



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“CONOCIMIENTO DE LOS PASANTES DE ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS
PALIATIVOS EN PACIENTES EN FASE TERMINAL”**

Tesis que para obtener el grado académico de
Licenciada en Enfermería

Presenta

P.L.E. Arianne Figueroa Garcia

Asesora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Coasesoras

M.E Cirila Dimas Palacios

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

octubre, 2021

I. Directivos

M.S.P JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA

Director de la Facultad de Enfermería

ME. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO

Secretaria Académica

ME. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

Secretario Administrativo

II. Mesa Sinodal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Presidente

Dra. Ma. Martha Marín Laredo

Vocal 1

M.E Cirila Dimas Palacios

Vocal 2

III. Dedicatoria

A mis padres Arianne Garcia Villalón y

David Figueroa Medrano por ser el principal

pilar de mis sueños, por siempre confiar, creer en mí

y en mis expectativas, gracias a mi madre por siempre

acompañarme en cada una de las agotadoras y largas

noches de estudio y siempre orar por mí, gracias a mi padre

por siempre desear lo mejor para mí y luchar para que lo

tuviera, gracias por cada palabra que fueron mi guía en el

transcurso de la carrera, y de mi vida.

A mis abuelos Ernestina, David, Graciela y Juan† que son una parte esencial de mi formación, en mi educación y valores como persona, y por estar siempre presente en sus oraciones.

A mi hermana Guadalupe y a su perro **Zeus**

por su cariño y apoyo incondicional, durante todo

este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A la **Familia Villalón Almanza** por confiar en mis conocimientos y permitirme atender en todo momento a su padre.

A **toda mi familia** por sus consejos y palabras de

aliento hicieron de mí una mejor persona y de una

u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

IV. Agradecimientos

Le agradezco a **Dios** por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi Licenciatura, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme durante este proceso de aprendizaje y experiencias llenas de felicidad y satisfacción.

Quiero expresar mi gratitud a mi asesora, **Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla** por su esfuerzo y dedicación quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi Licenciatura con éxito.

Mis agradecimientos a la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,**

A toda la **Facultad de Enfermería**, a mis profesoras en especial a la **Dra. Ma. Martha Marín Laredo, Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla, M.E. Cirila Dimas Palacios y ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero** quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento a los **pasantes de Enfermería de la promoción 2020- 2021**, sin ellos la investigación no se hubiera llevado a cabo.

V. Resumen

Introducción. La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias a las enfermedades que limitan o acortan la vida. El conocimiento Sobre Cuidados Paliativos (CP) que debe tener el profesional de enfermería es indispensable toda vez que le posibilita contribuir en el logro de una buena calidad de vida y/o muerte digna a los pacientes. **Objetivos.** Evaluar el conocimiento de Pasantes de enfermería en cuidados paliativos durante su desempeño. **Material y métodos.** Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, cuantitativo, y transversal. Se realizaron un total de 180 encuestas de opinión, con 2 respuestas válidas (Si/No). Se incluyeron a las (os) pasantes de Licenciatura en Enfermería de la promoción 2020 2021. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el instrumento “Palliative Care Knowledge Test” en base a la adaptación en México realizado por Lilia Medina et al. **Resultados** Participaron 180 pasantes de enfermería. El promedio de edad fue de 22 a 24 años 94.4%, respecto al sexo predominó el femenino con un 76.1%. EL 71% de los pasantes encuestadas tienen conocimiento medio con respecto al conocimiento sobre cuidados paliativos en pacientes terminales, el 28% como bajo y solo el 1% con un conocimiento alto. **Conclusiones.** El conocimiento de los pasantes de Enfermería con respecto a CP en este estudio es considerado medio, el comportamiento en general de cada dimensión mantuvo el mismo comportamiento. La necesidad de brindar cuidados paliativos al paciente terminal adquiere cada vez más importancia dentro del sistema de salud. Para la enfermera la existencia de un enfermo terminal es un reto, ya que el paciente y su familia tienen diferentes necesidades a lo largo del proceso de la enfermedad y ante la muerte.

Palabras Clave: Acompañamiento. Calidad de vida. Formación profesional.

VI. Abstract

Introduction. The World Health Organization defines palliative care as a model of care that improves the quality of life of patients and families to diseases that limit or shorten life. The knowledge about Palliative Care (PC) that the nursing professional must have is essential since it enables them to contribute to the achievement of a good quality of life and / or dignified death for patients. **Objectives.** Evaluate the knowledge of nursing interns in palliative care during their performance. **Material and methods.** A non-experimental, descriptive, quantitative, and cross-sectional study was carried out. A total of 180 opinion surveys were carried out, with 2 valid answers (Yes / No). Nursing Bachelor interns of the 2020 2021 class were included. The sampling was non-probabilistic for convenience. The "Palliative Care Knowledge Test" instrument was used based on the adaptation in Mexico carried out by Lilia Medina et al. **Results** 180 nursing interns participated. The average age was from 22 to 24 years 94.4%, with respect to the female sex predominated with 76.1%. 71% of the interns surveyed have medium knowledge regarding knowledge about palliative care in terminal patients, 28% as low and only 1% with high knowledge. **Conclusions.** The knowledge of the Nursing interns regarding PC in this study is considered medium, the general behavior of each dimension maintained the same behavior. The need to provide palliative care to the terminal patient is becoming increasingly important within the health system.

Keywords: Accompaniment. Quality of life. Vocational training.

VII. Índice de tablas y gráficos

NO. TABLA/GRÀFICO	TABLA /GRÀFICO	NO. PÀGINA
TABLA 1	Edad de los pasantes de Licenciatura en Enfermería.	77
TABLA 2	Sexo de los pasantes de Licenciatura en Enfermería.	78
TABLA 3	Estado civil de los pasantes de Licenciatura en Enfermería.	79
TABLA 4	Institución donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería.	80
TABLA 5	Nivel de atención donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería.	81
TABLA 6	Estudios relacionados con Enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería.	82
TABLA 7	Institución donde cursó estudios previos de Enfermería.	83
TABLA 8	Trabaja actualmente en el área de enfermería.	84
TABLA 9	Desempeño de los pasantes que trabajan en el área de enfermería.	85
TABLA 10	Durante su formación se abordaron temas de Cuidados Paliativos.	86
TABLA 11	Unidad de aprendizaje donde se abordó.	87
TABLA 12	Es necesaria la inclusión de cuidados paliativos.	88
TABLAS 13	Medicina paliativa y Cuidados paliativos son lo mismo.	89
TABLA 14	Los Cuidados Paliativos, ¿Solo son aplicables a pacientes oncológicos?.	90
TABLA 15	Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico.	91
TABLA 16	El objeto principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.	92
TABLA 17	Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir.	93
TABLA 18	Los Cuidados Paliativos solo se aplican a la población adulta.	94

TABLA 19	Los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad.	95
TABLA 20	La comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten.	96
TABLA 21	La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente.	97
TABLA 22	Los Cuidados Paliativos deben estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar.	98
TABLA 23	Religiosidad es lo mismo que espiritualidad.	99
TABLA 24	Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar.	100
TABLA 25	Los Cuidados Paliativos deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes.	101
TABLA 26	La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido.	102
TABLA 27	Se debe usar morfina para el alivio de la disnea.	103
TABLA 28	En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales.	104
TABLA 29	El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	105
TABLA 30	El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (boca seca).	106
TABLA 31	¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?.	107
TABLA 32	El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina.	108
TABLA 33	¿El uso de opioide influye en el tiempo de supervivencia?.	109
TABLA 34	¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce a adicción?.	110
TABLA 35	Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser discontinuados?.	111
TABLA 36	La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente.	112

Índice

Introducción	13
Capítulo I	15
Justificación	15
Planteamiento del Problema	20
Objetivos	22
General	22
Específicos	22
Capítulo II	23
II. Marco Teórico	23
2.1 Conocimiento	23
2.2 Clasificación	24
2.2.1 Conocimiento filosófico	24
2.2.2 Conocimiento empírico	25
2.2.3 Conocimiento científico	26
2.2.4 Conocimiento intuitivo	27
2.2.5 Conocimiento religioso	27
2.2.6 Conocimiento declarativo	28
2.2.7 Conocimiento procedimental	28
2.2.8 Conocimiento directo	28
2.2.9 Conocimiento indirecto o vicario	28
2.2.10 Conocimiento lógico	28
2.2.11 Conocimiento matemático	28
2.2.12 Conocimiento de sistemas	29

2.3 Cuidados Paliativos	29
2.4 Cuidados paliativos que se brindan al paciente	31
2.4.1 Alimentación	31
2.4.2 Higiene	32
2.4.3 Confort y Movilización	32
2.4.5 Descanso y Sueño	32
2.4.6 Dolor	33
2.5 Paciente Terminal	33
2.5.1 Síntomas en el paciente terminal	36
2.5.1.1 Dolor	36
2.5.1.2 Síntomas digestivos	36
2.5.2 Síntomas respiratorios	37
2.5.3 Síntomas neuropsicológicos	38
2.6 Enfermedad Crónica	38
2.7 Servicio social	39
2.7.1 Pasante de Servicio Social de Enfermería	41
2.7.2 Obligaciones	41
2.7.3 Derechos	42
2.7.4 Sanciones	45
2.8 Virginia Henderson	47
2.8.1 Metaparadigma de Enfermería	50
Capítulo III	54
III. Metodología	54
3.1 Tipo y diseño de estudio	54
3.2 Límites de tiempo y espacio	54

3.3. Universo	54
3.4 Muestra	54
3.4.1 Criterios de inclusión	54
3.4.3 Criterios de eliminación	55
3.5 Operalización de variables	55
3.6 Instrumento	55
3.7 Procedimiento	56
3.8 Análisis estadístico	56
3.9 Recursos	56
3.9.1 Humanos	56
3.9.2 Financieros	56
3.9.3 Materiales	56
3.10 Consideraciones éticas y legales	56
IV. Resultados	59
V. Discusión	66
VI. Conclusiones	68
VII. Sugerencias	69
Referencias Bibliográficas	70
Anexos	72
Anexo I. Aprobación de Tesis	72
Anexo II. Instrumento	73
Anexo II. Consentimiento Informado	76
Anexo III. Tablas y gráficos	77
Apéndices	113
Apéndice 1. Operalización de variables	113

Introducción

Los Cuidados Paliativos han emergido como una modalidad asistencial en la que el ejercicio profesional que se centra en la atención integral, activa y continua del paciente y sus familiares, realizada por un equipo multidisciplinario, cuando la expectativa no es la curación, sino proporcionar calidad de vida prevención y alivio del “sufrimiento” sin alargar la supervivencia estos deben cubrir aspectos físicos, psicológicos y espirituales y se plantea que se extiendan hasta el período de duelo. Uno de los argumentos de la filosofía que alientan los cuidados paliativos es ni acelerar la muerte, ni prolongar innecesariamente la vida.

A pesar de los importantes avances de la enfermería en los últimos años, la atención adecuada al creciente número de personas ancianas, pacientes con enfermedades crónico degenerativas y cáncer sigue representando un importante reto de salud pública. Muchos de estos enfermos llegarán al final de su evolución a una etapa terminal, caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial. En México fallecen anualmente 683,823 personas, pudiendo estimarse que un 50 a 60% de las mismas lo hace tras recorrer una etapa avanzada y terminal.

La OMS define los cuidados paliativos, “cómo el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal, conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias”.

El manejo integral del paciente en fase terminal, durante todas y cada una de las etapas de su enfermedad demanda por parte del profesional de enfermería conocimientos científicos específicos, además de un entrenamiento especial para su desempeño en las diferentes áreas relacionadas con la atención de este tipo de pacientes. Este trabajo investigativo es un estudio no experimental, cuantitativo y descriptivo, porque permitió estudiar la situación de las variables identificadas en el presente estudio. Se planteó como objetivo principal: Evaluar el conocimiento de Pasantes de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes en fase terminal.

La tesis consta de tres capítulos, en el primer capítulo se estableció el cuadro referencial que cuenta con los siguientes aspectos justificación, planteamiento del problema y los objetivos del tema.

En el segundo capítulo hace referencia al marco teórico que incluye los temas Conocimiento, Cuidados paliativos, Paciente en fase terminal, Síntomas en el paciente terminal, Enfermedades crónicas y Servicio social.

El tercer capítulo consta de la metodología la cual abarca el tipo y diseño del estudio, consideraciones éticas y legales, resultados, discusión, conclusiones, referencias bibliográficas, anexos y apéndices.

Capítulo I

Justificación

Los Cuidados Paliativos se definen como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingresos bajos y medianos, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben.

Con base en NOM-011-SSA3-2014 en los últimos 20 años, a nivel mundial, los cuidados paliativos han experimentado una creciente y acelerada demanda. Diversos países con mayor nivel de desarrollo que el nuestro, han alcanzado un alto grado de especialización en esta materia; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal.

El cáncer es la principal causa de muerte en todo el mundo, en 2015 se atribuyeron a esta enfermedad 8,8 millones de defunciones, una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. Los cinco tipos de cáncer que causan un mayor número de fallecimientos son los siguientes: Pulmonar 1,69 millones de defunciones, Hepático 788 000 defunciones, Colorrectal 774 000 defunciones, Gástrico 754 000 defunciones y Mamario 571 000 defunciones. (OMS, 2018).

En México, la magnitud de los efectos del cáncer en la salud del país no es muy diferente al panorama mundial, pues es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. De acuerdo con cálculos de organismos internacionales, los cánceres de mama, de próstata, cervicouterino, colorrectal y de pulmón son los más

recurrentes en la población en general en ambos sexos. Para los hombres, los cánceres más mortales son de próstata, de pulmón, colorrectal, de hígado y gástrico; mientras que para las mujeres son el de seno, cervicouterino, de hígado, colorrectal y ovario. Estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que, en México, en el 2015, por cada 100 mil habitantes, el cáncer de próstata ocasionó la muerte de 13 varones, en tanto que el de mama provocó 11 decesos de mujeres. (Secretaría de Salud, 2019).

La gran mayoría de los enfermos, son diagnosticados en períodos avanzados de la enfermedad, o en el curso de la misma desembocará en la denominada etapa terminal de la enfermedad, se reconoce como el fin de la vida, pero la palabra puede orientarse a las últimas horas, los últimos días, semanas o meses.

Durante el proceso de enfermedad oncológica, al igual que ocurre con otras enfermedades, el cáncer puede considerarse, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, como un padecimiento curable, o controlado, cuando la enfermedad avanza, la impresión diagnóstica y su probable pronóstico la convierten en una enfermedad incurable, ya sea en una etapa intermedia o avanzada.

Esta última etapa, que requiere la certeza del diagnóstico, incluirá a la denominada fase terminal, cuando el padecimiento es irreversible, progresivo y se acompaña de múltiples síntomas bajo un pronóstico de vida limitado, que de forma empírica se considera no mayor a seis meses. Situación de enfermedad terminal: diagnóstico reconocido, Incurable, progresiva, síntomas múltiples, pronóstico de vida limitado. Esta etapa finalizará con la evidencia de una falla orgánica múltiple, lenta o rápidamente progresiva. (Mayer, 2006).

Espinosa A, en el año 2012 realizó una investigación sobre Cuidados Paliativos a Enfermos Adultos Terminales en la Atención Primaria de Salud. El cual tuvo como objetivo general de establecer un programa para el perfeccionamiento de la atención integral del paciente terminal y sus familiares, se realizó un estudio prospectivo de investigación-acción, en varias etapas, donde se emplearon métodos cuantitativos y cualitativos, donde participaron personas de 65 años y más entre los enfermos

terminales, que la gran mayoría reciben atención en el episodio al final de la muerte, que son asistidos por su Médico de familia en su domicilio en una mayor proporción, predominando la decisión del paciente y de sus familiares en cuanto al sitio donde fallecieron. Se obtuvo como resultado que el 98 % de los médicos y enfermeros encuestados expresaron haberse enfrentado con anterioridad a la asistencia de pacientes en estado terminal y refirieron lo difícil que se les había hecho asistir a estos enfermos y sus familiares.

González H, en el año 2012 en Guatemala, realizó un estudio titulado “conocimiento del enfermero sobre cuidados paliativos”, teniendo como objetivo Comprobar el grado de conocimientos que tienen las enfermeras del Hospital Roosevelt sobre Cuidados Paliativos, en el cual se encuestó a 170 enfermeras, Los resultados de la presente investigación muestran que las enfermeras del Hospital Roosevelt no tienen conocimiento ni siquiera en un 50 % sobre lo que son los Cuidados Paliativos, lo que impide que estos se proporcionen a los pacientes que asisten, teniendo como conclusión que si la enfermera desconoce el tema del cuidado paliativo no puede brindarle este tipo de atención a su paciente, porque éste requiere algo más. Implica atender sus necesidades físicas, aliviar el dolor y el sufrimiento, acompañarlo espiritualmente y tener en cuenta las áreas sociales, psicológicas y emocionales de su entorno.

Krikorian A, el 2018, en Barcelona, realizó un estudio titulado “Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación terminal que reciben cuidados paliativos” los objetivos generales fueron examinar 7 los síntomas físicos, los problemas psicológicos, sociales y espirituales, el grado de ajuste a la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que se asocian a la experiencia de sufrimiento e un grupo de pacientes con cáncer en estado terminal; identificar su contribución al nivel de sufrimiento, con miras a aportar evidencia empírica al modelo teórico propuesto la calidad de la atención hospitalaria. El estudio fue de tipo cuantitativo, de corte transversal, la técnica fue la encuesta y el instrumento. Se llevó a cabo un muestreo invitando a participar aquellos pacientes que tienen cáncer en fase terminal que fueron atendidos por el profesional de salud. Se llegó a la conclusión que los resultados obtenidos en el presente estudio han permitido explorar la experiencia de sufrimiento de

los enfermos con cáncer en fase terminal, a la vez los síntomas y problemas que presenta el paciente se logre afrontar la situación de esta enfermedad.

Márquez M en el año 2017 realizó un estudio en Bogotá titulado “La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos “con objetivo de Describir la experiencia del familiar de la persona que vive una situación de enfermedad hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos. El diseño fue descriptivo, transversal. Resultados se obtuvieron en 80 enfermeras, los síntomas físicos especialmente el dolor 51% era lo que les preocupaban a los pacientes, la debilidad por su diagnóstico terminal era el 39%, mientras que un 16% estaba más preocupado por su estado de ánimo (ansiedad y depresión), la incapacidad para hacer sus cosas que el paciente deseaba (pasear, divertirse como antes) esto preocupaba a un 8% de pacientes. Únicamente un 5% de las personas no refería ninguna preocupación especial ya que lo estaba asimilando el diagnóstico y aceptar la realidad.

