de medicina interna, del Hospital general “María Zendejas” de Tacámbaro Michoacán y del Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia Michoacán, de la Secretaría de Salud (SSM) por medio de las dichas instituciones arrojaron los resultados esperados, llegando a la conclusión en general de que:

Conforme a los objetivos planteados, los cuales se cumplieron, se obtuvieron resultados en este estudio que precisan datos relevantes que permiten conocer el grado de conocimientos y aplicación que posee el personal de enfermería sobre los cuidados tanatológicos. Con la información que se deriva del instrumento aplicado, el cual puede ser de gran utilidad para el futuro personal de enfermería, para que su desempeño sea de mayor liderazgo.

Los mismos resultados que fueron reflejados en el instrumento realizado y aplicado en los distintos hospitales, son plasmados en graficas que a continuación se presenta.

Pregunta: 1	SI	87%
	NO	13%

1. Conozco las fases del duelo por las cuales atraviesa el paciente en fase terminal?



Pregunta:2	SI	100%
	NO	

2. Cuando el paciente se entero de su proceso de enfermedad (fase terminal) reacciono con rechazo?



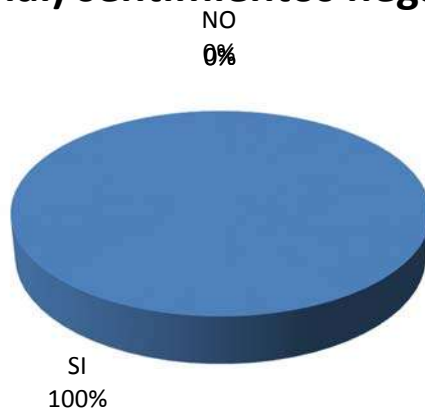
Pregunta: 3	SI	80%
	NO	20%

3. He observado en el paciente (en fase terminal) falta de motivación



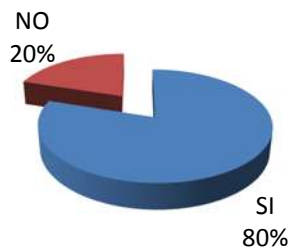
Pregunta: 4	SI	100%
	NO	

4. Ha manifestado el paciente (en fase terminal) sentimientos negativos?



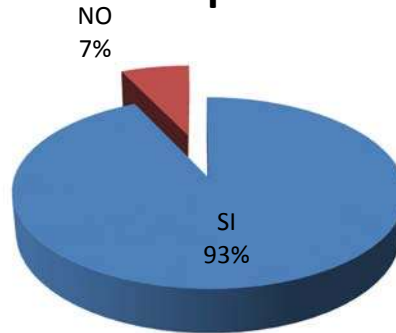
Pregunta: 5	SI	80%
	NO	20%

5. He observado en el paciente (en fase terminal) enojo?



Pregunta: 6	SI	93%
	NO	7%

6. Durante el proceso del duelo presenta una tristeza profunda?



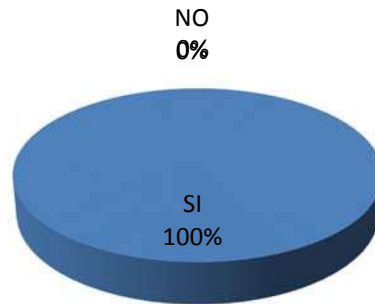
Pregunta: 7	SI	87%
	NO	13%