Soto A, en el año 2018 Bayamón, realizó un proyecto de investigación titulado “conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo en paciente en etapa de muerte”. teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimientos que posee el profesional de enfermería sobre el manejo del paciente en etapa de muerte, se realizó un estudio descriptivo, donde se emplearon métodos cuantitativos en el cual se encuestó a 20 enfermeras, Los resultados de la presente investigación muestran que las enfermeras de salud en San Juan el 65% 8 indicaron que la institución donde laboran no le ofrece adiestramiento sobre el cuidado al paciente moribundo, mientras un 45% indicó que no han tomado cursos relacionado con los temas del cuidado al paciente moribundo o en etapa terminal, como conclusión La mayoría de estos ha tomado cursos relacionados a pacientes terminales. Sin embargo, el personal encuestado piensa que no posee suficiente conocimiento sobre el tema y piensa que todo el personal de enfermería debe adiestrarse al respecto.

Debido a lo anterior, se trata de un estudio relevante e innovador que servirá de base para proponer estrategias que permitan una formación más integral del Licenciado (a) en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Considerando que, al estudiante, le permitirá un mejor desempeño

en su servicio social y en el futuro como profesional del área de la salud. La sociedad se beneficiará al contar con profesionales de la enfermería con las competencias teóricas, heurísticas y axiológicas para brindar el apoyo y cuidado a su familiar en fase terminal.

Planteamiento del Problema

Tomando en cuenta que, la principal función de los profesionales de enfermería son los cuidados y por ello las (os) enfermeras (os) son las (os) encargadas (os) del bienestar del paciente terminal. Por ello, se pretende recordar la importancia del papel de la enfermera (o) en esta etapa de la vida del enfermo. La Enfermería es una de las figuras básicas dentro de los cuidados paliativos, ya que ésta es la responsable de la correcta aplicación de los procedimientos necesarios para mejorar en lo posible la última etapa de la vida del paciente terminal y además debe fomentar el aprendizaje y la implicación de la familia en este tipo de cuidados. FUDEN (2019)

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos; el 78% de ellas viven en países de ingreso bajo e ingreso mediano. Actualmente, a nivel mundial, tan solo un 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. Una amplia gama de enfermedades requiere cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5%), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3%), sida (5,7%) y diabetes (4,6%). Muchas otras afecciones pueden requerir asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos. OMS (2020)

Sin embargo, se ha observado que las instituciones formadoras de recursos de humanos de enfermería contribuyen mínimamente en la integración de conocimientos, teóricos y habilidades para los cuidados paliativos, puesto que enfermería es fundamental, ya que, aunque se trabaje con un equipo multidisciplinar, éstos son los responsables últimos de ofrecer un cuidado de calidad al enfermo. Las principales actividades que deben aplicar las (os) enfermeras (os) tienen que estar orientadas a conseguir que el paciente viva el tiempo que le queda con la mayor comodidad posible. Partiendo del mayor respeto a la dignidad, a la independencia del paciente y a su derecho a participar en lo que sucede a su alrededor. FUDEN (2019)

En el caso de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, es la principal formadora de recursos humanos de Licenciadas (os) en enfermería en el estado de Michoacán, sin embargo, en el plan de estudios, no se incluye ninguna Unidad de Aprendizaje relacionada con enfermedades terminales, en las cuales generalmente se analizan los cuidados paliativos, este tema de manera natural, está más relacionado con los pacientes en fase terminal, aunque en la práctica no es la única condición en la que deben aplicarse. En los pasantes de Licenciatura en Enfermería, se ha observado que los cuidados paliativos, no son uno de los temas con mayor dominio, toda vez que, al cuestionar sobre los mismos, no se ha identificado claridad, ni en qué consisten, cuáles son, en quiénes se aplican, cuál es el objetivo, entre otros cuestionamientos.

Por lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación **¿Cuáles son los Conocimientos de las (os) pasantes de Licenciatura en Enfermería sobre los cuidados paliativos en pacientes en fase terminal?**

Objetivos

General

Evaluar el conocimiento de Pasantes de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes en fase terminal.

Específicos

1. Identificar los conocimientos adquiridos sobre los cuidados paliativos por los pasantes en servicio social en relación con bioética, espiritualidad, farmacología.
2. Describir los conocimientos del pasante de enfermería sobre los cuidados paliativos relacionados con Bioética, espiritualidad, farmacología, conocimientos clínicos.
3. Analizar los conocimientos de los pasantes en servicio social sobre cuidados paliativos.

Capítulo II

II. Marco Teórico

Con fines de esta investigación, el marco teórico está estructurado con base en las variables del estudio, el conocimiento entendido este como la acción de adquirir información para comprender la realidad por medio de la razón, el entendimiento y la inteligencia. Se refiere, a lo que resulta de un proceso de aprendizaje.

Por otra parte, los cuidados paliativos en pacientes en fase terminal son el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales, los principales pacientes que llegan a necesitar de primera estancia los Cuidados Paliativos son los pacientes en fase terminal sin dejar de un lado todas las enfermedades crónico degenerativas que también requieren de estos cuidados.

El servicio Social de Enfermería es el periodo académico obligatorio de proyección social se desarrolla en unidades de primer y segundo nivel de atención, en el que el pasante aplica los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados. Para concluir con el compendio de esta investigación Virginia Henderson teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería con su Modelo de las “14 Necesidades” que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas.

2.1 Conocimiento

El conocimiento, tal como se le concibe hoy, es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, es estudiado por la epistemología, que se la define como la 'teoría del conocimiento'; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego *episteme*(ciencia), pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento.

Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”. Se la define también como “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico”. En cambio, gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico.

En la práctica, el conocimiento es considerado como una forma de entender desde la cual el hombre partiendo de su ámbito individual, personal y cotidiano establece relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente. (Abarca,2019).

La definición de conocimiento ha sido trabajada por diferentes autores desde diferentes disciplinas, como por ejemplo la Filosofía, la Psicología, la Gestión empresarial y la Informática; por ejemplo, “«Conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son»”. (Díaz, 2019).

El conocimiento es una habilidad humana por medio de la cual se relaciona un sujeto que se conoce y un objeto por conocer, se adquiere en diversas maneras y niveles de profundidad de acuerdo con los diferentes enfoques culturales. Los elementos del conocimiento son el sujeto que conoce, el objeto que va a ser conocido, la relación entre ambos y una representación mental del objeto conocido. (Gómez,2017).

En el conocimiento el ser humano se apropia de la realidad, mediante la experiencia, es decir por medio de la percepción del sentido, la razón que permite inferir conceptos y la intuición, que permite una comprensión profunda, a través de la historia, es el propio ser humano el que ha desarrollado formas para entender esa realidad, la cual ha permitido la diferenciación de los distintos tipos de conocimiento.

2.2 Clasificación

2.2.1 Conocimiento filosófico

Conforme el hombre avanza, busca conocer la naturaleza de las cosas y para entender mejor su entorno, y a él mismo, se cuestiona cada hecho aprehendido en la etapa del conocimiento empírico. Este cambio propicia una nueva forma de alcanzar el conocimiento, a la que denomina filosofía, otro tipo de conocer que se caracteriza por ser:

- Crítico: no acepta métodos ni reglas preestablecidas, aunque ya hayan sido validadas y aceptadas. Somete todo al análisis, sin ninguna influencia ni la de sus propios principios.
- Metafísico: va más allá de lo observable y entendible, al afirmar que el campo científico, físico, es finito y que por tanto donde acaba la ciencia comienza la filosofía, pero no la priva de tener su propia filosofía.
- Cuestionador: recusa todo lo conocido, incluyendo la realidad, y se interroga por la vida y su sentido y por el hombre mismo en cuanto hombre.
- Incondicionado: es autónomo, no acepta límites ni restricciones y, es más, incorpora el concepto de libre albedrío, para el acto de pensar para conocer.
- Universal: su meta es la comprensión total e integral del mundo, para encontrar una sola verdad, la verdad universal. (Esquivel,2020).

Ser parte de la introspección y la reflexión sobre la realidad y las circunstancias que nos rodean a nosotros y al mundo, en ocasiones basándose en la experiencia a dada por observaciones directas de fenómenos naturales o sociales, se parte de la observación y la reflexión, sin llegar a la experimentación, y de este conocimiento surgen diversas metodologías y técnicas que permiten que con el tiempo la especulación se convierta en conocimiento científico. (Garcia, 2018).

2.2.2 Conocimiento empírico

En sus inicios, el hombre por observación natural comienza a ubicarse en la realidad, apoyado en el conocer que le da la experiencia de sus sentidos y guiado únicamente por su curiosidad. Este conocer inicial aprendido en la vida diaria se llama empírico, por derivar de la experiencia, y es común a cualquier ser humano que cohabite una misma circunstancia. (Morris,2019).

El empírico es uno de los tipos de conocimiento basados en lo directamente observable. Se considera conocimiento empírico a todo aquel que se aprende en el medio mediante la experiencia personal. Se basa en la observación sin considerar emplear un método para investigar los fenómenos ni su nivel de generalización. (García,2018).

2.2.3 Conocimiento científico

Semejante al conocimiento empírico en el sentido de que parte de la observación de la realidad y se basa en fenómenos demostrables, se parte de la observación y se basa en fenómenos demostrables en los que se realiza un análisis crítico de la realidad a partir de la comprobación (experimental o no) para poder originar conclusiones válidas. El conocimiento científico permite la crítica y la modificación de sus conclusiones y premisas básicas. (García, 2018).

El conocimiento científico se caracteriza, principalmente, por ser un saber crítico y fundamentado, que procede de manera metódica y sistemática; sus conclusiones son verificables; el saber que arroja es unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable, racional y provisorio, que, en definitiva, permite explicar y predecir hechos o fenómenos mediante leyes o principios.

- Crítico: porque distingue entre lo verdadero y lo falso, lo cierto y lo discutible.
- Fundamentado: porque basa sus conocimientos en pruebas y datos obtenidos mediante análisis metódico y riguroso.
- Metódico: porque se vale de métodos de investigación y determinados procedimientos que dotan de rigor el estudio, la observación y el análisis.
- Verificable: porque puede ser comprobado mediante la experiencia.
- Sistemático: porque constituye un sistema de ideas interrelacionadas y conectadas entre sí.
- Unificado: porque su objeto son los conocimientos generales y no singulares.
- Universal: porque su validez es igual para todos, no hay cabida para la relatividad cultural.
- Objetivo: porque los hallazgos tienen un valor general y no individual o subjetivo.
- Comunicable: porque puede ser comunicado mediante lenguaje científico.
- Racional: porque en él es fundamental la inteligencia y la razón humana.
- Provisorio: porque el hallazgo de hoy puede ser refutado mañana por medio de otra teoría más precisa.
- Explicativo: porque explica los hechos y fenómenos de la realidad y la naturaleza mediante leyes o principios que son comunes y constantes. (Coelho,2020).

2.2.4 Conocimiento intuitivo

El conocimiento intuitivo es todo aquel que aparece de manera automática, sin necesidad de análisis, reflexión o experiencia directa. Debido a que no puede ser obtenido de ninguna de estas formas, se considera que proviene de una fuente independiente, que generalmente se asocia con la mente subconsciente.

Diferentes autores utilizan la palabra “intuición” para referirse a distintos fenómenos. Así, por ejemplo, podemos asociar este término con el conocimiento o el razonamiento inconscientes; pero también con el reconocimiento de patrones, o la capacidad de entender algo instintivamente sin necesidad de realizar un razonamiento lógico. (Rodríguez,2020).

El conocimiento intuitivo es un tipo de conocimiento en el que la relación entre los fenómenos o informaciones se llevan a cabo a través de un proceso subconsciente, sin que exista información objetiva suficiente a un nivel observable como para elaborar dicho conocimiento y sin que sea necesario una comprobación directa de su veracidad. Se vincula a la experiencia y a la asociación de ideas y de sensaciones. (García, 2019).

2.2.5 Conocimiento religioso

El conocimiento religioso, ante todo, es dogmático: se acepta o no, pero carece de argumentos lógicos demostrables, sino que se sustenta en la fe. Propone, de distintas maneras, que los seres humanos somos fruto de la creación divina y que por ende debemos rendir culto al creador.

En consecuencia, impone ciertos preceptos morales y éticos, expresados a modo de una doctrina. Esta puede o no ser custodiada e impartida por una iglesia: una organización social que tiene como fin perpetuar una fe específica.

Los saberes religiosos, son incuestionables y se rigen por una lógica propia, que generalmente distingue entre el bien y el mal, o entre lo justo y lo pecaminoso, dependiendo de los valores que se expresen detrás de cada religión. Por ejemplo, el cristianismo es una doctrina de la culpa, mientras que la religión de la antigua Grecia se basaba en el honor y el equilibrio.

Finalmente, el conocimiento religioso se suele recoger en libros sagrados, que pueden ser uno solo o distintos tomos, y que suelen mezclar la narración con las ordenanzas,

con los rezos y con el recuento histórico religioso. La Biblia, el Corán o el Talmud son ejemplos de ello.

2.2.6 Conocimiento declarativo

Por conocimiento declarativo entendemos aquél en que somos capaces de conocer información teórica sobre las cosas, siendo totalmente conscientes de dichos conocimientos y estableciéndolos en forma de idea o proposición. Dichas ideas pueden o no ser verificadas posteriormente. Permite la abstracción y la reflexión sobre la información, así como su elaboración. (Montez, 2019).

2.2.7 Conocimiento procedimental

Este tipo de conocimiento, llamado a veces conocimiento tácito, se aplica a la gestión de problemas nuevos en un ámbito personal o profesional en el que se ha adquirido mucha experiencia y soltura. Además, aquello que se aprende no puede ser expresado verbalmente, sino que tiene que ver con movimientos realizados en un tiempo y un espacio determinados. (Arronte, 2018).

2.2.8 Conocimiento directo

Se basa en la experimentación directa con el objeto de conocimiento, obteniendo información de primera mano respecto a dicho objeto. Por ello, no se depende de la interpretación de otras personas. (García, 2018).

2.2.9 Conocimiento indirecto o vicario

En el conocimiento indirecto aprendemos sobre algo a partir de otras informaciones sin por ello experimentar con el objeto de estudio de forma directa. (García, 2018).

2.2.10 Conocimiento lógico

Este tipo de conocimiento se basa en la derivación de conclusiones coherentes con las premisas de las que se parte. Es información que sigue las reglas del razonamiento deductivo y cuyo proceso puede ser resumido a través de silogismos. Por ejemplo: si llueve, el suelo se moja; ha llovido, así que el suelo se ha mojado. (García, 2018).

2.2.11 Conocimiento matemático

Este es otro de los tipos de conocimiento que más se relaciona con la lógica, pero no es exactamente como el anterior. En este caso, el contenido de las proposiciones con las

que se trabaja para extraer información se basa exclusivamente en números y en operaciones matemáticas. (Rodríguez, 2019).

2.2.12 Conocimiento de sistemas

Este tipo de conocimiento hace referencia a la capacidad de generar sistemas a partir de elementos individuales que pueden ser combinados entre sí. Es un ámbito técnico relacionado con las matemáticas y usado habitualmente en programación y oficios como la arquitectura o la sociología. (García, 2018).

2.3 Cuidados Paliativos

Los Cuidados Paliativos, o de tipo Hospice como se denominaron en sus inicios, están diseñados para proporcionar bienestar, confort y soporte a los familiares y pacientes cuyas vidas están próximas al final. Estos cuidados no aceleran ni detienen la muerte, y tampoco prolongan la vida, sino que procuran estar presentes en esta etapa para proporcionar los conocimientos especializados de cuidados tanto médicos como psicológicos y dar soporte emocional y espiritual para el paciente, la familia y amigos (Twycross, 2020). La palabra “paliativo” deriva del latín pallium, esto significa manta o cubierta. Por lo que se puede entender que cuando la causa de la enfermedad no puede ser curada, los síntomas de esta son “cubiertos” o “tapados” con tratamientos como los analgésicos o los antieméticos. Pero la medicina paliativa no se queda solo en la sintomatología, sino que es más amplia implicando un enfoque holístico, considerando, además de las molestias física, los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Los Cuidados Paliativos son el tipo de atención sanitaria que se debe prestar al final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias cuando se enfrentan a una enfermedad en situación terminal. Hablamos de situación terminal ante una enfermedad incurable, avanzada y progresiva, sin posibilidad razonable de respuesta a tratamientos curativos y con un pronóstico de vida limitado. En esta situación, aparecen múltiples necesidades a las que se puede dar respuesta y que son el objetivo de los Cuidados Paliativos. Para ello, es necesario realizar una valoración, a partir de la cual se determinará un plan de actuación individualizado, activo y continuado para pacientes y sus familias, respetando sus deseos.

Los Cuidados Paliativos ayudan a prevenir y aliviar el sufrimiento (físico, emocional, y espiritual) de la persona que se encuentra en esta situación. Contribuyen a mejorar su calidad de vida y la de su familia. Permiten abordar el proceso de la muerte dentro del respeto a los valores y creencias de cada persona. Dentro de sus principales objetivos son:

- El alivio al dolor y otros síntomas.
- Una comunicación e información adecuada.
- El respeto a la autonomía de los pacientes.
- El apoyo a la familia y/o personas cuidadoras.
- Respuesta a sus necesidades espirituales.
- La continuidad asistencial a lo largo de su evolución.
- La atención en el duelo.

Los Cuidados paliativos son dirigidos a todas las personas que padecen una enfermedad incurable, avanzada y progresiva y a sus familias.

Cualquiera que sea la causa de su enfermedad (cáncer, insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal, hepática, SIDA, demencias o enfermedades neurodegenerativas, etc.) se brindan a cualquier edad en cualquier lugar donde se encuentren hospital o en su domicilio.

La familia, en esta situación, es un pilar básico en los cuidados. Aumenta su carga de trabajo, sufre junto a su ser querido y tiene miedo a la pérdida. Esto tiene implicaciones a nivel emocional y repercusiones en su salud, tanto a lo largo de la enfermedad como en el duelo. Por eso, es necesario cuidar también a la familia. Cía. (2020)

La OMS (2021) define los Cuidados Paliativos de la siguiente forma: “El enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, con compromiso vital, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la pronta identificación y correcta valoración y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.”

Esta definición se completa con lo siguiente:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento

- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente
- Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.
- Mejoran la calidad de vida del paciente
- Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.)
- Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Los objetivos fundamentales recogidos por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional para los cuidados paliativos son (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007):

- Atender los síntomas físicos, las necesidades emocionales, sociales y espirituales y los aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares.
- Proporcionar información comunicación y apoyo emocional asegurando al enfermo: ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y poder expresar sus emociones.
- Fomentar la continuidad asistencial a lo largo de su evolución estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles y recursos implicados

2.4 Cuidados paliativos que se brindan al paciente

2.4.1 Alimentación

La nutrición juega un papel fundamental en el crecimiento y desarrollo, en la promoción y el mantenimiento de la salud, en la prevención de enfermedades y en la recuperación de las personas, a lo largo de toda su vida ya que influyen en gran medida sobre su estado de salud y pueden afectar a las actividades de la vida diaria y calidad de vida.

Principios inmediatos

- Hidratos de carbono: 55 a 60% del total calórico (mejor complejos que simples).

- Grasa: No más del 30% del total calórico, no exceder de 300mg/día de colesterol. Disminuir la ingesta de grasas saturadas y tener en cuenta el aporte adecuado de pescado azul como protector vascular ya que hace un efecto antiinflamatorio y antiagregante plaquetario.
- Proteínas: No más de 15% del total de caloría (proteínas 40% y Proteínas vegetales 60%). Siempre mezclando cereales y legumbre ya que aumenta la calidad proteica. (Espinoza,2017).

2.4.2 Higiene

Es una necesidad que todo individuo sano o enfermo deberá satisfacer. La higiene es el autocuidado por el que las personas realizan funciones tales como el baño, la higiene del cuerpo y el aseo personal. La higiene implica el cuidado de la piel, el cabello, las uñas y la zona perianal y genital. (Montes, 2006).

2.4.3 Confort y Movilización

Constituye una parte muy importante y muy vital, ya que todos los órganos y sistemas funcionan con mayor eficacia cuando están activos, produciéndose una hipofunción o hipertrofia a nivel muscular si esta necesidad se ve alterada. La importancia de la movilización es según la capacidad física y funcional.

Una persona postrada en cama o sentada continuamente podrá tener una alteración de todas estas necesidades: (Fernández, 2015).

- a. Problemas digestivos (Estreñimiento, indigestiones)
- b. Incontinencia urinaria
- c. Mala nutrición
- d. Edema en miembros inferiores
- e. Dificultad de eliminar mucosidades
- f. Contracturas, Anquilosis muscular
- g. Mal regulación térmica, insomnio

2.4.5 Descanso y Sueño

Es una de las necesidades fisiológicas que está dado por el descanso y sueño, consiste en la interrupción fisiológica de la vigilia. Los cambios en el sueño, el descanso y la

conciencia afectan a menudo al estilo de la vida de la persona, e interfieren con la capacidad para mantener el control de muchas funciones importantes.

El sueño se define como una interrupción periódica de la conciencia en donde se restauran las funciones corporales.

El sueño nocturno normal implica un vaivén entre las diversas etapas del sueño existiendo dos tipos de sueño, el primer tipo es el sueño donde no hay movimientos oculares rápidos, comprende dos etapas de sueño ligero y dos etapas de sueño más profundo. A medida que el individuo progresa a través de estas etapas, experimenta un sueño más profundo. El segundo tipo de sueño, es el de movimientos oculares rápidos, es decir un sueño profundo asociado con el acto de soñar. (Mayer,2006).

2.4.6 Dolor

El dolor es una sensación donde abarca muchas situaciones ya sean físicas, espirituales y culturales ya que hacen de ese dolor una experiencia individual única e irreplicable. La única forma de aproximarnos al dolor total es a con una comunicación franca y fluida a través de los enfermeros, no solo intercambiar información sino tener un vínculo mostrar confianza al enfermo terminal. (González, 2012).

2.5 Paciente Terminal

Paciente terminal: "es aquel que posee una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con falta de posibilidades razonable de respuesta al tratamiento específico, que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, que presenta un gran impacto emocional para el mismo, sus familiares y el equipo terapéutico que le atiende, estando su situación relacionada, implícita o explícitamente, con la presencia de la muerte y un pronóstico de vida inferior a 6 meses". Esta fase se inicia en el momento en que es preciso abandonar los tratamientos de finalidad curativa, ya que no le aportan beneficios a su estado de salud, para sustituirlos por otros cuyo objetivo es controlar y calmar los síntomas, tanto físicos como psíquicos que origina la enfermedad. A veces, se usa sólo la palabra "terminal".

A menudo, un paciente se considera que sufre una enfermedad terminal cuando su esperanza de vida se estima en seis meses o menos, bajo el supuesto de que la enfermedad sigue su curso normal. La norma de los seis meses es arbitraria, y las

mejores estimaciones disponibles de la longevidad pueden ser incorrectas. Por consiguiente, aunque un enfermo diagnosticado correctamente puede ser considerado terminal, esto no es una garantía de que el paciente va a morir dentro de los seis meses. Del mismo modo, un paciente con una enfermedad que progresa lentamente, como el sida, no se puede considerar una enfermedad terminal ya que las mejores estimaciones de longevidad son mayores de seis meses. Sin embargo, esto no asegura que el paciente no muera de forma temprana.

Este paciente según la Dra. Elizabeth Kubler Ross, en su libro “sobre la muerte y los moribundos”, publicado en 1969, describe el proceso de adaptación de la realidad del paciente terminal en cinco fases:

1. **Negación- aislamiento:** es el periodo inicial de rechazo. La persona se niega a creer que se está muriendo.
2. **Ira:** rechazo, desplazamiento y proyección contra los que los rodea. La persona piensa que porque a él y siente rabia y enfado.
3. **Pacto-negociación:** es un intento de posponer los hechos. La persona con frecuencia negocia con Dios pidiendo más tiempo y prometiendo cosas a cambio. La negociación se suele realizar a nivel privado y de forma espiritual.
4. **Depresión (reactiva o preparatoria):** sustitución por una gran sensación de pérdida. La persona se da cuenta que es él y se siente muy triste. Se produce el duelo por las cosas perdidas y la próxima pérdida de la vida.
5. **Aceptación:** disminución del interés general y tranquilidad. La persona queda en calma y tranquila, ya que ha dicho todo lo que tenía que decir y arreglado todos los asuntos pendientes.

Estas fases son de tipo circular, es decir que el enfermo puede en cualquier momento reiniciar el proceso según las circunstancias. Las mismas durarán diferentes periodos de tiempo y se reemplazarán unas a otras o coexistirán a veces; por ejemplo: hay pacientes que mueren negando, otros protestando con ira o intentando hacer pactos. Muchos pacientes se aferran a la vida porque tiene asuntos pendientes, solucionados estos se encontrarán mejor, logrando una muerte tranquila. En este momento de tranquilidad del

paciente, es que la 9 familia sufre de mayor angustia demandando mayor apoyo y contención de la profesión de enfermería.

El paciente en este estado terminal, continúa teniendo necesidades básicas que deben ser satisfechas por los profesionales de salud y la familia, las cuales son:

Necesidades físicas: son similares a las de cualquier paciente muy grave, a menos que la muerte sea inminente. Por ejemplo: higiene y confort, alimentación, necesidad de oxígeno, etc.

Necesidades psicológicas: La persona necesita expresar sus sentimientos y compartir los miedos y preocupaciones. Necesitan ser escuchadas o solamente tener a alguien cerca para no sentirse solo.

Necesidades sociales: La persona quiere que sus amigos y familiares lo acompañen para hablar sobre sus miedos y preocupaciones ante la muerte. Algunos prefieren la soledad.

Necesidades espirituales: La persona puede desear hablar con un líder espiritual o participar en prácticas religiosas. Tiene derecho a la intimidad durante la plegaria y momentos de espiritualidad, también a tener cerca sus objetos religiosos.

Necesidades del paciente con enfermedad incurable:

- ✓ Sentirse a sí mismo como una persona normal, el final es una parte de la vida.
- ✓ Hablar.
- ✓ Ser escuchado con comprensión.
- ✓ Confiar en los encargados de su cuidado.
- ✓ Sentir que se les dice la verdad.
- ✓ Conservar la identidad personal.
- ✓ Mantener el auto-respeto frente a la progresiva debilidad.
- ✓ Compartir y aceptar el inevitable futuro.
- ✓ Tener la oportunidad de expresar temores ocultos.
- ✓ Ser amado y compartir el amor.
- ✓ Estar seguro.

2.5.1 Síntomas en el paciente terminal

2.5.1.1 Dolor

El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial. La percepción del mismo es subjetiva y única para cada enfermo, y esta modulada por el estado de ánimo y el significado negativo que cada persona haga de este síntoma. (González Barón, Pinto Marín et al, 2018).

Varios estudios demuestran que aquellos pacientes que no tienen o tienen poco dolor, son los pacientes que dan un significado a su vida o a lo que les está ocurriendo, tienen una mayor aceptación de la enfermedad y utilizan estrategias para hacer frente a su situación, se sienten mejor y sufren menos. Las personas que no tienen dolor no se sienten tan tristes y desamparados (González Barón, Pinto Marín et al, 2018).

Entre las medidas no farmacológicas para el control del dolor tenemos las modificaciones del estilo de vida (como optar por posiciones más cómodas), la distracción, la compañía, técnicas psicológicas tales como la relajación y una actuación sobre el componente afectivo del dolor. Los tratamientos farmacológicos se basan en la escalera analgésica del a OMS, administrando, preferentemente, los fármacos por vía oral o en su defecto por vía subcutánea (González Barón, Pinto Marín et al, 2018).

2.5.1.2 Síntomas digestivos

2.5.1.2.1 Náuseas y vómitos

Estos pueden llegar a ser incluso más angustiosos y molestos que el dolor, sus causas las encontramos en la enfermedad de base o en el tratamiento (radioterapia, quimioterapia, AINES, opiáceos...), a nivel del sistema nervioso central o del sistema digestivo, o por estados emocionales. Por lo tanto, habrá que valorar el tratamiento más adecuado según la situación (Levy, 2018).

Estos síntomas nos obligan a plantearnos una vía alternativa a la oral para la administración del tratamiento, esta será la vía subcutánea en perfusión continua o intermitente (López, 2016).

2.5.1.2.2

Estreñimiento

Este puede ser secundario al uso de opioides, la escasa ingesta, el cáncer, la deshidratación, trastornos bioquímicos, alteraciones neurológicas. Las medidas a adoptar para este síntoma serían un aumento de la actividad en la medida de lo posible, modificaciones de la dieta y pautar un tratamiento laxante adecuado. Los enemas están contraindicados en pacientes en fase de agonía (Vilches, 2019).

2.5.1.2.3 Disfagia

Puede ser debida a alteraciones de la mucosa, neoplasias de cuello, al tratamiento (quimioterapia, radioterapia), a causas concurrentes, debilidad o tener un origen neuromuscular. Los cuidados irán encaminados a evitar las técnicas agresivas como las sondas nasogástricas, administrar una dieta blanda y en pequeñas cantidades, y, según la situación del paciente, proporcionar suplemente dietéticos si fuera necesario. La alimentación parenteral solo estaría justificada si se plantea de forma temporal y para lograr algún objetivo concreto (González, Pinto et al, 2020)

2.5.1.2.4 Sequedad de boca.

Puede ser causa de una mala higiene, deficiencias nutricionales, por procesos infecciosos o tumorales, respiración oral, uso de oxígeno, medicamentos, depresión, ansiedad o destrucción de glándulas salivares debido a la radioterapia. La sequedad de boca como signo de deshidratación no justifica la fluidoterapia ni intravenosa ni por sonda nasogástrica, por lo que generalmente puede solucionarse con medidas locales. Para prevenirla se pueden administrar frecuentes sorbos de agua, enjuagues con solución de hexetidina, nistatina y manzanilla o saliva artificial (González, Pinto et al, 2020). Los estimulantes de la salivación como los chicles sin azúcar, las frutas o el hielo también pueden ser útiles.

2.5.2 Síntomas respiratorios

2.5.2.1 Disnea

Su etiología puede ser debido entre otras, a infecciones pulmonares, anemia, embolismo pulmonar, broncoespasmo, insuficiencia cardiaca, obstrucción de vías respiratorias altas. Nuestro objetivo en este caso, será aliviar la sensación de disnea y ansiedad, y para ello

el tratamiento de elección será la morfina (Vilches Y, 2019). El oxígeno puede ser útil en el paciente terminal con hipoxemia, pero su eficacia para disminuir la disnea en los pacientes agónicos en los que no se ha objetivado la hipoxemia es discutible. Otras terapias alternativas como las técnicas de relajación, ejercicios respiratorios, colocarlo en una posición cómoda, abrir la ventana o abanicar suavemente al paciente también pueden ser de gran utilidad para disminuir la disnea (Vilches, 2018).

2.5.2.2 Estertor de muerte

Aparece entre las 16-57 horas finales del paciente, y suele ser un indicador de que se está muriendo. Este síntoma suele ser muy angustiante para la familia, ya que piensan que se está ahogando, hay que indicarles que cuando el enfermo lo sufre suele estar inconsciente y no le crea dificultad respiratoria. La aspiración no está indicada, ya que es traumática y poco efectiva (González, Pinto et al, 2020).

2.5.3 Síntomas neuropsicológicos

2.5.3.1 Delirium.

Este debe ser diagnosticado de forma precoz, tratar las posibles etiologías, rehidratar al paciente de forma ajustada y prestar especial atención a los opioides en uso, así como su dosis y forma de administración. El tratamiento farmacológico solo está indicado en los pacientes que estén agitados o tengan alucinaciones desagradables (González, Marín et al, 2020).

2.6 Enfermedad Crónica

Una enfermedad crónica es una enfermedad de larga duración que se puede controlar, pero no curar. Se suele decir que una enfermedad es crónica cuando dura más de tres meses.

Algunas enfermedades crónicas frecuentes son el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer y la diabetes. En el caso de determinadas enfermedades o afecciones, la prevención es eficaz para reducir el posible desarrollo de la enfermedad o sus efectos. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno pueden contribuir a reducir los efectos graves de la enfermedad. (Arena, 2018).

Las enfermedades crónico-degenerativas son causantes de múltiples limitaciones físicas y emocionales, desencadenando una serie de impedimentos, que interfieren en el desempeño diario de actividades y principalmente en el ámbito laboral de las personas que las padecen.

El término crónico-degenerativas significa que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que termina con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerla.

Las enfermedades crónico degenerativas más comunes son Hipertensión arterial, diabetes, cáncer, artritis; las cuales son un problema evidentemente creciente conforme avanza la edad de la población ya que se estima que en el año 2030 se encuentran registrados aproximadamente 8 millones de personas afectadas a nivel mundial y México también se integra a este problema, lo que representa un gran desafío para los servicios de salud y por ende para la sociedad, ya que a nivel nacional aproximadamente el 80.8 por 100.000 habitantes sufren de alguna enfermedad crónico degenerativa, que se constituye dentro de las primeras causas de morbilidad a nivel mundial.

Según los últimos estudios epidemiológicos se han notificado 25,850 casos de consultas de pacientes con este tipo de enfermedades especialmente de alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial, así como también otras enfermedades relacionadas con la dieta y la forma de vida inadecuada como la diabetes, lo que muestra una tendencia creciente desde los últimos años y afectan a la población de todos los niveles socioeconómicos. La incidencia de enfermedades crónico-degenerativas ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, debido a estilos de vida y patrones alimentarios inadecuados y a los impactos estresores físicos, químicos, biológicos y emocionales. (Ruiz, 2020).

Cabe mencionar que las enfermedades crónico degenerativas son de las causas más frecuentes que contribuyen en el aumento de pacientes terminales.

2.7 Servicio social

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos considera que el Servicio Social (SS) es el trabajo de carácter temporal y mediante retribución que ejecuten y

presten los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el Estado (Lineamientos Generales, 2016).

Para la Secretaría de Salud, el servicio social se concibe como la actividad práctica que ejecutan con carácter temporal y obligatorio, mediante beca o gratuitamente los estudiantes y profesionistas en interés de la Sociedad y de Estado. En el servicio social se conforma la formación integral del estudiante, que le permite, aplicar sus conocimientos, destrezas, aptitudes, actitudes y valores, comprender el compromiso social de su perfil académico, realizando funciones educativas, asistenciales, administrativas, de investigación, para el desarrollo de la profesión. (Lineamientos Generales, 2016).

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo considera que el servicio social es una actividad que contribuye a la formación integral del alumnado universitario, representando para éste una oportunidad para poner en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas durante sus estudios de la carrera. (Reglamento General de SS UMSNH, 2016).

El Servicio Social de Enfermería es el período académico obligatorio de proyección social se desarrolla en unidades de primer y segundo nivel de atención, en el que el pasante aplica los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados, de igual manera favorece que el pasante adquiera habilidades y destrezas y seguridad profesional en cada una de sus intervenciones en el ámbito asistencial docente administrativo y de investigación. (Reglamento de SS de Enfermería, 2016)

El Servicio Social se ha contemplado en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería como una unidad de aprendizaje con valor en créditos, ya que representa el conjunto de actividades teórico prácticas de carácter temporal y obligatorio que contribuye a la formación integral del estudiante, ya que le permite aplicar las competencias profesionales integrales desarrolladas a lo largo de su estancia en la carrera; también le permite comprender la función social de su perfil académico, realizando actividades relacionadas con el cuidado. (Plan de Estudios, 2015).

2.7.1 Pasante de Servicio Social de Enfermería

El Servicio Social de Enfermería es el período académico obligatorio de proyección social se desarrolla en unidades de primer y segundo nivel de atención, en el que el pasante aplica los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en los ciclos escolarizados, de igual manera favorece que el pasante adquiera habilidades y destrezas y por ende seguridad profesional en cada una de sus intervenciones en el ámbito asistencial docente administrativo y de investigación, por lo que es un pasante de enfermería.(Mungaray, 2000). Por lo anterior con fines del presente estudio es importante mencionar que el pasante de enfermería integre conocimientos teóricos, axiológicos y heurísticos para el cuidado del ser humano en los cuidados Paliativos.

2.7.2 Obligaciones

Los pasantes durante la prestación del Servicio Social en los campos clínicos deben cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Cumplir el Programa operativo de servicio social.
2. Cumplir con lo estipulado en la "Constancia de Adscripción y Aceptación" al Programa Nacional de Servicio Social en el Sistema Nacional de salud, en lo correspondiente al lugar de adscripción, horario y periodo.
3. Conocer y respetar el Decálogo de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México, así como el Código de Conducta institucional.
4. Cumplir con el reglamento interno de la institución de salud donde se encuentre adscrito.
5. Portar gafete con fotografía emitido por la institución de salud, durante el horario de servicio
6. Asistir a las reuniones que convoquen sus jefes inmediatos en el horario asignado.
7. Asumir la responsabilidad en la institución receptora del manejo de documentos, material y equipo que tengan bajo cuidado con motivo de sus actividades como prestador de servicio social.