7. Ha manifestado resignación de su enfermedad el paciente?



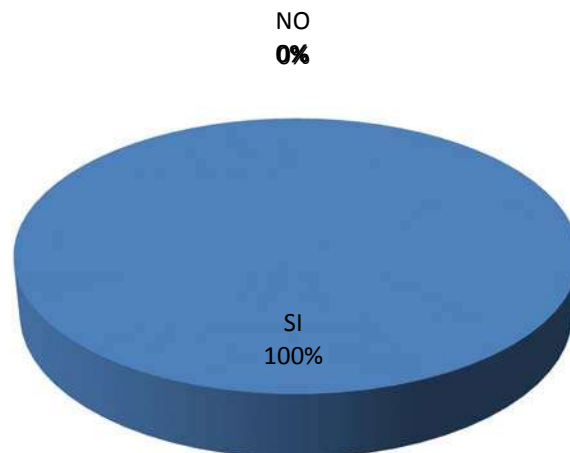
Pregunta: 8	SI	100%
	NO	

8. Brindo una comunicación eficaz al paciente en fase terminal?



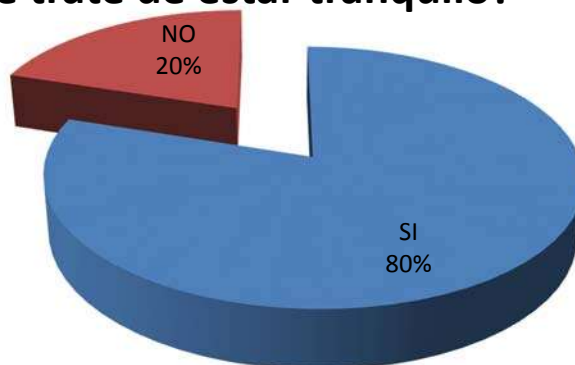
Pregunta: 9	SI	100%
	NO	

9. Escucho a mis pacientes en fase terminal y los dejo expresar sus sentimientos?



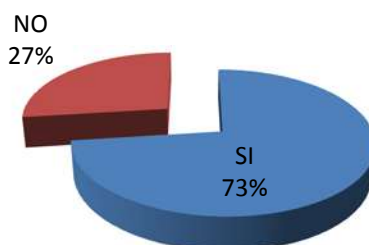
Pregunta: 10	SI	80%
	NO	20%

10. Motivo al paciente en fase terminal para que trate de estar tranquilo?



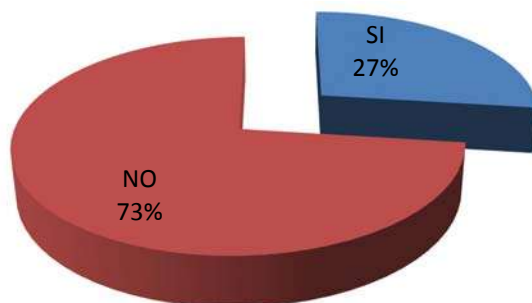
Pregunta: 11	SI	73%
	NO	27%

11. Motivo y oriento a los familiares del paciente para que hablen con el?



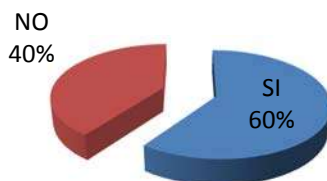
Pregunta: 12	SI	27%
	NO	73%

12. Motivo a los familiares del paciente para que toquen sus brazos, manos?



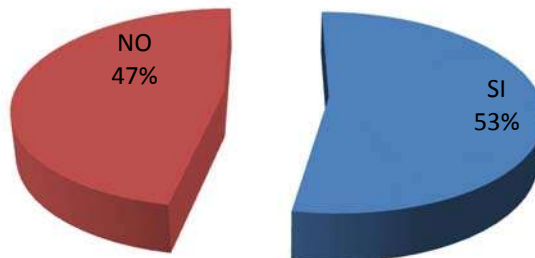
Pregunta: 13	SI	60%
	NO	40%

13. Motivo a los familiares del paciente para que expresen sus sentimientos de amor y cariño a hacia él?



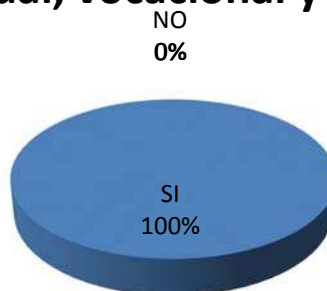
Pregunta: 14	SI	53%
	NO	47%

14. Motivo a los familiares del paciente para que lloren sin que los vea el paciente?



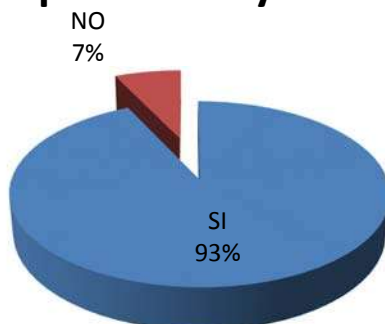
Pregunta: 15	SI	100%
	NO	

15. El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial físico, emocional, espiritual, vocacional y social.?



Pregunta: 16	SI	93%
	NO	7%

16. El paciente terminal tiene derecho a vivir independiente y alerta?



Pregunta: 17	SI	100%
	NO	

17. Ayudo al paciente a tener alivio de su sufrimiento físico, emocional, espiritual y social?



Pregunta: 18	SI	100%
	NO	

18. El enfermo terminal debe estar informado de su enfermedad?

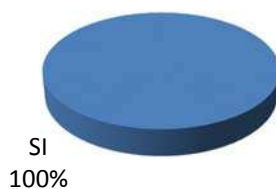
NO
0%



Pregunta: 19	SI	100%
	NO	

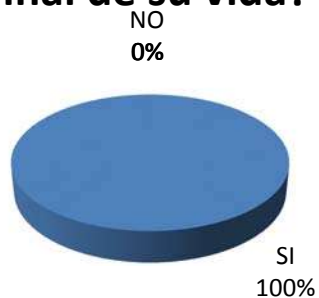
19. El enfermo terminal debe ser atendido por profesionales que cumplan sus necesidades y temores en el proceso que lo aproxima a su muerte?

NO
0%



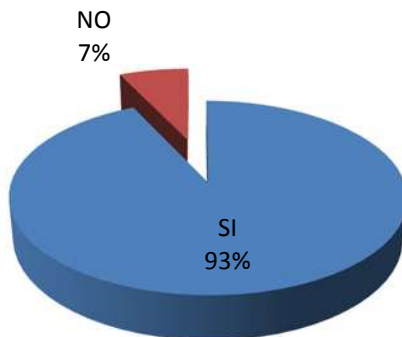
Pregunta: 20	SI	100%
	NO	

20. El paciente en fase terminal debe de tomar decisiones relacionadas en la etapa final de su vida?



Pregunta: 21	SI	93%
	NO	7%

21. El enfermo terminal puede decidir si continua o no con el tratamiento médico?



Pregunta: 22	SI	100%
	NO	

22. El enfermo terminal decide el uso creativo posible de su tiempo?

NO
0%



Pregunta: 23	SI	100%
	NO	

23. Los familiares del enfermo terminal deben ser informados de la fase terminal de su familiar?

NO
0%



Pregunta: 24	SI	100%
	NO	



9.- Conclusiones

La realización de este trabajo de investigación fue con el fin de indagar el nivel de conocimientos que cuenta el personal de enfermería, para poder enfrentar este tipo de situación, que a menudo pasa en cualquier estancia hospitalaria, la cual precisamente es la etapa terminal de un paciente.

Por tal motivo se trató de organizar e integrar ideas, experiencias personales, sin embargo la información contenida en este trabajo de investigación, la relacione y combine ya que no solamente proviene exclusivamente de los textos de libros, revistas, páginas de internet etc. Sino también ya antes mencionado fue información que se recopiló observando y más aparte se integró experiencia

personales en las estancias hospitalarias que he estado brindando mis servicios de enfermero.

Por lo mismo, la presente investigación consistió en ver y demostrar, la capacidad, el conocimiento y las actitudes del personal de enfermería para poder atender con calidad y excelencia al paciente en fase terminal.