8. Recibir vacunas de Tétanos, Doble Viral (Rubéola y Sarampión), Hepatitis “B” e Influenza Estacional, cuando no las haya recibido y las que por necesidad e indicación epidemiológica de su adscripción lo requieran.
9. Comunicar por escrito y en forma inmediata a sus superiores cualquier irregularidad que afecte el desarrollo de sus actividades en el servicio social.
10. Comunicar cualquier ausencia y el motivo de ésta, al responsable directo de la unidad de adscripción, dentro de los tres días hábiles posteriores a la inasistencia.
11. Respetar a sus superiores, iguales y subalternos, así como a los usuarios de servicios de salud que acudan al establecimiento donde presten el servicio social.
12. Realizar el servicio social preferentemente en el turno matutino, con tutoría y supervisión asignada por la autoridad correspondiente del área de enseñanza de la unidad receptora.
13. El turno vespertino está permitido siempre y cuando la unidad receptora cuente con el personal de enfermería necesario para proporcionar asesoría, acompañamiento y supervisión al pasante o exista solicitud por escrito del prestador de servicio social y lo acuerden, la institución educativa y la de salud.
14. Entregar los fondos, valores o bienes de cuya administración o guarda sea responsable 15 días naturales antes de concluir el servicio social.
15. Participar con el personal de salud de la institución sede, durante situaciones de contingencia epidemiológica.
16. Contar con atención médica ya sea seguro facultativo, seguro popular o su equivalente al momento de su adscripción y durante su servicio social

2.7.3 Derechos

Todos los pasantes de enfermería de nacionalidad mexicana, de las diversas instituciones educativas del país, serán beneficiados con los siguientes derechos:

1. Sedes, en las que se privilegie la seguridad, la accesibilidad, la infraestructura, el equipamiento y los insumos.

2. Abasto oportuno y suficiente de medicamentos e insumos para la prestación del servicio.
3. Campo clínico (sede) que se otorga de acuerdo al promedio académico final.
4. Constancia de adscripción y aceptación al inicio de la promoción emitida por la Secretaría de Salud.
5. Curso de inducción al servicio social, por parte de la institución de salud en coordinación con la institución educativa, con duración mínima de cuarenta horas, en la primera semana de inicio de la promoción.
6. Al inicio del servicio social, recibir el Programa Operativo.
7. Gafete con fotografía emitido por la institución de salud.
8. Medidas de seguridad y vigilancia por parte de las autoridades locales (municipio y estado).
9. Horario de adscripción de acuerdo al tipo de plaza.
10. Asesoría y/o acompañamiento del personal responsable de la institución de salud y de la institución educativa para el cumplimiento del Programa Operativo del servicio social.
11. Beca económica, de acuerdo al tipo de plaza asignada, en un plazo no mayor de 60 días y los subsecuentes en una periodicidad no mayor de 30 días.
12. Trato atento y respetuoso por sus superiores, iguales y subalternos, así como ser escuchado por las autoridades respectivas.
13. Disfrutar de dos períodos vacacionales de diez días hábiles cada uno, los cuales se otorgarán de acuerdo con el calendario aprobado por las autoridades respectivas en sus lugares de adscripción.
14. Recibir curso de inducción previo al servicio social por parte del plantel educativo. Posteriormente, otro en la delegación, jurisdicción o unidad sede con duración mínima de cuarenta horas.

15. Participar de los beneficios de los Programas de Educación Continua internos y externos como asistente o ponente.

16. Disfrutar de los alimentos en los horarios establecidos por la institución de salud. 17. Primeros auxilios por parte de la institución donde presta el servicio social en caso necesario y ser derivado a la institución de la cual es derechohabiente, notificando a la institución educativa de origen.

18. Retirarse de (su) la unidad de adscripción por problemas de salud, previa autorización del responsable de servicio social, debiendo comprobar, mediante el justificante médico otorgado por la instancia de salud a la cual esté adscrito, o sea derechohabiente en un plazo no mayor de setenta y dos horas.

19. Licencia de gravidez, con una duración de 90 días naturales, treinta días antes y sesenta días después de la fecha probable de parto, sin detrimento del pago de beca ni del cómputo del tiempo de servicio, si se requiere tiempo adicional a la licencia, las instituciones de salud y educativas deberán valorar, al seno del Subcomité de Enfermería del Comité Estatal Interinstitucional, la pertinencia de la continuación del servicio social.

20. Campo clínico en la plaza de adscripción asignada, cualquier cambio será dentro de la misma institución de salud.

21. Permiso para realizar trámites Académico-Administrativos, previa autorización por escrito del responsable de la institución de salud.

22. Viáticos y gastos de camino, según el caso, para asistir a las reuniones o actividades inherentes al servicio social, convocadas por la institución de salud, siempre que su asistencia le implique desplazarse de su unidad de adscripción a otra localidad.

23. Capacitación y orientación en caso de situaciones de contingencia epidemiológica.

24. Acompañamiento del personal de salud de la institución sede, durante la participación en situaciones de contingencias epidemiológicas.

25. Seguro de vida o equivalente.

26. Oficio de término de servicio social por la unidad de adscripción.

27. XVII. Constancia de terminación emitida por la Secretaría de Salud, por el periodo estipulado de la promoción, en un plazo no mayor de 7 días hábiles a la conclusión al servicio social en cualquiera de sus modalidades.

2.7.4 Sanciones

Todos los pasantes que realicen SS tendrán sanciones de acuerdo a las faltas en las que incurran, siendo acreedores a una amonestación verbal, a una escrita o la cancelación de servicio según sea el caso, tomándose en cuentas las siguientes las faltas que se mencionan a continuación. Faltas imputables a los pasantes.

1. Incurrir en cualquier violación al Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México y la normatividad de la institución receptora.
2. Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita del jefe inmediato o faltar a las reuniones académicas o de trabajo sin causa justificada.
3. Abandonar el servicio asignado, sin haber obtenido la autorización por escrito del jefe inmediato, previo al disfrute del periodo vacacional.
4. Incumplir con la obligación de notificar las licencias médicas y de gravidez durante las 72 horas posteriores a su expedición.
5. Realizar actividades distintas a las asignadas durante su horario de servicio social.
6. Comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia la seguridad de las personas y/o instalaciones, así como causar daños o destruir intencionalmente, el mobiliario, útiles de trabajo, materiales y demás objetos que estén al servicio de la unidad receptora.
7. Utilizar los servicios o al personal en asuntos particulares ajenos a la unidad receptora.
8. Propiciar y celebrar cualquier reunión ajena a los intereses de la unidad receptora.
9. Cobrar o prestarse a la venta o extracción y manipulación ilícita de algún insumo perteneciente a la institución.
10. Proponer y/o realizar estudios de laboratorio y gabinete, así como tratamientos a usuarios de la unidad receptora, proporcionados por instancias ajenas a ésta.
11. Cobrar en beneficio personal o de terceros, los servicios proporcionados por la unidad receptora y/o que emanen de su compromiso como prestador de servicio social.

12. Incurrir en actos de hostigamiento, violencia, amagos, injurias o malos tratos contra sus jefes, compañeros, usuarios, familiares u otros ya sea dentro o fuera de la unidad receptora.

13. Realizar actos inmorales o de corrupción en la unidad receptora o en la comunidad a la cual estén adscritos.

14. Presentarse en la unidad receptora, bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos.

15. Cualquier incumplimiento a las obligaciones establecidas en el presente documento o en la normatividad aplicable. Medidas disciplinarias

Amonestación verbal

Los pasantes serán acreedores a una amonestación verbal, que será hecha por el jefe inmediato o responsable, en presencia de dos testigos, dejando como evidencia por escrito del acto en el expediente del pasante, en la unidad receptora y se aplicará cuando no cumplan con las obligaciones de los pasantes, algunos ejemplos son: Cumplir en todos los términos con el Programa de Servicio Social, y asistir a las reuniones que convoquen sus jefes inmediatos en el horario asignado. Comunicar por escrito inmediatamente a sus superiores cualquier irregularidad que observen en el servicio. Tratar y dirigirse con respeto a sus superiores, iguales y subalternos, así como a los usuarios de servicios de salud que concurran al establecimiento donde presten el servicio. (Lineamientos Generales, 2016)

O bien violen alguna de las faltas imputables como pueden ser: Distraer su atención durante el horario de servicio, para realizar otras actividades distintas a las que se les asignaron. Aprovechar los servicios o al personal en asuntos particulares o ajenos a los de la institución a la cual estén adscritos Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita de su jefe inmediato o faltar a las reuniones de trabajo sin causa justificada. (Lineamientos Generales, 2016)

Amonestación Escrita.

Será hecha por el jefe inmediato o responsable, mediante un documento oficial impreso, que deberá entregarse al pasante, notificando a la institución educativa de origen. Se

hará acreedor a una amonestación escrita el pasante que infrinja en no laborar los días y el horario establecido de acuerdo al tipo de plaza que tiene. O viole alguna de las faltas imputables como pudieran ser: Cobrar por cualquier servicio que esté incluido en sus actividades, así como vender medicamentos para beneficio personal dentro del horario señalado y dentro de los establecimientos donde presten sus servicios. Incurrir en cualquier violación al Código de Ética Profesional en el desarrollo del servicio social, a juicio de la Institución de Salud y Educativa. Proponer y/o realizar estudios y tratamientos a usuarios fuera de la institución a la que está adscrito.

2.7.5 Cancelación del Servicio Social

El pasante será acreedor a la cancelación del servicio social cuando incurra en alguna de faltas imputables como pueden ser: Realizar actos inmorales o de corrupción en la unidad receptora o en la comunidad a la cual estén adscritos. Presentarse en la unidad receptora, bajo los efectos de bebidas embriagantes, estupefacientes o psicotrópicos. Reincidir en el incumplimiento de alguna de las obligaciones de los pasantes; reincidir en el incumplimiento de alguna de las faltas imputables de los pasantes; reunir más de tres inasistencias injustificadas durante su servicio social; cometer algún delito del orden común que conlleve a una sentencia condenatoria.

2.8 Virginia Henderson

Virginia Henderson es una teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible". Su modelo se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización suplencia o ayuda de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (Hernández, 2017).

Los elementos más importantes de su teoría son:

- ✓ La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- ✓ Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- ✓ Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- ✓ Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad, la 10ª relacionada con la propia estima, la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la autorrealización.

Virginia Henderson está influida por el Paradigma de la Integración, situándose dentro de la Escuela de las Necesidades. Al igual que el resto de teóricas que forman parte de esta escuela, se caracteriza por utilizar teorías sobre las necesidades y del desarrollo humano para conceptualizar a la persona.

Henderson reconoce en su modelo influencias que provienen de la fisiología (Stackpole) y la psicología (Thorndike), identificando las 14 Necesidades Básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas, muy similares a las de Abraham Maslow.

En Henderson, la Independencia de la persona en la satisfacción de sus Necesidades Básicas es un criterio importante para la Salud.

Henderson parte de una serie de acciones Científicas o Postulados que representan el "cómo hacer" del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo

Plantea también una serie de Asunciones Filosóficas o Valores que representan el "por qué hacer" del modelo. Son las creencias sobre la naturaleza del ser humano y la meta final de la profesión enfermera, desde la perspectiva de su autora:

- La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales (especificidad de la práctica enfermera).
- La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (utilidad social de la enfermería).

Por último, la autora identifica los Elementos Fundamentales del modelo, que representan el “qué hacer”, constituyen su núcleo y confieren sentido a las intervenciones de las enfermeras que comparten su concepción:

- a) Objetivo de los cuidados: ayudar a la persona a satisfacer sus Necesidades Básicas.
- b) Usuario del servicio: persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que, aún sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.
- c) Papel de la enfermera: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia (“hacer con”), desarrollando con ella la Fuerza, Voluntad o Conocimientos, o supliéndola en aquello que no pueda realizar por sí misma (“hacer por”).
- d) Fuente de Dificultad/Área de Dependencia: Impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades. Aspectos que limitan el desarrollo de potencial. Se define como la falta de Fuerza, Conocimientos o Voluntad de la persona para satisfacer sus Necesidades Básicas.

Fuerza física: alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

Fuerza psíquica: se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

En ambos casos, para considerar que la falta de fuerza es el área de dependencia, es imprescindible que la persona posea un potencial capaz de ser desarrollado mediante la intervención enfermera.

Voluntad: es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.

Conocimientos: alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

e) Intervención de la enfermera:

Centro de intervención: áreas de dependencia de la persona, es decir la falta de Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

Modos de intervención: aumentar, completar, reforzar o sustituir la Fuerza, Voluntad o Conocimientos.

f) Consecuencias de la intervención: satisfacción de las 14 Necesidades Básicas a través de la suplencia o ayuda.

2.8.1 Metaparadigma de Enfermería

2.8.1.1 Persona

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana. (Hernández, 2015).

2.8.1.2 Salud

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su

nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

2.8.1.3 Entorno

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

2.8.2 Las Necesidades Básicas Según Henderson:

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera son las siguientes:

2.8.2.1. Respirar con normalidad: el intercambio gaseoso del cuerpo es esencial para la salud paciente y para la vida misma. La enfermera debe familiarizarse con la función respiratoria de la persona y saber identificar los posibles inconvenientes de este proceso. Esto incluye ayudar con las posturas correctas del cuerpo, estar atento a ruidos extraños durante la respiración y estar pendiente de las secreciones nasales y mucosidades. (Hernández, 2015).

2.8.2.2. Comer y beber adecuadamente: todo organismo requiere de fluidos y nutrientes para la supervivencia. La enfermera debe estar en conocimiento del tipo de dieta e hidratación, según los requerimientos nutricionales del paciente y del tratamiento mandado por el médico. Se debe tomar en cuenta el apetito y el ánimo, los horarios y cantidades, la edad y el peso, creencias religiosas y culturales, capacidades de masticar y deglutir, entre otros.

2.8.2.2.3. Eliminación normal de desechos corporales: parte del correcto funcionamiento del organismo es la normal eliminación de las heces, orina, sudor, flema y menstruación. Se debe conocer muy bien el nivel de control y efectividad del paciente

con respecto a sus funciones excretoras. Este punto incluye la especial atención a la higiene de las partes íntimas.

2.8.2.2.4. Movilidad y posturas adecuadas: un paciente se sentirá más o menos independiente en la medida en que pueda moverse por sí solo para realizar sus actividades del día a día. La enfermera debe ayudar a la mecánica corporal de la persona y motivarlo a realizar actividad física. Al motivarlo debe tomar en cuenta las diferentes limitaciones dadas por la enfermedad particular, el tratamiento, la terapia o las deformidades del cuerpo.

2.8.2.2.5. Dormir y descansar: el descanso es muy importante para la pronta recuperación de la persona. Todo organismo recobra fuerzas físicas y mentales mientras duerme. El reposo tranquilo e ininterrumpido del paciente debe ser una prioridad, sobre todo en las noches. Se debe conocer los hábitos de descanso y también las dificultades para conciliar el sueño, como sensibilidades a los ruidos, a la iluminación, a la temperatura, entre otros.

2.8.2.2.6. Vestirse y desvestirse con normalidad: poder seleccionar y usar la ropa que se desea también influye en el sentido de independencia de un paciente. La vestimenta representa la identidad y personalidad, pero también protege contra los elementos y cuida la intimidad individual.

2.8.2.2.7. Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales: la temperatura normal del cuerpo está entre los 36,5 y 37 °C. La enfermera debe estar consciente de los factores que influyen en que el paciente tenga frío o calor. La termorregulación del organismo siempre va acompañada de los cambios de ropa, el uso de sábanas y cobijas, la apertura de ventanas y puertas, beber agua, el uso de ventiladores o aires acondicionados y hasta la toma de una ducha.

2.8.2.2.9. Mantener una buena higiene corporal: la manera como se vea, sienta y huela el cuerpo del paciente son signos externos de su higiene. Este factor no solo es una manifestación fisiológica; en la enfermería también es considerado un factor con mucho valor psicológico. Al bañar a una persona, la enfermera debe considerar la frecuencia de la limpieza del cuerpo, los medios y utensilios que se utilicen, el nivel de movilidad e independencia del paciente, entre otros factores.

2.8.2.2.9. Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros: es importante que se conozca y evalúe muy bien si el paciente puede dejarse solo por mucho tiempo, con la suficiente confianza de que no vaya a lastimarse al moverse o al intentar realizar actividades, ni tampoco comprometer la seguridad de los demás.

2.8.2.2.10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones: la enfermera debe ser capaz de promover y motivar la comunicación sana y adecuada del paciente, para ayudar a su equilibrio emocional. Es importante que la persona se mantenga en interacción social con los demás para garantizar también la salud mental.

2.8.2.2.11. Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias: se debe respetar los valores y creencias particulares del paciente. Con base a esta toma sus decisiones y ejerce ciertas acciones o pensamientos. La cultura y religión forman parte de la identidad de la persona. Este factor casi siempre influye en la actitud frente a la muerte.

2.8.2.2.12. Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro: es importante que la enfermera promueva en el paciente el alcance de metas y logros con su propio esfuerzo. Si un paciente se siente productivo y útil tendrá un sentido de realización personal que le influirá en su autoestima y salud mental.

2.8.2.2.13. Participar en actividades recreativas o juegos: la salud del cuerpo y de la mente también se logra con actividades que entretengan al paciente. La enfermera debe conocer los gustos e intereses de la persona y motivarlo a que participe en actividades que sean motivadoras.

2.8.2.2.14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal: este punto es similar al anterior, pero se basa en el sentido de la productividad mental de la persona al momento de adquirir conocimientos nuevos. Mantener al paciente desarrollando habilidades, destrezas y conocimientos es favorable para la salud. En el caso de pacientes niños o jóvenes, es importante que mantengan activos sus estudios académicos en la medida de lo posible. (Hernández, 2015).

Capítulo III

III. Metodología

3.1 Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio no experimental, cuantitativo y descriptivo.

3.2 Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el periodo agosto 2020 a abril de 2021 en Morelia Michoacán, se realizó la recolección de datos a través de un cuestionario que se envió a los pasantes en Servicio Social de Licenciatura de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través de WhatsApp y Messenger toda vez que el instrumento se subirá en la plataforma Drive y se compartirá por medio de URL para su llenado.

3.3. Universo

La población estará compuesta por 339 pasantes de la Facultad de Enfermería que se encuentran realizando su servicio social en las diversas instituciones de salud del estado de Michoacán de Ocampo.

3.4 Muestra

Se realizará un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

3.4.1 Criterios de inclusión

- Pasantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UMSNH correspondientes a la promoción 2021-2021 ubicados en las instituciones de salud en el Primer y Segundo Nivel de atención.
Pasantes de Licenciatura en Enfermería ubicados en la Institución de origen (Pasantes que prestan su servicio en la Facultad de Enfermería).

3.4.2 Criterios de exclusión

- Pasantes en Servicio social que no deseen participar en el estudio.
- Pasantes en Servicio Social que no correspondan a la Facultad de enfermería de la UMSNH.

- Pasantes en Servicio Social que no correspondan a la promoción 2020-2021.

3.4.3 Criterios de eliminación

Se eliminaron cuestionarios incompletos.

3.5 Operalización de variables

Las variables de estudio se muestran en el Apéndice 1.

3.6 Instrumento

Se aplicará el instrumento Palliative Care Knowledge Test (PCKT) es una encuesta realizada para medir el grado de conocimiento sobre cuidados paliativos en el personal de salud. Fue validado en Japón durante el año 2009 por Nakazawa y colaboradores.