Por otra parte al realizar la presente investigación, se muestra varios cambios personales, pero describo a continuación los más importantes para mi punto de vista:

Por todo lo indagado tanto en libros, revistas, páginas de internet y personal de enfermería, se hace evidente que la muerte de un ser querido, no es el único suceso que puede generar un duelo. Si no también varios sucesos provocados por otras pérdida importantes.

El personal de enfermería sabe dar cuidados holísticos y sabe brindar un buen cuidado a pacientes en fase terminal, por tal motivo sustento este comentario por los resultados que arrojó este trabajo de investigación.

Los cuidados que se le brindan al paciente en fase terminal son adquiridos mediante conocimiento empírico por parte del personal de enfermería.

Durante el desarrollo del servicio social de un servidor, se pudo observar el trabajo del personal de enfermería, con el transcurso de los días se fue observando, me capacitaron para tener a mi cargo pacientes en fase terminal del área de medicina interna, y fue donde me di cuenta y llegué a una conclusión de que no importa la patología que tiene cada paciente, lo importante es cómo ayudarlos a salir de sus fases de duelo, para que tengan una aceptación de lo que realmente tienen los pacientes en estado crítico, no requieren tanto de indicaciones médicas, ministración de medicamentos entre otros. Lo que más necesitan es su propio espacio y tiempo para poder expresarse libremente sin ser juzgados a él y a sus familiares.

Como resultado de los conocimientos adquiridos al realizar esta investigación y por la práctica comentada anteriormente, se logró mejorar la capacidad y habilidad de empatía para escuchar y acompañar aquellos pacientes que realmente lo necesitan.

Por todo lo anterior se establecen las siguientes propuestas.

1.- No solamente es llegar ser cordiales con el paciente, brindarles cuidados por indicaciones médicas. Y sentarse en su cubículo de enfermería hacer notas y al final del turno ni despedirse. Eso es una rutina que para el paciente de fase terminal no le ayuda en nada.

Sabemos que el trabajo del personal de enfermería es laborioso y está un poco cargado de pacientes. Pero dándole 10-15 minutos de atención al paciente y de sentarte con él, darle la mano y dejarlo que se exprese libremente, escucharlo y sobretodo no alentarle que todo va salir bien. Solamente lo que ocupan es que sean escuchados y por supuesto entendidos en cómo se siente. Y brindarle nosotros toda la confianza que ocupan y nuestra ayuda en todo lo que podemos ayudarle.

Mostrar una conducta humanista y sentimientos hacia este tipo de personas. Porque tarde o temprano es una etapa por la que uno a lo mejor puede atravesar. Y si a mí me gustaría que me atendieran excelente porque yo no hacer lo mismo, brindarles un buen cuidado con calidad y excelencia sin que nadie me lo pida.

Nadie puede proteger a un ser querido de las penas de la vida ni ahorrarle el dolor. Nadie puede consolar ni cambiar la amargada realidad de un padre o una madre que han perdido a un hijo. Pero podemos brindarles nuestro apoyo, estando a su lado cuando necesiten hablar o llorar, cuando tengan que tomar decisiones difíciles o complejas. Y podemos ayudarles a prevenir las secuelas de tan dolorosas pérdidas, con una actitud más sensible y una mayor predisposición a escucharlos.

Para poder obtener la información al respecto del nivel de conocimientos con el que cuenta el personal de enfermería, se aplicó un instrumento tipo encuesta con 30 instrumentos de escala dicotómica (SI, NO), por el coeficiente de KAPPA, al personal de enfermería que labora en las áreas de medicina interna, y terapia intensiva del Hospital General “María Zendejas” de Tacámbaro Michoacán y del Hospital de la Mujer de la ciudad de Morelia Michoacán, de la Secretaría de Salud (SSM) por medio de las dichas instituciones arrojaron los resultados esperados, llegando a la conclusión en general de que:

Conforme a los objetivos planteados, los cuales se cumplieron, se obtuvieron resultados en este estudio que precisan los datos relevantes que permiten conocer el grado de conocimientos y aplicación que posee el personal de enfermería sobre los cuidados tanatológicos. Con la información que se deriva del instrumento aplicado, el cual puede ser de gran utilidad para el futuro personal de enfermería, para que su desempeño sea de liderazgo.

Se concluye que el personal de enfermería no posee aún los suficientes conocimientos acerca de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconocen la importancia y los beneficios que proporcionan al otorgar cuidados tanatológicos al paciente y familiares que atraviesan por este proceso.

Por tal motivo olvidan el objetivo principal de la misma profesión que es el arte del cuidado, dentro del cual se encuentra implícito el cuidado holístico, integral, humanístico, de calidad, con calidez, efectivo y eficaz

Sócrates, afirma: El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es.

.- Referencias Bibliográficas

Aguinaga O. (2013). Enfermería, muerte y duelo. Bogotá, D.C. Colombia: Chigodoro

Astudillo A. (2013). Filosofía existencial de la muerte: reflexiones sobre la muerte. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de ciencias sociales y humanidades.

Ávila J.A. (2013). *¿Que son los cuidados paliativos?* (Marzo 12, 2013). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán Sitio web: http://www.Innsz.mx/opencms/contento/investigación/comitéÉtica/cuidados_paliativos.htm/

Cabrera M.M & Zavala M, (abril, 2008) . Actitud del personal de enfermería ante la muerte de pacientes, abril, 2009, de Universidad de concepción, chile Sitio web: <http://www.scielo.cVscielo.php?>

Castró, M. (2010). Tanatología la familia ante la enfermedad y la muerte. México: trilas.

Conrad Joseph (2013). El corazon de las tinieblas (2ª ed). México: Juventud.

Corles, I., Germino, B., Pittman M. (2005) . Agonía, Muerte y Duelo Un reto para la vida. México: Manual moderno.

Chavarría A. (2011). *Términos básicos de la Tanatología*. México: Asociación Mexicana de Tanatología.

Denise P.B, sílceo B. & Moreno A.H (mayo 2009). Tanatología: El proceso de morir. Agosto 2010, de la ciencia y el hombre Sitio web: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vd22num2/articulos/tanatologia/>

Dobbs, B. (1981) Enfermería ante la muerte. Revista Rol de enfermería, p 32.

Family doctor (2005). Cuidado del paciente en la etapa terminal dentro del centro de cuidado de enfermería. Enero 2009. De family doctor. Sitio web: <http://www.es.familydoctor.org/familydoctor/es/healthcare-management/end-of-life-issves/hospice-care.htm/>

Fernández M. (2010). *El desgaste emocional del tanatólogo*. Congreso Nacional de Tanatología. Vida y muerte una relación trascendental.

Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte*. Santiago de Chile: Andrés Bello.

García A., & Pedraz A. (2011). *Enfermería en cuidado paliativo*. Madrid España: Universitaria Ramón Areces.

García, A., Rodríguez, M. (2007, Octubre). En torno al duelo y sus significados. *Sociedad Española e Internacional de Tanatología*, 10, PP 2-23.

Heller.K...&Williard.K. (2014). Imaginario sobre la muerte y duelo, frases para reflexionar. 2014, de sociedad española e internacional de tanatología. S.E.I.T Sitio web: <http://tanatologia.org/foros/index.php?topic=243.0>

Kubler Ross, E. (1998). "Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido". España: Martínez Roca.

Kübler, Ross.E. (2003). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Debolsillo.

Lozano C. (2012). *Una buena forma para decir a dios*. México : Penguin Random House.

Medina, T.E.M. (2008). *Tanatología y logoterapia. Lenguaje del sentido de vivir, y sentido de morir como proceso natural de vida*. VII Congreso Nacional de Tanatología. La tanatología hoy, una esperanza para la vida . Ciudad de México: AMTAC.

Memorias. Morelia: Asociación Mexicana de Tanatología, y Asociación Michoacana de Apoyo Tanatológico.

Neimeyer, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós.