Lilia Medina et al. realizó una adaptación en español de este cuestionario para un estudio en México. Este cuestionario cuenta con preguntas con respuesta dicotómica “Si-No”, se hizo una modificación del estudio original pues en el japonés las respuestas son “Sí – No - No sé”. En el presente estudio se utilizará la adaptación de Lilia Medina et al y se modificó el cuestionario para aplicarse a pasantes de Licenciatura de Enfermería.

En la adaptación que realizó Medina, el cuestionario originalmente contiene 30 ítems, sin embargo, por tratarse de pasantes en servicio social, la modificación que se hizo, consistió en quitar 6 ítems (10, 11, 14,15, 20 y 24) y dejar solamente los 24 ítems restantes, toda vez que estos estaban más enfocados a profesionales de la enfermería, quedando el instrumento para esta investigación con 24 ítems, más los datos sociodemográficos.

Las preguntas se clasifican en 5 dimensiones: Generalidades sobre Cuidados Paliativos, Bioética y Comunicación hacia el paciente, Espiritualidad, Conocimientos clínicos sobre sintomatología al final de la vida y Manejo farmacológico del dolor. Cada Ítem tiene una puntuación de 0.24 dando el total de los 24 ítems el 100%.

El instrumento fue validado anteriormente en el estudio de Medina et al. mediante juicio de expertos. Sin embargo, se ha modificado para ser aplicable a los pasantes de Licenciatura en Enfermería con 24 ítems.

Al aplicar la prueba piloto con la modificación del instrumento, el análisis de los ítems muestra que existe una alta fiabilidad medida por el coeficiente alfa de Cronbach (0.811) obtenido con la modificación.

3.7 Procedimiento

La aplicación del instrumento se realizó por los medios electrónicos enviando la dirección URL por medio de WhatsApp y Messenger. Para ello, se realizará un formulario en Google Drive para compartirlo y que este sea respondido por los pasantes en servicio social.

3.8 Análisis estadístico

Se hará uso de la estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central como la media, mediana y moda. Se utilizará el SPSSv25 (Statistical Package for the Social Sciences).

3.9 Recursos

3.9.1 Humanos

La responsable de la investigación Arianne Figueroa Garcia, dos asesoras, Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla, Dra. Ma. Martha Marín Laredo y dos coasesoras: M.E Ruth E. Pérez Guerrero Y M.E Cirila Dimas Palacios.

3.9.2 Financieros

Su cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación, que serán aportados por la responsable de la misma, toda vez que no se cuenta con apoyo financiero de ninguna institución.

3.9.3 Materiales

Los recursos materiales que se requirieron son una computadora, impresora, un escritorio, una silla, memorias USB, Disco extraíble, hojas blancas, impresora, lápiz, lapicero, calculadora, fotocopias, tonner o tinta para la impresora, gomas, sacapuntas.

3.10 Consideraciones éticas y legales

El presente trabajo tiene como base las consideraciones establecidas en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud que es de vigencia en los Estados

Unidos Mexicanos. Esta investigación, se realiza con fines académicos por una pasante en servicio social, bajo la tutoría de profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se mantendrá la confidencialidad de los datos obtenidos. Es una investigación de bajo riesgo y no invasiva.

Estará enmarcada en los cuatro principios bioéticos fundamentales de:

Autonomía

En la medida en que los sujetos cuenten con la libre decisión de participar o no en el estudio, de abandonar en cualquier momento su participación en la ejecución de la recolección de datos, y finalmente solo se recolectará la información posterior a haber realizado una explicación clara del estudio y la obtención de la firma del consentimiento informado.

Privacidad

Se garantizará que ningún tipo de identificación se incluya en el instrumento, se asegura de igual forma que los resultados individuales se mantendrán en estricta confidencialidad y solo se utilizarán por la investigadora.

No Maleficencia

Se explicará a los participantes que su intervención o no en la investigación, no afectará de ninguna manera la calidad del cuidado y servicio que se les brinda en la institución.

Veracidad

Se garantizará el compromiso de transcribir y expresar la información manifestada por cada participante durante la recolección de datos, así como el manejo de la misma, será procesada en total confidencialidad y solo con el propósito de los fines establecidos.

En la investigación con seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice (artículo 16).

Esta investigación, como será ejecutada en seres humanos, predominará el respeto a la dignidad y bienestar del participante. Se abordará a cada pasante en servicio social de forma individualizada y particular. Se explicará en forma clara y completa los objetivos

del estudio de investigación de tal forma que se comprenda. Previo a la recolección de los datos, se solicitará la autorización correspondiente mediante la firma del consentimiento informado, lo anterior indicará que los participantes están de acuerdo en participar en el estudio. La (el) participante tendrá la libertad de retirarse y dejar de participar en el momento que considere pertinente. En caso de que haya preguntas acerca de los procedimientos, se aclararán (Artículo 20, Fracción I, II, III, VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V).

IV. Resultados

Se aplicaron 180 cuestionarios a pasantes de Licenciatura en Enfermería, con el objetivo de obtener información para evaluar el conocimiento de Pasantes de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes en fase terminal.

Lo anterior para el cumplimiento del objetivo general planteado, obteniendo los siguientes resultados:

La Edad de los pasantes de Licenciatura en Enfermería, los pasantes cuya edad comprende de los 22 a 24 años representan el 94.4 %, (170), mientras que los de 25 a 28 años comprendieron el 5.6 %, (10). De tal manera, se identificó que la mayor parte de los pasantes de Licenciatura en Enfermería son jóvenes entre los 22 a 24 años (94.4 %).

El Sexo de los pasantes de Licenciatura en Enfermería, de acuerdo a los 180 pasantes encuestados, el 76.1% (137) son mujeres y el 23.9% (43) son hombres. Lo cual indico que la hay más mujeres que terminan la formación, profesional como Licenciadas en Enfermería, sin embargo, cada vez hay más hombres que eligen la profesión.

El Estado civil de los pasantes de Licenciatura en Enfermería, de acuerdo a los 180 pasantes se observa que el 97.8 % (176), son solteros, al tanto que el 2.2 % (4) son casados. De tal forma se identificó que los pasantes de Licenciatura en Enfermería son principalmente solteros (97.8 %).

La Institución donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería, se obtuvo que el 46.7% (84), lo realizo en la Secretaria de Salud, mientras que el 28.3% (51), lo desempeño en IMSS. Asimismo, los que realizan su servicio en el ISSSTE y la Facultad de Enfermería representaron el 9.4% (17), en ambos casos. Por último, el 6.1%, (11), lo hacen en Salud Municipal. Se identificó que los pasantes de Licenciatura en Enfermería realizan, principalmente su servicio social en la Secretaria de Salud (46.7 %).

El nivel de atención donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería se logró identificar que el 45.6% (82), sostuvieron que su servicio lo realizaron en primer nivel, y el 54.4% (98) manifiesto que lo llevaron a cabo en segundo nivel. Por

lo tanto, se identificó que el Nivel de atención donde realizan su servicio social los pasantes de Licenciatura en Enfermería es en segundo nivel (54.4%).

Los Estudios relacionados con Enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería, en ese contexto, se tiene que el 26.1% (47), sí tuvieron estudios relacionados a Enfermería, mientras que el 73.9% (133), revelaron no haber tenido estudios relacionados. De esta manera se comprobó que los pasantes, en su mayoría, tuvieron estudios relacionados a enfermería antes de ingresar a la licenciatura.

De acuerdo a la Institución donde cursó estudios previos de Enfermería, se obtuvo que el, 3.9% (7), manifestaron estudiar en CONALEP, mientras que el 1.7%, (3) indicaron estudiar en CETIS, al tanto que el 1.1% (2), sostuvieron haber estudiado en CBTIS. Por último, el 93.3 % (168), manifestaron haber estudiado en otras instituciones. Por consiguiente, se identificó que fueron otras instituciones a las mencionadas donde estudiaron los estudios previos relacionados con enfermería los pasantes que sí lo hicieron (93.3 %).

Los pasantes encuestados que Trabajan actualmente en el área de enfermería se encontró que el 3.9% (7) pasantes, sí trabajan actualmente en el área de enfermería, mientras que el 96.1% (173) no lo hacen. Con lo cual se identificó que, actualmente, los pasantes no trabajan en el área de enfermería (96.1 %).

El Desempeño de los pasantes que trabajan en el área de enfermería, los encuestados manifestaron que el 0.6% (1) se desempeña en casa particular, al tanto que también el 0.6% (1) lo hace como enfermera particular. Asimismo, se observó que el 1.1% (2) lo hace en IMSS y el 97.8 % (176) no trabajan. Se identificó que la mayoría de los pasantes no trabajan actualmente (97.8 %).

Durante su formación se abordaron temas de Cuidados Paliativos se encontró que el 73.9% (133), sostuvieron haber abordado temas de cuidados paliativos durante su formación, mientras que el 26.1% (47), manifestaron que no. Con ello se identificó que los pasantes, durante su formación, sí abordaron temas de cuidados paliativos (73.9 %).

Unidad de aprendizaje donde se abordó revelaron que el 42.8% (77), mantuvieron haber abordado el tema de Cuidados Paliativos en la unidad de aprendizaje del Cuidado del Adulto mayor, mientras que el 57.2% (103) manifestó no haber cursado ese tema en

ninguna Unidad de aprendizaje. Con ello se identificó que los pasantes durante su formación, no abordan el tema en ninguna Unidad de aprendizaje de la Licenciatura de enfermería (57.2%).

Es necesaria la inclusión de cuidados paliativos, se encontró que el 11.7% (21), consideran que los cuidados paliativos son innecesarios de incluirlos, mientras que el 6.1% (11) sostienen que es poco necesario. Asimismo, el 8.9 % (16) manifestaron que sí es necesaria, al tanto que el 73.3% (132) sostuvieron que es muy necesaria la inclusión de cuidados paliativos. Por lo tanto, se identificó que es muy necesaria la inclusión de cuidados paliativos (73.3%).

Medicina paliativa y Cuidados paliativos son lo mismo, el 43.3% (78) indicaron que la medicina paliativa y los cuidados paliativos son lo mismo, mientras que el 56.7% (102), sostuvieron que no son lo mismo. Por consecuencia, se identificó que la medicina paliativa y los cuidados paliativos no son lo mismo, teniendo el conocimiento asertivo la mayoría de los pasantes (56.7%).

Los Cuidados Paliativos, ¿Solo son aplicables a pacientes oncológicos?, el 40% (72) pasantes, sostuvieron que los cuidados paliativos solo son aplicables a pacientes oncológicos, mientras que el 60% (108), manifestaron que no. Por consiguiente, se identificó que tienen el conocimiento de que los cuidados paliativos no solo son aplicables a pacientes oncológicos.

Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico, el 70.6% (127) indicaron que los cuidados paliativos sí deberían de brindarse juntos con los tratamientos oncológicos, al tanto que el 29.4 % (53) sostuvieron que no debería de brindarse junto con el tratamiento oncológico. Por consiguiente, se identifica que los cuidados paliativos sí se deberían brindarse a la par con el tratamiento oncológico, ya que los Cuidados Paliativos pueden darse a la par del tratamiento médico.

El objeto principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador, el 82.2% (148) indicaron que el objetivo principal de los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador, mientras que el 17.8% (32) sostuvieron que no. Se identificó que el objetivo principal de los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.

Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir, el 42.2% (76), indican que los cuidados paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir, mientras que el 57.8% (104), manifiestan que no. En ese sentido, se identificó que los cuidados paliativos no aceleran ni facilitan el proceso de morir (57.8%).

Los Cuidados Paliativos solo se aplican a la población adulta, el 48.9% (88), sostienen que los cuidados paliativos solo se aplican a la población adulta, al tanto que el 51.1% (92), indicaron que no solo se aplican a la población adulta los cuidados paliativos. Por consecuencia, se identificó que los cuidados paliativos no solo se aplican a la población adulta, si no también pueden ser aplicados en cualquier etapa de la vida.

Los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad, el 71.1% (128), manifestaron que los cuidados paliativos sí se dan en cualquier etapa de la enfermedad, mientras que el 28.9% (52), sostienen que no se dan en cualquier etapa de la enfermedad. Por lo cual, los cuidados paliativos están dirigidos a pacientes en etapa avanzada de la patología donde el tratamiento médico no es curativo ni detiene ni retrasa el curso de la enfermedad.

La comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten, el 72.8% (131), manifestaron que la comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten, mientras que el 27.2% (49) sostuvo que no. La comunicación de las malas noticias es fundamental para el desarrollo del plan de trabajo con el paciente. Se debe platicar al paciente si entiende y hasta donde desea saber con el fin de fortalecer la autonomía del paciente e informando a la familia de la misma manera.

La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente, el 76.1% (137) indicaron que la muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente, mientras que el 23.9% (43) manifiesto que no. Se debe evitar el silencio, fortaleciendo la relación de enfermería y paciente, respetando a toda costa la autonomía del paciente.

Los Cuidados Paliativos deben estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar, el 77.2% (139), indicaron que los cuidados paliativos deben de estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar, en tanto que el 22.8% (41) sostuvieron

que no. Por lo cual se correlaciona con la calidad de vida los principios de bioética Dignidad y Beneficencia.

La Religiosidad es lo mismo que espiritualidad, el 42.8% (77) manifestaron que la religiosidad es lo mismo que la espiritualidad, en tanto que el 57.2% (103) sostuvieron que no. La espiritualidad es aquello que otorga un significado definitivo a la vida de una persona, mientras que la religiosidad hace referencia a la religión que profesa y como la vive en su vida.

Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar, el 77.2% (139), sostuvieron que las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar, mientras que el 22.8%, equivalente a (41), indicaron que no. Por lo cual las creencias y experiencias de los pacientes en fase terminal siempre son respetadas e influyen en el manejo del tiramiento y deben ser siempre consideradas.

Los Cuidados Paliativos deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes, el 65.6% (118) indico que los cuidados paliativos sí deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes, en tanto que el 34.4% (62) sostuvieron que no. Por lo anterior los cuidados paliativos deben aportar a la construcción y fortalecimiento de los valores espirituales del paciente.

La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido, el 80% (144) manifestaron que la enfermedad terminal sí se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido, mientras que el 20% (36) indicaron que no.

Se debe usar morfina para el alivio de la disnea, el 48.1% (88), consideraron que sí se debe de usar morfina para el alivio de la disnea, en tanto que el 51.1% (92), manifestaron que no. A lo anterior la morfina está indicada como medicamento contra la disnea en el tratamiento paliativo.

En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales, el 60.6% (109), consideraron que en la fase terminar del cáncer sí es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales, mientras que el 39.4% (71) sostuvieron que no es necesario. Conforme la enfermedad progresa las necesidades calórico proteicas y de hidratación disminuyen.

El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado, el 61.7% (111) manifiestan que el uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado, mientras que el 38.3% (69) sostiene que no existe tal incremento. Los esteroides se utilizan para estimular el apetito en el paciente de cancer con problemas de apetito severo.

El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (boca seca), el 70% (126), indicaron que el uso de hidratación intravenosa sí alivia la xerostomía (boca seca), en tanto que el 30% (54) sostuvieron que tal cosa no sucede.

¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?, el 45% (81) consideraron que la morfina se usa de forma segura en pacientes con insuficiencia renal, mientras que el 55% (99) pasantes, sostuvo que no.

El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina, el 62.8% (113), sostuvo que la morfina es el tratamiento de primera elección para el manejo del delirium, en tanto que el 37.2% (67) indico que no.

¿El uso de opioide influye en el tiempo de supervivencia?, el 68.9% (124) manifiesto que el uso de opioide sí influye en el tiempo de supervivencia, en tanto que el 31.1% (56) sostuvo que tal influencia no existe.

¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce a adicción?, el 72.3% (131), considero que el uso de opioides, por periodos prolongados frecuentemente, induce a la adicción, en tanto que el 27.2% (49), indican que tal aseveración no es correcta.

Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser discontinuados?, el 57.2% (103), consideraron que todos los analgésicos no opioides deben de ser discontinuados en el marco del inicio del tratamiento con opioides, mientras que el 42.8% (77) manifiesto que los analgésicos no opioides no deben de ser discontinuados.

La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente, el 57.8 % (104) sostuvo que la rotación de opioides sí debe ser considerada cuando es difícil aumentar

la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente, en tanto que el 42.2% (76), manifestó que no.

V. Discusión

En los últimos años, el papel de la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en los cuidados paliativos. Es el enfermero/a el miembro del equipo sanitario más próximo y en estrecho contacto con el paciente y su núcleo familiar, sobre todo en la fase de enfermedad terminal; por tanto, debe asumir los cuidados que resultan necesarios en el último trayecto de vida del paciente. El Consejo Internacional de Enfermería, en su declaración de posición sobre los cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias, afirma que la función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales.

En el Estudio realizado por Ronaldson en Madrid España obtuvo resultados con valores superiores a los del presente estudio, en el que se estudiaron enfermeras de práctica avanzada fueron significativamente más alto el conocimiento con un (95%), esta diferencia se puede atribuir a los programas de formación rigurosa como los de competencias avanzadas, los contenidos que se abordan podrían incluir tópicos especializados que requieren el aprendizaje de contenidos teóricos acompañados de sesiones de practica intensiva; conjunto a esta explicación es posible que los resultados superiores se deban a las características contextuales distintas a las de este estudio entre las que se idéntica la exigencia por demostrar competencia o la aprobación de exámenes antes de ejercer la profesión.

Los pasantes de la Licenciatura en presente tener conocimiento medio respecto a los Cuidado Paliativos, siendo medio en las Dimensiones de Generalidades en Cuidados Paliativos y Bioética Alto en cuanto Dimensión de Espiritualidad. Tal como los resultados de Soto Rodríguez, Ana; en Conocimiento del Personal de enfermería sobre el cuidado del paciente en etapa de muerte; realizado en la Institución de San Juan. Puerto Rico.2011. Que encuentra el conocimiento medio, (regular) en el personal de enfermería, con mayor porcentaje en comodidad y apoyo, controlar el dolor y administrar medicamentos.

En el estudio PCKT de Japón hecho por Nakazawa et al, no se señala la puntuación final, sino puntuación por pregunta. La tasa de acierto de las preguntas es mayor comparado a este estudio. La pregunta relacionada a si los opioides producen adicción, en el estudio japonés logró una tasa de 87% de acierto frente al 27.2% del presente estudio. El estudio japonés es más amplio y se orienta a la evaluación de síntomas en cuidados paliativos. La parte de generalidades, bioética y espiritualidad la engloban en un párrafo de llamado filosofía. Al igual que en este estudio, en el estudio de Nakazawa et al se observa que la mayor tasa de acierto se encuentra en estos tópicos. Asimismo, el estudio de Medina et al. incluye el promedio de la puntuación total. Encuentra que 85% de participantes logran una calificación aceptable, menor al 71% obtenido en el presente estudio. Los participantes igual fueron evaluados en áreas como Conocimientos en cuidados paliativos, sintomatología y uso de opioides. Solo el 1% de participantes obtuvo una calificación aceptable alta en el área de uso de opioides, equivalente al de farmacología en el presente estudio (45%). Si se compara este estudio con el de 2017 de Sujatha and Jayagowri, ambos fueron realizados en estudiantes egresados el estudio de la India se incluye preguntas sobre la percepción sobre cuidados paliativos. Las preguntas de ese estudio solo señalan generalidades sobre los cuidados paliativos. No se enfocan en las características de los cuidados paliativos como espiritualidad, respeto y comunicación con el paciente y su familia, sintomatología o farmacología. No obstante, el estudio de Sujatha mostró un nivel inapropiado entre los alumnos de pregrado y que inclusive no están familiarizados con el término (56.3% de sus participantes) a diferencia de este estudio donde el 71% de los participantes han obtenido una calificación adecuada catalogada como media.