Nuland, S.B. (1995). *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza Editorial.

Palencia-Ávila M. (2010) *Espejos de los Dolores del alma. Ante la muerte*. México: seo-indautor.

Palencia-Ávila M. (2014). *Calidad de la atención al final de la vida*. México

Payas, P.A. (2010). *Las tareas de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. 1ra. ed., España: Paidós.

Pérez, D'L.S.A. (2012) *La empatía como una de las herramientas más importantes en el desarrollo profesional del tanatólogo*. México: Asociación Mexicana de Tanatología.

Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. (1995). El momento de la muerte. de Carta a los agentes sanitarios Sitio web: <http://es.catholic.net/op/articulos/20923/el-momento-de-la-muerte.html>

Prado (2010). Las cardiopatías congénitas: vida, muerte y transcendencia. 210, de asociación mexicana de tanatología Sitio web: <http://tanatologia-virginiaortiz-de-sanguino%C2%BFcomo-ve-la-muerte-la-tanatologia/>

Reyes, Z., Luis, A. (1997). Persona y Espiritualidad. México: Curso Fundamental de Tanatología.

Rittner, M. (2013). Aprendiendo a decir a dios. México: Grijalba

Robles de Fabre, T. (1987). El enfermo crónico y su familia. México: Nuevo Mar y Centro Mexicano de Investigación y Clínico.

Rodríguez I.E. (septiembre 12,2014). Recomendaciones para el equipo de enfermería hospitalaria ante una situación de duelo. Mayó 2015, de cuidándote.net Sitio web: <http://www.cuidandote.net/2014/09/recomendaciones-duelo/>

William. (2003). Tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. 2003: Paidós ibérica.

10.- Anexos y Apéndices

Apéndice No. I

Definición conceptual y operativa, dimensiones e indicadores

Variable	Tipo	Def. conceptual	Def. operativa	Indicadores
Turno	Matutino, Vespertino	Orden establecido entre varias personas para la ejecución de una cosa: turnos del día, cuadrilla, equipo a quien toca trabajar.	Es un conjunto de personas dependiendo donde laboren o estudien, donde se establece un orden.	Personal de enfermería laborando en las áreas de oncología, medicina interna y terapia intensiva.
Sexo	Masculino. Femenino-	Condición orgánica que distingue el macho de la hembra.	Es la diferencia de género entre el hombre y la mujer.	Personal de enfermería.

Apéndice No. 2.**Operacionalización de las variables descriptivas.**

Variable	Tipo	Definición o concepto	Escala de medición	Estadístico
Trasversal.	Descriptivo	Estudio que solo cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.	Dicotómica.	Escolaridad.

PROCEDIMIENTO DE DATOS.

Se realizó en total 30 cuestionarios, 15 al hospital general María Zendejas de la secretaria de salud (SSA), y por igual el resto de los cuestionarios al hospital de la mujer. Cada cuestionario consta de 24 reactivos de escala dicotómica (SI NO) de acuerdo a la muestra mínima que fue de 4 se aplicaron por igual.

Para poder validar este instrumento se realizó por medio del coeficiente de KAPPA, donde se hace la medición y comparación de las respuestas de un hospital con el otro hospital, para poder ir sacando el número de acuerdos y desacuerdos, pregunta por pregunta de cada instrumento.

Ya sabiendo la sumatoria total de los 30 instrumentos sobre el número de acuerdos y desacuerdos, el resultado se plasma en la ecuación del coeficiente de kappa, para poder después despejar la ecuación y nos dé el resultado de la validación menor a uno, para que sea un instrumento validado.



Apéndice No. 3

Instructivo del instrumento:



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Facultad de Enfermería

Escala para medir el nivel I de conocimiento que tiene el personal de enfermería, sobre los cuidados Tanatológicos en pacientes en fase terminal en el hospital de la ciudad de Tacámbaro Michoacán?

Objetivo: Identificar el nivel de conocimiento del personal de enfermería para brindar los cuidados de tanatología en pacientes en fase terminal.

Escolaridad. Lic., de enfermería.

Enfermería general

Instrucciones: A continuación seleccione la respuesta que usted considere, colocando una "x" en el cuadro que elija

1. Conozco las fases del duelo por las cuales atraviesa el paciente en fase terminal.

Sí No

2. Cuando el paciente se enteró de su proceso de enfermedad (fase terminal) reacciono con rechazo.

Sí No

3. He observado en el paciente en (fase terminal) falta de motivación.

Sí No

4. Ha manifestado el paciente en (fase terminal) sentimientos negativos.

Sí No

5. He observado en el paciente en (fase terminal) enojo.

SI No

6. Durante el proceso del duelo presenta una tristeza profunda.

Sí No

7. Ha manifestado resignación de su enfermedad el paciente.

Sí No

8. Brindo una comunicación eficaz al paciente en fase terminal.

Sí No

9. Escucho a mis pacientes en fase terminal y los dejo expresar sus sentimientos.

Sí No

10. Motivo al paciente en fase terminal para que trate de estar tranquilo.

Sí No

11. Motivo y oriento a los familiares del paciente para que hablen con él.

Sí No

12. Motivo a los familiares del paciente para que toquen sus brazos, manos.

Sí No

13. Motivo a los familiares del paciente para que expresen sus sentimientos de amor y cariño a hacia él.

Sí No

14. Motivo a los familiares del paciente para que lloren sin que los vea el paciente.

Sí No

15. El enfermo terminal tiene derecho a vivir hasta su máximo potencial (físico, emocional, espiritual, vocacional y social.)

Sí No

16. El paciente terminal tiene derecho a vivir independiente y alerta.

Sí No

17. Ayudo al paciente a tener alivio de su sufrimiento (físico, emocional, espiritual y social).

Sí No

18. El enfermo terminal debe estar informado de su enfermedad.

Sí No

19. El enfermo terminal debe ser atendido por profesionales que cumplan sus necesidades y temores en el proceso que lo aproxima a su muerte.

Sí No

20. El paciente en fase terminal debe de tomar decisiones relacionadas en la etapa final de su vida.

Sí No

21. El enfermo terminal puede decidir si continua o no con el tratamiento médico.

Sí No

22. El enfermo terminal decide el uso creativo posible de su tiempo.

Sí No

23. Los familiares del enfermo terminal deben ser informados de la fase terminal de su familiar.

Sí No

24. El enfermo terminal debe tener una muerte digna y confortable.

Sí No


Apéndice No.4

Recursos financieros

Descripción	Costo unitario	Total
Trasporte, internet, bolígrafos, folder ,impresiones, escáner y comida	1000 pesos.	1000 pesos.

Apéndice No. 5

Cronograma de actividades

Fecha	Agosto	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Febrero	Marzo.
Actividad 	Se indaga a cerca de la investigación.	Recolección de datos	Se termina planteamiento, justificación, objetivos y marco teórico.	Se termina hasta la metodología		Empieza a trabajar con el instrumento	Se empieza la prueba piloto	Después se culmina con la prueba real y concluimos con tablas y gráficas.

Consentimiento informado.

Yo _____ Acepto participar en este trabajo de investigación que es completamente voluntario, donde se me ha explicado con detalle a que finalidad se quiere llegar este trabajo de investigación, donde se me informo de manera más atenta el objetivo del estudio, procedimiento que se llevara a cabo contestando un cuestionario de 15 reactivos del cual solo se obtendrá las respuestas obtenidas de las preguntas.

Al finalizar este documento estoy confirmando lo siguiente:

- 1) Se me ha sido leído y he entendido toda la información que me presentan.
- 2) Todas mis dudas y preguntas me han sido contestadas.
- 3) Estoy de acuerdo en formar parte de este estudio al brindar información necesaria para que esta investigación se lleve a cabo.

Nombre y Firma del Voluntario

Nombre y Firma del Investigador