VI. Conclusiones

El objetivo general de esta investigación fue evaluar el conocimiento de Pasantes de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes en fase terminal. Luego de la evaluación realizada se determinó que los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, tienen un conocimiento medio en la evaluación sobre Conocimiento en Cuidados Paliativos en pacientes en fase terminal, de los cuales 127 (71%) pasantes alcanzaron un puntaje de 75 puntos con 18 respuestas correctas. También se identificó que, dentro de las dimensiones de Espiritualidad, Comunicación al paciente y bioética, fueron siendo las áreas de mayor puntaje obtenido en todo el estudio. Sin embargo, cabe resaltar que las áreas con mayor tasa de respuestas erróneas fueron sintomatología y manejo farmacológico del dolor. Debido a ello sería de gran importancia incrementar los conocimientos teóricos y desarrollo de habilidades en el alumno de pregrado para el manejo farmacológico del dolor y sintomatología al final de la vida con un enfoque especial en cuidados paliativos.

VII. Sugerencias

Para la Facultad de Enfermería

Revisar el perfil de egreso para identificar las competencias a desarrollar en el estudiante e incluirlas en las Unidades de aprendizaje que correspondan sobre los cuidados paliativos en personas en fase terminal, para que las (os) estudiantes los integren en sus conocimientos, fortaleciendo su formación profesional. Por otra parte, también incluir una Optativa acerca de Los Cuidados paliativos.

Para los alumnos de enfermería

Que los estudiantes de enfermería evalúen permanentemente el cuidado que están brindando en cada práctica clínica, tratando de que éste sea un cuidado holístico con calidad humana, pues el sujeto de su cuidado es la persona y su salud es lo más valioso que posee, siempre mostrando afecto a los demás con el cuidado que van a brindar.

Para los egresados

Participar en cursos, seminarios, talleres o por su propia cuenta obtener competencias profesionales para su desempeño en los diversos ámbitos, que le permita brindar cuidados específicos en la etapa final de la existencia.

Para las Instituciones de Salud

Capacitar a todo su personal de Enfermería donde tomen talleres y cursos donde se involucre a la familia de los pacientes y trabajen en conjunto el cuidado paliativo.

Referencias Bibliográficas

Aguilera S, Paniale S, & Romero U. (2018). Actitud de enfermería frente al paciente terminal. noviembre 25, 2020, de Universidad Nacional de Córdoba Sitio web: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_serpio.pdf

Castillo E. (2017). Cuidado Paliativo en el Hospital Regional Docente la Mercedes Chiclayo, Perú. diciembre 03, 2020, de Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Sitio web: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/390/1/TL_Castillo_Gil_Estefany.pdf

Espinosa A. (2017). Cuidados Paliativos a enfermos adultos terminales en la Atención Primaria de Salud. enero 05, 2021, de Instituto Superior de Ciencias Médicas Villa Clara Sitio web: <http://tesis.repo.sld.cu/116/1/EspinosaRoca.pdf>

García A, & Becerra L. (2017). Conocimiento de la enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes terminales en el hospital nacional Cayetano Heredia. noviembre 31, 2020, de Universidad Nacional de Lima Sitio web: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/5985/Garcia_RVA.pdf?sequence=1&isAllowed=

González H. (2017). Conocimientos de la enfermera del Hospital Roosevelt sobre cuidados paliativos. septiembre 25, 2020, de Universidad de Istmo Sitio web: <http://glifos.unis.edu.gt/digital/tesis/2012/44435.pdf>

Krikorian A. (2019). Factores que contribuyen a la experiencia de sufrimiento en enfermos con cáncer en situación terminal que reciben cuidados paliativos. noviembre 20, 2020, de Universidad Autónoma de Barcelona Sitio web: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/96861/ak1de1.pdf?sequence=1>

Márquez M. (2016). La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. octubre 31, 2020, de Universidad Nacional de Colombia Sitio web: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>

Montes G. (2018). Historia de los cuidados paliativos México. octubre 10, 2020, de Revista Digital Universitaria Sitio web: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf

Osorio Y. (2019). Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina. noviembre 13,2020, de Universidad Nacional Mayor de San Marcos Sitio web: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/992/1/Osorio_ry.pdf

Secretaria de Salud. (2016). Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos. Septiembre 27,2020, de Secretaria de Salud Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/445_GPC_Cuidados_paliativos/GRR_cuidadospaliativos_4072011x2x.pdf

Soto A. (2016). Conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente en etapa de muerte. diciembre 13, 2020, de Universidad Metropolitana Sitio web: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Salud/2011/A_Soto_2011.

Anexos

Anexo I. Aprobación de Tesis



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

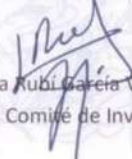
PLESS Arianne Figueroa García
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo de investigación titulado "CONOCIMIENTO DE PASANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES EN FASE TERMINAL" y dictaminó que está **APROBADO** mismo que ha quedado registrado con el número de folio SA-CI-021-2021; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán. A 12 de mayo del 2021


Dra. María Leticia Rubi García Valenzuela
Coordinadora del Comité de Investigación

C.c.p. Archivo

Anexo II. Instrumento



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



“Conocimiento de los pasantes de Licenciatura en Enfermería sobre Cuidados Paliativos”

El objetivo del presente cuestionario es evaluar el conocimiento que tienen los pasantes de enfermería promoción 2020-2021 acerca de los Cuidados Paliativos, por lo que solicito tu apoyo para responder las preguntas.

Tu participación es voluntaria, no implica ningún riesgo en tu evaluación como pasante. La información que brindes es confidencial y será tratada de manera anónima, solo se utilizará para fines de investigación, puedes decidir no responder, sin embargo, si decides hacerlo te solicito responder todas las preguntas para evitar perdida de la información.

Apartado 1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Lea Cuidadosamente la pregunta y escriba sobre la línea, o subraye, según corresponda, la respuesta que considera correcta.

1. Edad: _____

2. Sexo:

- A) Femenino
- B) Masculino

3. Estado Civil:

- A) Soltero
- B) Casado
- C) Unión Libre

4. Institución donde realizas el servicio social:

- A) Secretaria de Salud
- B) IMSS
- C) ISSSTE
- D) Facultad de Enfermería

5. Su Servicio Social lo está realizando en:

- A) Primer Nivel
- B) Segundo Nivel
- C) Institución de origen

6. Contaba con estudios relacionados con enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería:

- A) Si
- B) No

7. ¿En cuál Institución la Cursaste?

- A) CONALEP
- B) CETIS
- C) CBTIS
- D) Otro: _____

8. Actualmente trabajas en el área de enfermería. (ejemplo asilos, clínicas, pacientes particulares etc).

- A) Si
- B) No

9. Si tu respuesta anterior fue "Si" especifica donde laboras, si fue "No" omite esta pregunta.

Durante su formación se abordaron temas de Cuidados Paliativos.

- A) Si B)No
- B) No

10. ¿En qué unidad de aprendizaje los abordó?

Considera que es necesario la inclusión de contenidos específicos de Cuidados Paliativos en su formación.

- A) Innecesaria
- B) Poco Necesaria
- C) Necesaria
- D) Muy Necesario

Apartado 2

Instrucciones: Lea cuidadosamente la pregunta y marque con una X la respuesta que considere correcta.

ITEM	Si	No
1.- Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo.		
2.- Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico.		
3.- El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.		
4.- Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir.		
5.- Los Cuidados Paliativos solo se aplican a población adulta.		
6.- Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad.		
7.- La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten. .		
8.- La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente.		
9.- En el tratamiento del paciente terminal, no es necesario obtener su consentimiento informado ni la de la familia, ya que lo primordial es salvar su vida.		
10.- En los Cuidados Paliativos debemos estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar. .		
11.- Religiosidad es lo mismo que espiritualidad.		
12.- Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar.		
13.- Los cuidados paliativos solo deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes.		
14.- La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido.		
15.- Se debe usar morfina para el alivio de la disnea.		
16.- En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales.		
17.- El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado.		
18.- El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (Boca seca).		
19.- ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?		
20.- El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina.		
21.- ¿El uso de opioide influencia en el tiempo de supervivencia?		
22.- ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción?		
23.- Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser descontinuados?		
24.- La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente.		

Anexo II. Consentimiento Informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

Consentimiento Informado

La presente investigación intitulada **CONOCIMIENTO DE PASANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS** se realiza por ARIANNE FIGUEROA GARCÍA, como responsable, bajo la asesoría de dos Profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el objetivo de evaluar el Conocimiento de enfermería de los pasantes en servicio social sobre los cuidados paliativos en pacientes en fase terminal. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas completando un cuestionario. Le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es voluntaria. La información que proporcione será confidencial y sólo se utilizará con fines estrictamente de investigación. El cuestionario no incluye nombre, con la finalidad de garantizar su confidencialidad. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene dudas sobre esta investigación, puede hacer las preguntas en cualquier momento y puede retirarse del estudio en el momento que así lo decida.

Agradezco su participación.

Firma del participante

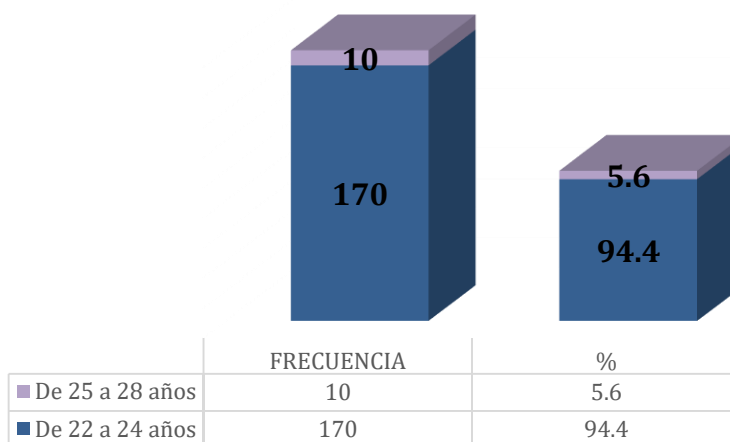
Anexo III. Tablas y gráficos

Tabla 1. Edad de los pasantes de Licenciatura en Enfermería

EDAD	FRECUENCIA	%
De 22 a 24 años	170	94.4
De 25 a 28 años	10	5.6
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 1. Edad de los pasantes de Licenciatura en Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

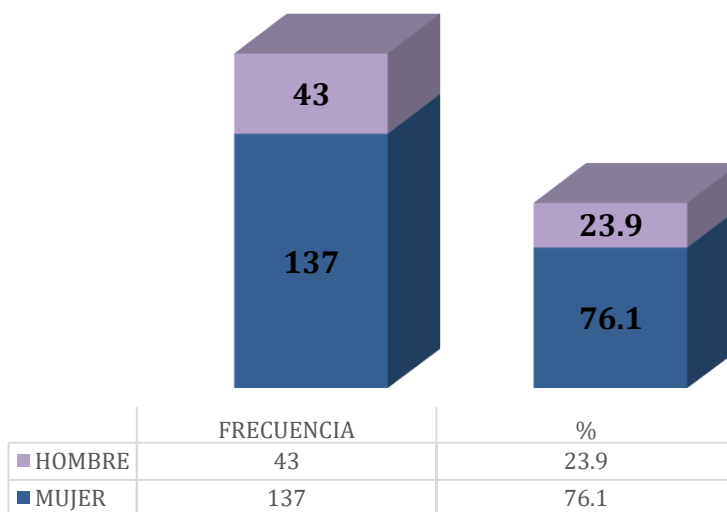
La tabla 1 muestra la composición de los pasantes de Licenciatura en Enfermería que formaron parte de la muestra según edad. Se tiene que los pasantes cuya edad comprende de los 22 a 24 años representan el 94.4 %, (170), mientras que los de 25 a 28 años comprenden el 5.6 %, (10). De tal manera, se identifica que la mayor parte de los pasantes de Licenciatura en Enfermería son jóvenes entre los 22 a 24 años (94.4 %).

Tabla 2. Sexo de los pasantes de Licenciatura en Enfermería

SEXO	FRECUENCIA	%
MUJER	137	76.1
HOMBRE	43	23.9
TOTAL	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 2. Sexo de los pasantes de Licenciatura en Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Tabla 2 muestra que, de los 180 pasantes de Licenciatura en Enfermería encuestados, el 76.1% (137) son mujeres y el 23.9% (43) son hombres. Lo cual indica que la hay más mujeres que terminan la formación, profesional como Licenciadas en Enfermería, sin embargo, cada vez hay más hombres que eligen la profesión.

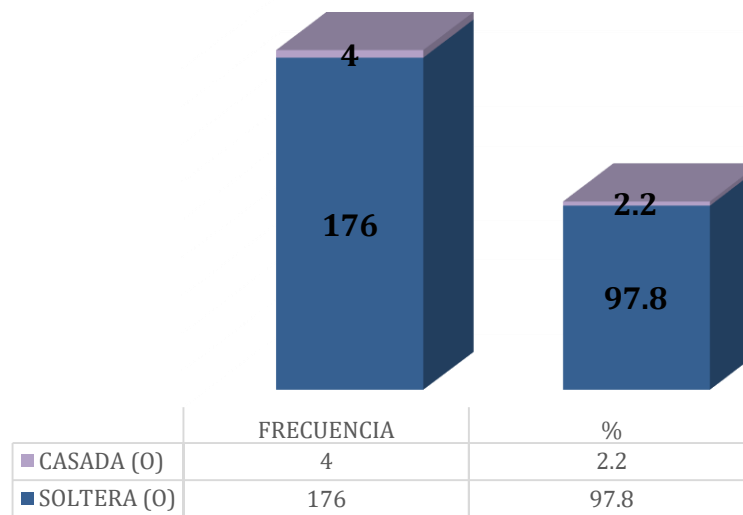
Respecto al sexo de los pasantes de Licenciatura en Enfermería, el 76.1% (137) son mujeres y el 23.9% (43) son hombres.

Tabla 3. Estado civil de los pasantes de Licenciatura en Enfermería

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA (O)	176	97.8
CASADA (O)	4	2.2
TOTAL	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 3. Estado civil de los pasantes de Licenciatura en Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

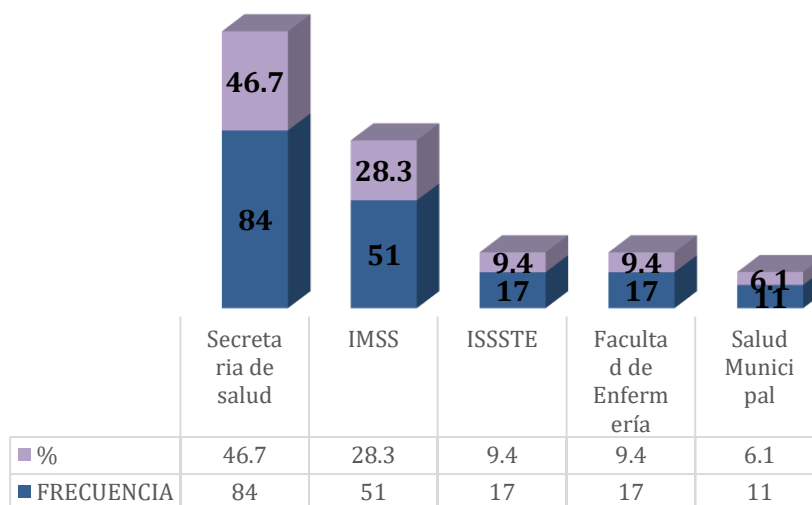
La tabla 3 muestra de los 180 pasantes se observa que el 97.8 % (176), son solteros, al tanto que el 2.2 % (4) son casados. De tal forma se identifica que los pasantes de Licenciatura en Enfermería son principalmente solteros (97.8 %).

Tabla 4. Institución donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería.

INSTITUCIÓN DONDE REALIZA SERVICIO SOCIAL	FRECUENCIA	%
Secretaria de salud	84	46.7
IMSS	51	28.3
ISSSTE	17	9.4
Facultad de Enfermería	17	9.4
Salud Municipal	11	6.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 4. Institución donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería.



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

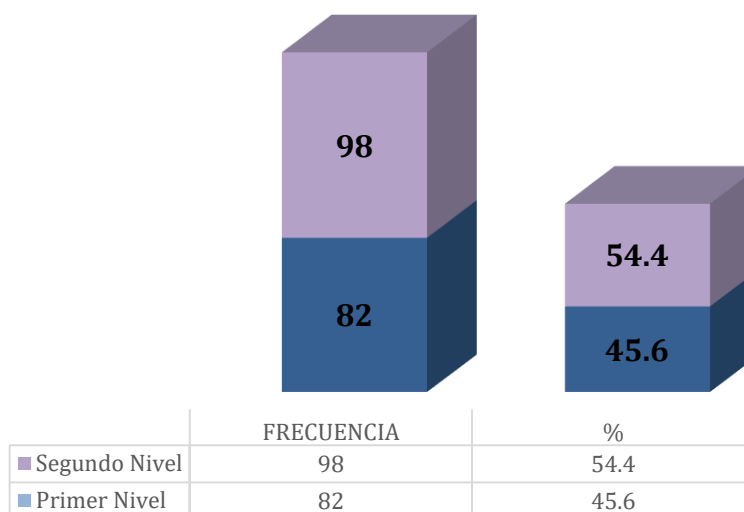
La tabla 4 muestra las instituciones donde los pasantes realizan el servicio social. Se observa que el 46.7% (84), lo realizó en la Secretaría de Salud, mientras que el 28.3% (51), lo desempeñó en IMSS. Asimismo, los que realizan su servicio en el ISSSTE y la Facultad de Enfermería representan el 9.4% (17), en ambos casos. Por último, el 6.1%, (11), lo ejecutó en Salud Municipal. Se identificó que los pasantes de Licenciatura en Enfermería realizaron, principalmente su servicio social en la Secretaría de Salud (46.7 %).

Tabla 5 Nivel de atención donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería

NIVEL DE ATENCIÓN DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL	FRECUENCIA	%
Primer Nivel	82	45.6
Segundo Nivel	98	54.4
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 5 Nivel de atención donde realizan su Servicio Social los pasantes de Licenciatura en Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

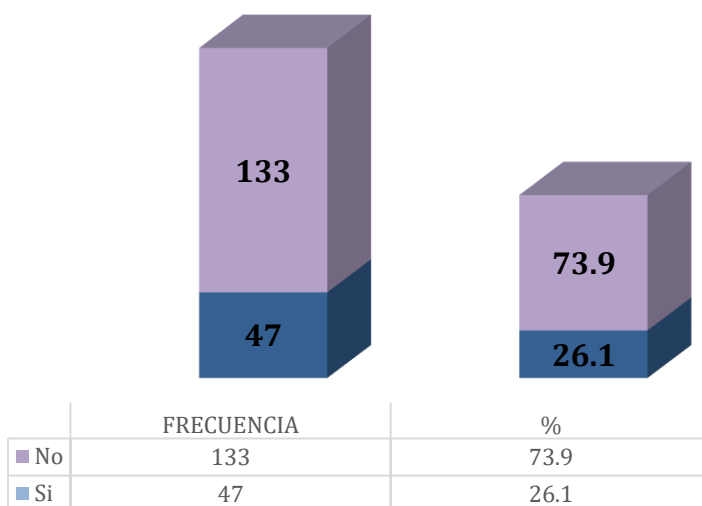
Se determinó que el 45.6% (82), sostienen que su servicio lo realizaron en primer nivel, y el 54.4% (98) manifiesto que lo llevo a cabo en segundo nivel. Por lo tanto, se identificó que el Nivel de atención donde realizaron su servicio social los pasantes de Licenciatura en Enfermería es en segundo nivel (54.4%).

Tabla 6. Estudios relacionados con Enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON ENFERMERÍA ANTES DE INGRESAR A LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA.	FRECUENCIA	%
Si	47	26.1
No	133	73.9
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 6. Estudios relacionados con Enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería.



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

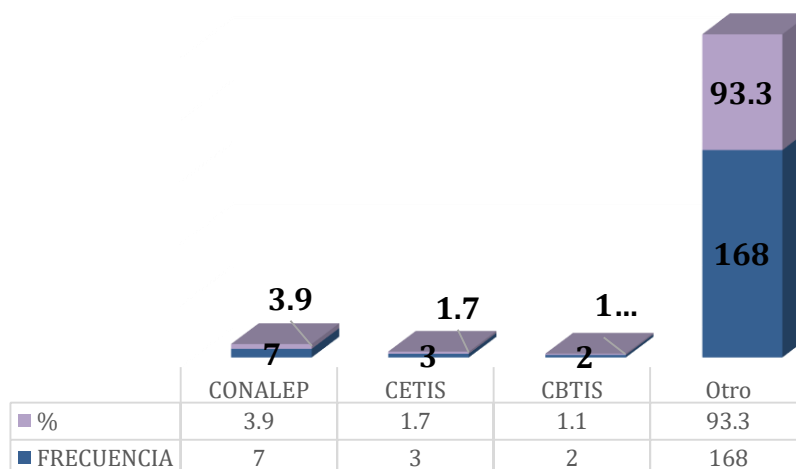
La tabla 6 muestra los estudios que realizaron los pasantes antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería. En ese contexto, se tiene que el 26.1% (47), sí han tenido estudios relacionados a Enfermería, mientras que el 73.9% (133), revelaron no haber tenido estudios relacionados. De esta manera se comprobó que los pasantes, en su mayoría, no han tenido estudios relacionados a enfermería antes de ingresar a la licenciatura.

Tabla 7. Institución donde cursó estudios previos de Enfermería

INSTITUCIÓN DONDE CURSÒ ESTUDIOS PREVIOS DE ENFERMERÌA	FRECUENCIA	%
CONALEP	7	3.9
CETIS	3	1.7
CBTIS	2	1.1
Otro	168	93.3
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 7. Institución donde cursó estudios previos de Enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

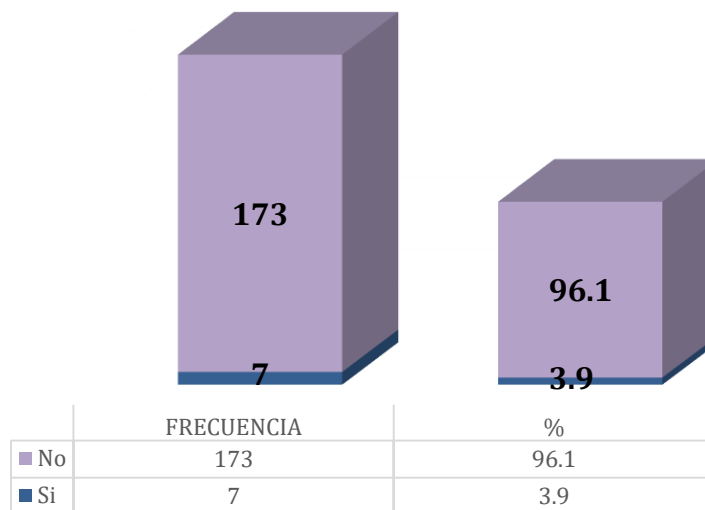
La siguiente tabla muestra que el, 3.9% (7), manifestaron estudiar en CONALEP, mientras que el 1.7%, (3) indicaron estudiar en CETIS, al tanto que el 1.1% (2), sostuvieron haber estudiado en CBTIS. Por último, el 93.3 % (168), manifestaron haber estudiado en otras instituciones. Por consiguiente, se identificó que fueron otras instituciones a las mencionadas donde estudiaron los estudios previos relacionados con enfermería los pasantes que sí lo hicieron (93.3 %).

Tabla 8. Trabaja actualmente en el área de enfermería

TRABAJA ACTUALMENTE EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	%
Si	7	3.9
No	173	96.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 8. Trabaja actualmente en el área de enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

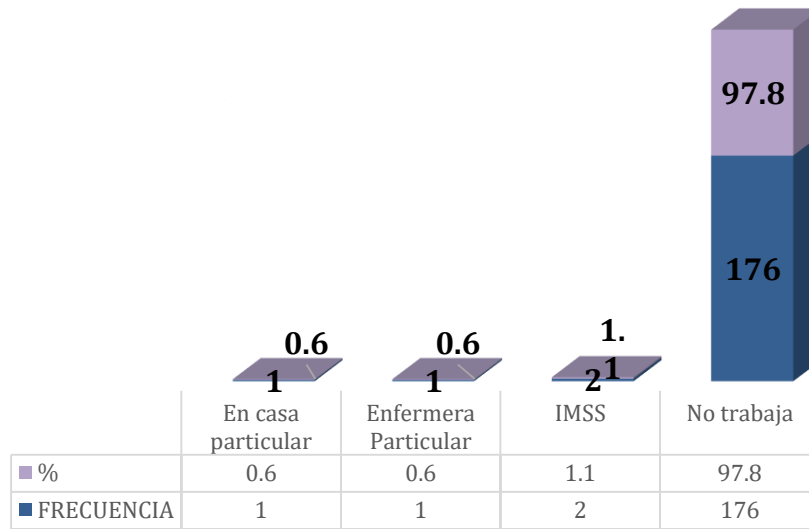
En la tabla anterior se visualiza que el 3.9% (7) pasantes, sí trabajan actualmente en el área de enfermería, mientras que el 96.1% (173) no lo hacen. Con lo cual se identificó que, actualmente, los pasantes no trabajan en el área de enfermería (96.1 %).

Tabla 9. Desempeño de los pasantes que trabajan en el área de enfermería

DESEMPEÑO DE LOS PASANTES QUE TRABAJAN EN EL ÀREA DE ENFERMERÌA	FRECUENCIA	%
En casa particular	1	.6
Enfermera Particular	1	.6
IMSS	2	1.1
No trabaja	176	97.8
Total	180	100.0

Fuente Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 9. Desempeño de los pasantes que trabajan en el área de enfermería



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

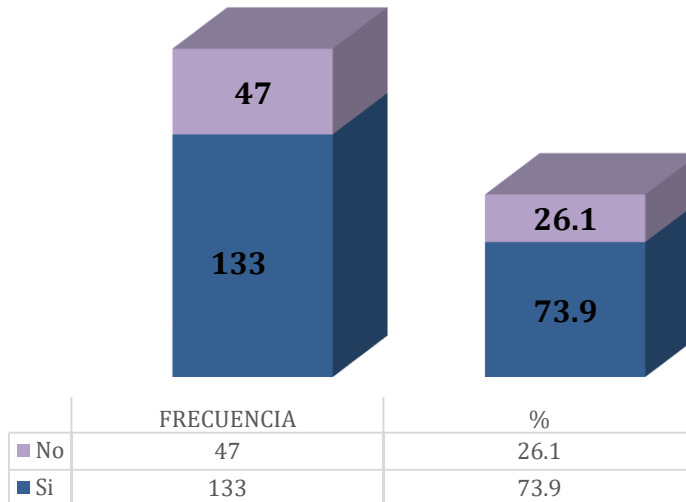
En la tabla se observa que los pasantes que trabajan en el área de enfermería, el 0.6% (1) se desempeña en casa particular, al tanto que también el 0.6% (1) lo hace como enfermera particular. Asimismo, se observa que el 1.1% (2) lo hace en IMSS y el 97.8 % (176) no trabajan. Se identificó que la mayoría de los pasantes no trabajan actualmente (97.8 %).

Tabla 10. Durante su formación se abordaron temas de Cuidados Paliativos

DURANTE SU FORMACIÓN SE ABORDARON TEMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS	FRECUENCIA	%
Si	133	73.9
No	47	26.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 10. Durante su formación se abordaron temas de Cuidados Paliativos



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

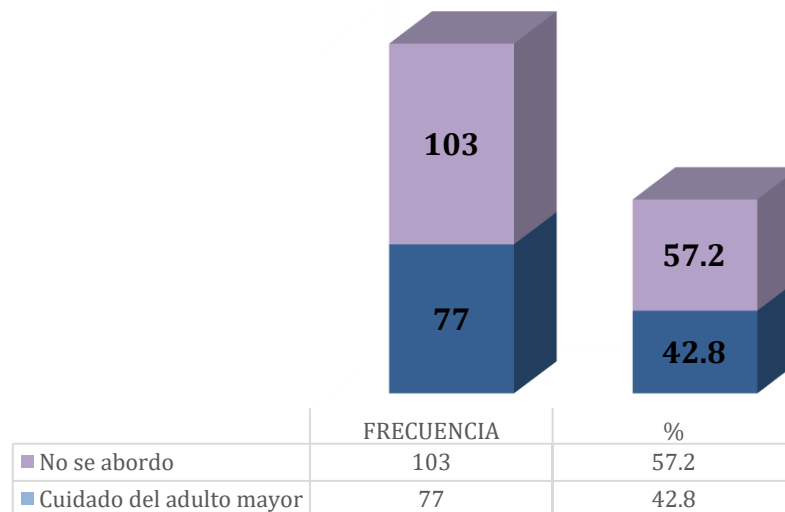
Se observa que el 73.9% (133), sostuvieron haber abordado temas de cuidados paliativos durante su formación, mientras que el 26.1% (47), manifestaron que no. Con ello se identificó que los pasantes, durante su formación, sí abordaron temas de cuidados paliativos (73.9 %).

Tabla 11. Unidad de aprendizaje donde se abordó

UNIDAD DE APRENDIZAJE DONDE SE ABORDO	FRECUENCIA	%
Cuidado del adulto mayor	77	42.8
No se abordó	103	57.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 11. Unidad de aprendizaje donde se abordó



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

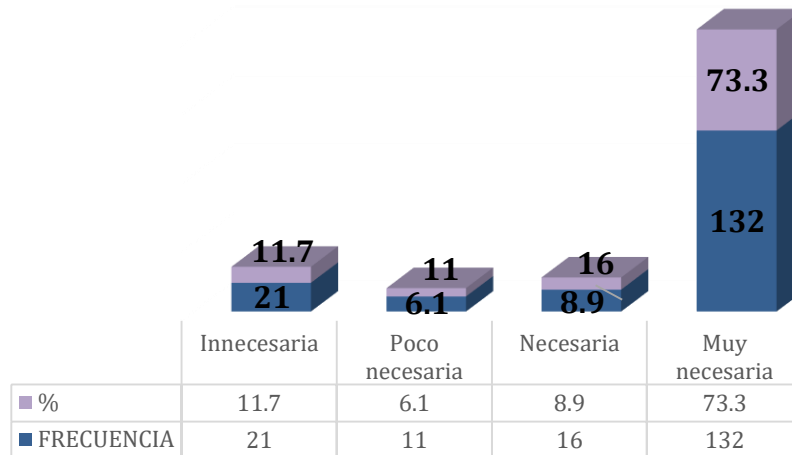
Se muestra que el 42.8% (77), mantuvieron haber abordado el tema de Cuidados Paliativos en la unidad de aprendizaje del Cuidado del Adulto mayor, mientras que el 57.2% (103) manifestó no haber cursado ese tema en ninguna Unidad de aprendizaje. Con ello se identificó que los pasantes durante su formación, no abordan el tema en ninguna Unidad de aprendizaje de la Licenciatura de enfermería (57.2%).

Tabla 12. Es necesaria la inclusión de cuidados paliativos

	FRECUENCIA	%
Innecesaria	21	11.7
Poco necesaria	11	6.1
Necesaria	16	8.9
Muy necesaria	132	73.3
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 12. Es necesaria la inclusión de cuidados paliativos



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

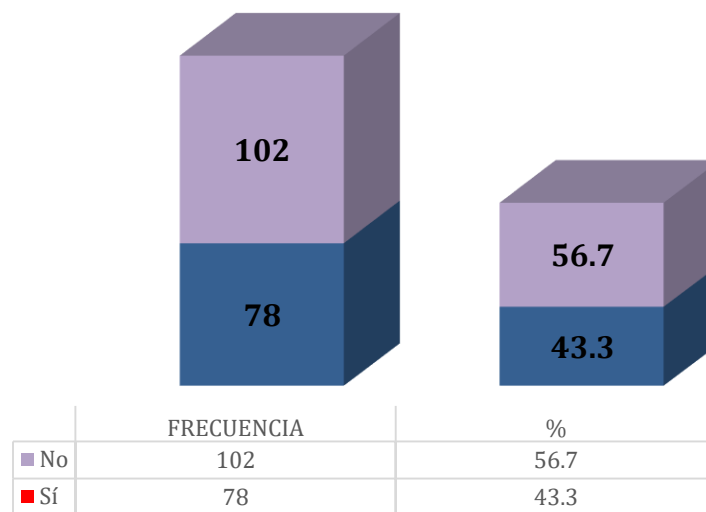
Se observa que el 11.7% (21), consideraron que los cuidados paliativos son innecesarios de incluirlos, mientras que el 6.1% (11) sostuvo que es poco necesario. Asimismo, el 8.9 % (16) manifestaron que sí es necesaria, al tanto que el 73.3% (132) sostuvieron que es muy necesaria la inclusión de cuidados paliativos. Por lo tanto, se identifica que es muy necesaria la inclusión de cuidados paliativos (73.3%).

Tabla 13. Medicina paliativa y Cuidados paliativos son lo mismo

	FRECUENCIA	%
Sí	78	43.3
No	102	56.7
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 13. Medicina paliativa y Cuidados paliativos son lo mismo



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

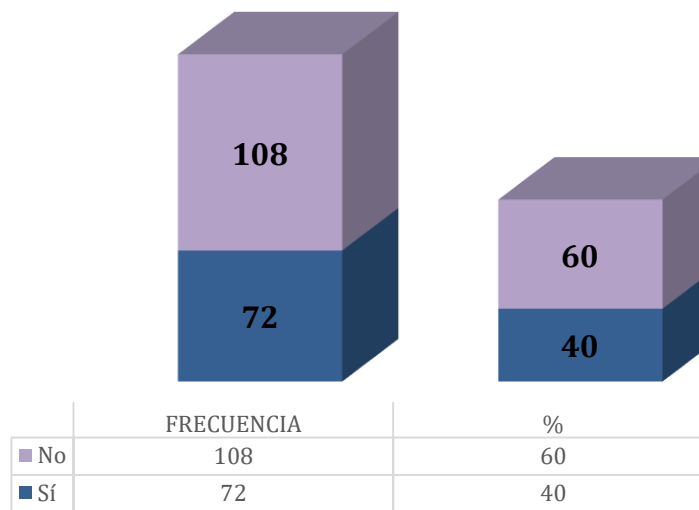
En la tabla 13 se observa que el 43.3% (78) indicaron que la medicina paliativa y los cuidados paliativos son lo mismo, mientras que el 56.7% (102), sostuvieron que no son lo mismo. Por consecuencia, se identificó que la medicina paliativa y los cuidados paliativos no son lo mismo, teniendo el conocimiento la mayoría de los pasantes (56.7%).

Tabla 14. Los Cuidados Paliativos, ¿Solo son aplicables a pacientes oncológicos?

	FRECUENCIA	%
Sí	72	40.0
No	108	60.0
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 14. Los Cuidados Paliativos, ¿Solo son aplicables a pacientes oncológicos?



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

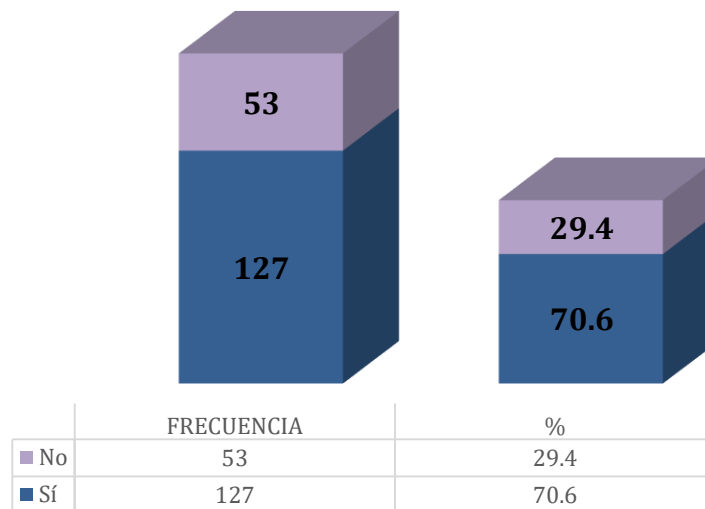
En la tabla 14 se observa que el 40%, (72) pasantes, sostuvieron que los cuidados paliativos solo son aplicables a pacientes oncológicos, mientras que el 60% (108), manifestaron que no. Por consiguiente, se identificó que tienen el conocimiento de que los cuidados paliativos no solo son aplicables a pacientes oncológicos.

Tabla 15. Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico

	FRECUENCIA	%
Sí	127	70.6
No	53	29.4
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 15. Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

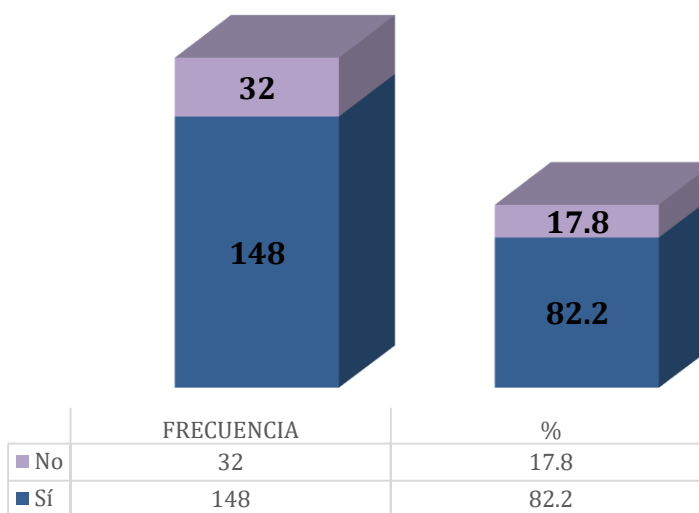
En la tabla 15 se observa que el 70.6% (127) indicaron que los cuidados paliativos sí deberían de brindarse juntos con los tratamientos oncológicos, al tanto que el 29.4 % (53) sostuvieron que no debería de brindarse junto con el tratamiento oncológico. Por consiguiente, se identifica que los cuidados paliativos sí se deberían brindar a la par con el tratamiento oncológico.

Tabla 16. El objeto principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador

	FRECUENCIA	%
Sí	148	82.2
No	32	17.8
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 16. El objeto principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

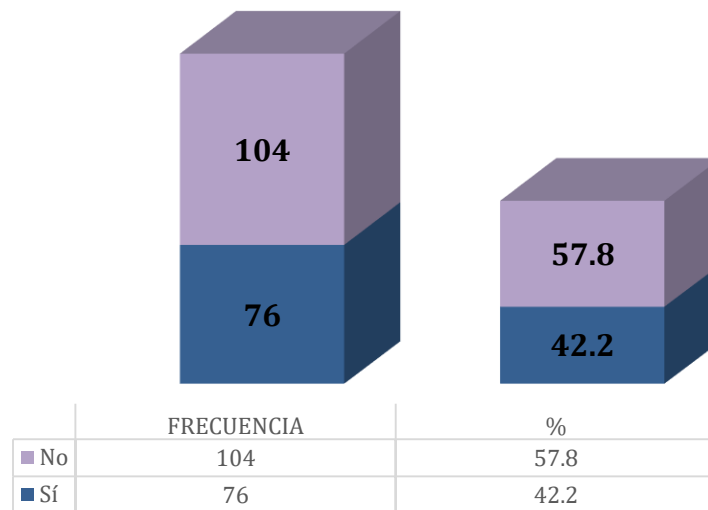
En la tabla 16 se visualiza que el 82.2% (148) indicaron que el objetivo principal de los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador, mientras que el 17.8% (32) sostuvieron que no. Se identificó que el objetivo principal de los cuidados paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador.

Tabla 17. Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir

	FRECUENCIA	%
Sí	76	42.2
No	104	57.8
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 17. Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

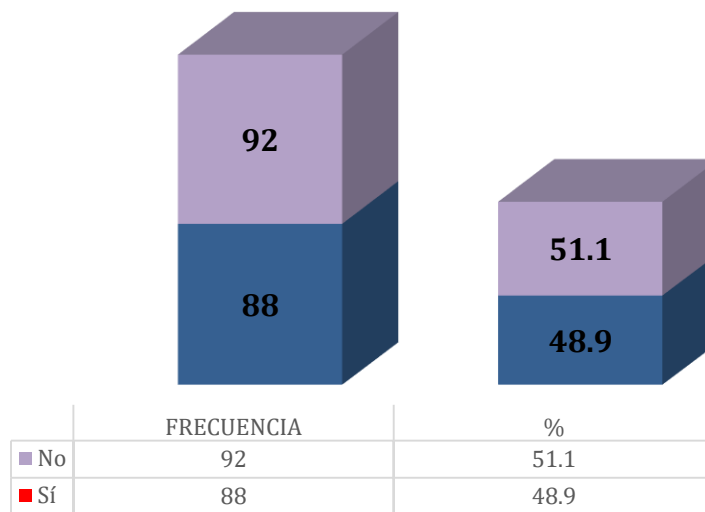
En la tabla 17 se visualiza que el 42.2% (76), indican que los cuidados paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir, mientras que el 57.8% (104), manifestaron que no. En ese sentido, se identificó que los cuidados paliativos no aceleran ni facilitan el proceso de morir (57.8%).

Tabla 18. Los Cuidados Paliativos solo se aplican a la población adulta

	FRECUENCIA	%
Sí	88	48.9
No	92	51.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 18. Los Cuidados Paliativos solo se aplican a la población adulta



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

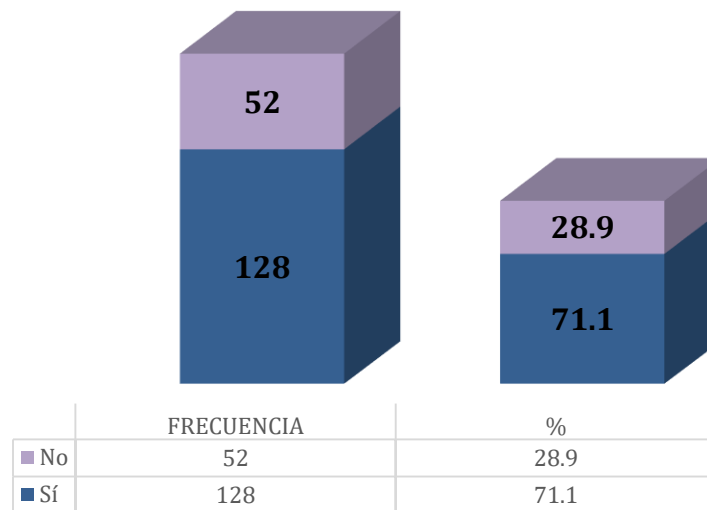
En la tabla 18 se observa que el 48.9% (88), sostuvieron que los cuidados paliativos solo se aplican a la población adulta, al tanto que el 51.1% (92), indicaron que no solo se aplican a la población adulta los cuidados paliativos. Por consecuencia, se identifica que los cuidados paliativos no solo se aplican a la población adulta.

Tabla 19. Los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad

	FRECUENCIA	%
Sí	128	71.1
No	52	28.9
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 19. Los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

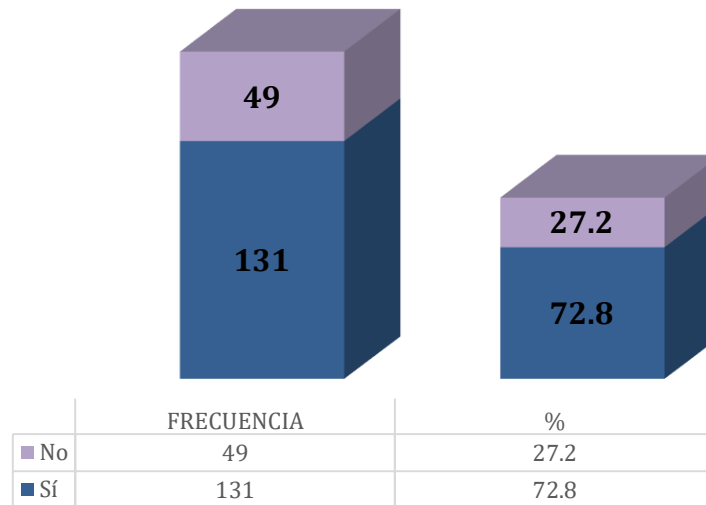
En la tabla 19 se visualiza que el 71.1% (128), manifestaron que los cuidados paliativos sí se dan en cualquier etapa de la enfermedad, mientras que el 28.9% (52), sostuvieron que no se dan en cualquier etapa de la enfermedad. Por lo cual, los cuidados paliativos están dirigidos a pacientes en etapa avanzada de la patología donde el tratamiento médico no es curativo ni detiene ni retrasa el curso de la enfermedad.

Tabla 20. La comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten

	FRECUENCIA	%
Sí	131	72.8
No	49	27.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 20. La comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

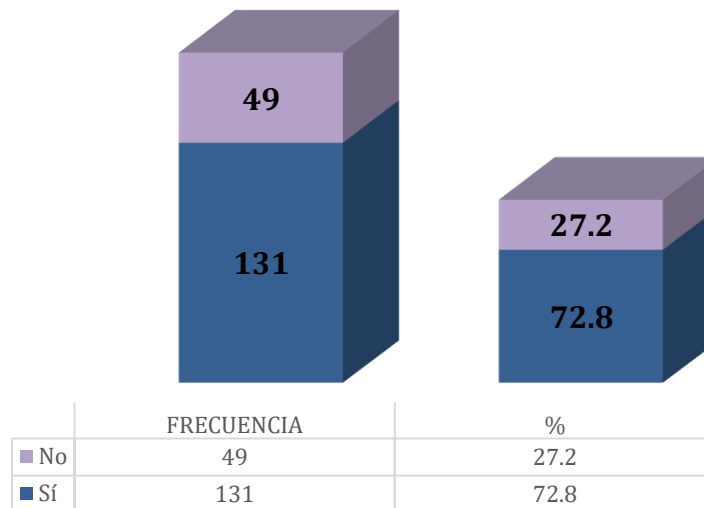
En la tabla 20 se observa que el 72.8% (131), manifestaron que la comunicación de las malas noticias se debe de dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten, mientras que el 27.2% (49) sostuvo que no.

Tabla 21. La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente

	FRECUENCIA	%
Sí	137	76.1
No	43	23.9
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 21. La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

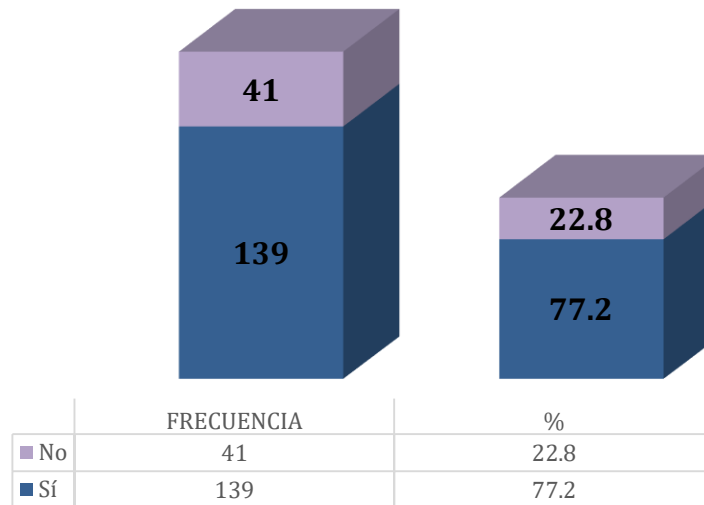
En la tabla 21 se visualiza que el 76.1% (137) indicaron que la muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente, mientras que el 23.9% (43) manifestó que no.

Tabla 22. Los Cuidados Paliativos deben estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar

	FRECUENCIA	%
Sí	139	77.2
No	41	22.8
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 22. Los Cuidados Paliativos deben estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

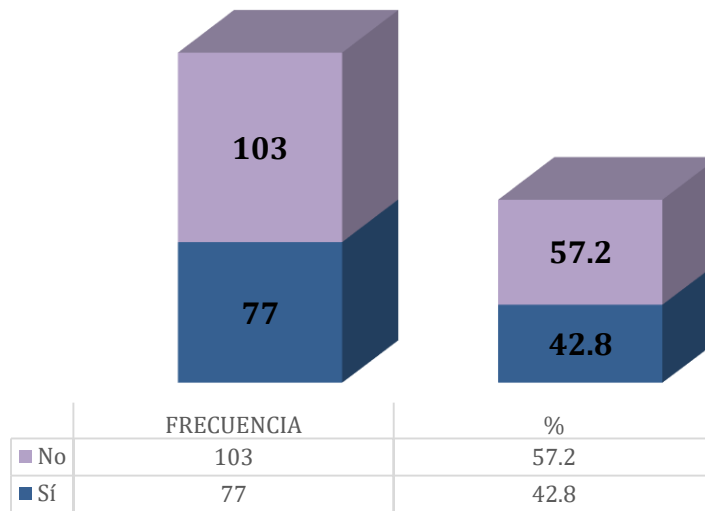
En la tabla 22 se visualiza que el 77.2% (139), indicaron que los cuidados paliativos deben de estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar, en tanto que el 22.8% (41) sostuvieron que no.

Tabla 23. Religiosidad es lo mismo que espiritualidad

	FRECUENCIA	%
Sí	77	42.8
No	103	57.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 23. Religiosidad es lo mismo que espiritualidad



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

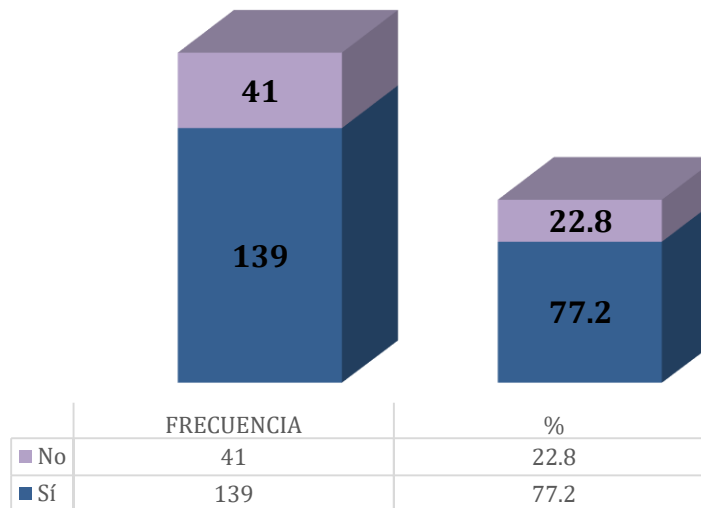
En la tabla 23 se observa que el 42.8% (77) manifestaron que la religiosidad es lo mismo que la espiritualidad, en tanto que el 57.2% (103) sostuvieron que no.

Tabla 24. Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar

	FRECUENCIA	%
Sí	139	77.2
No	41	22.8
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 24. Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

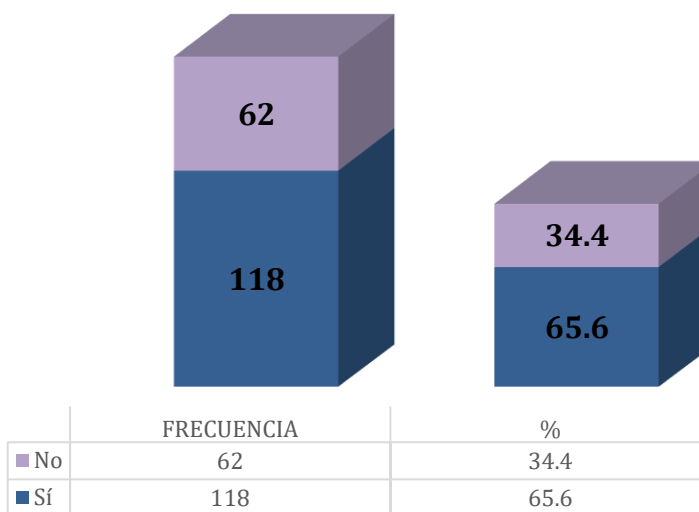
En la tabla 24 se muestra que el 77.2% (139), sostuvieron que las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar, mientras que el 22.8%, equivalente a (41), indicaron que no.

Tabla 25. Los Cuidados Paliativos deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes

	FRECUENCIA	%
Sí	118	65.6
No	62	34.4
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 25. Los Cuidados Paliativos deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

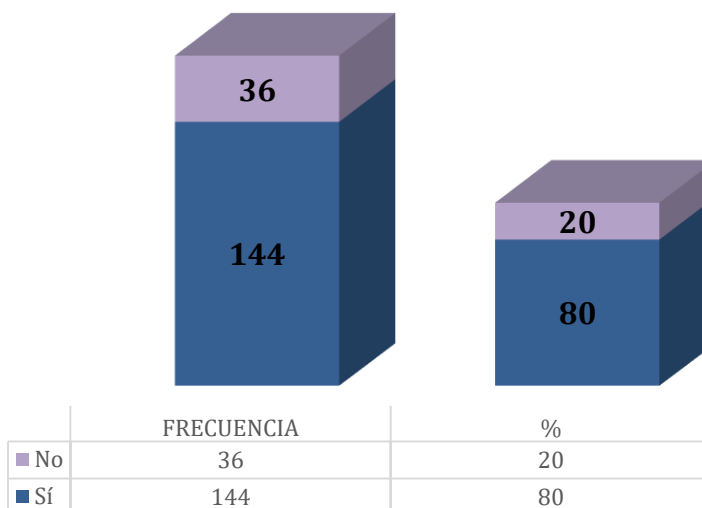
En la tabla 25 se evidencia que el 65.6% (118) indicaron que los cuidados paliativos sí deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes, en tanto que el 34.4% (62) sostuvieron que no.

Tabla 26. La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido

	FRECUENCIA	%
Sí	144	80.0
No	36	20.0
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 26. La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

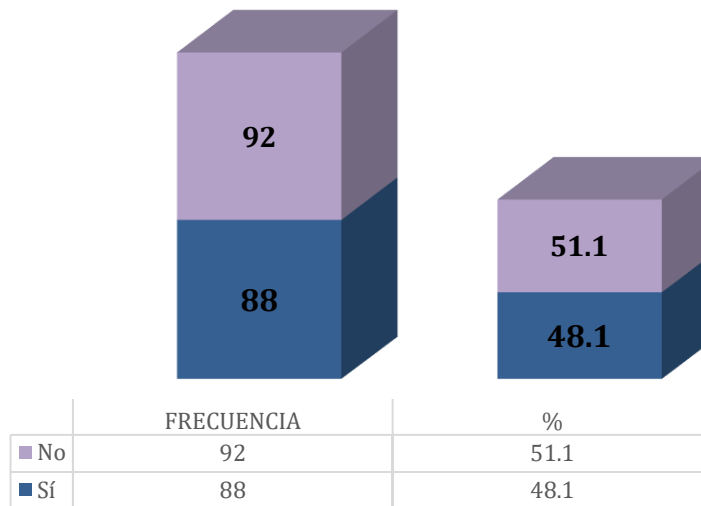
En la tabla 26 se observa que el 80% (144) manifestaron que la enfermedad terminal sí se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido, mientras que el 20% (36) indicó que no.

Tabla 27. Se debe usar morfina para el alivio de la disnea

	FRECUENCIA	%
Sí	88	48.1
No	92	51.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 27. Se debe usar morfina para el alivio de la disnea



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

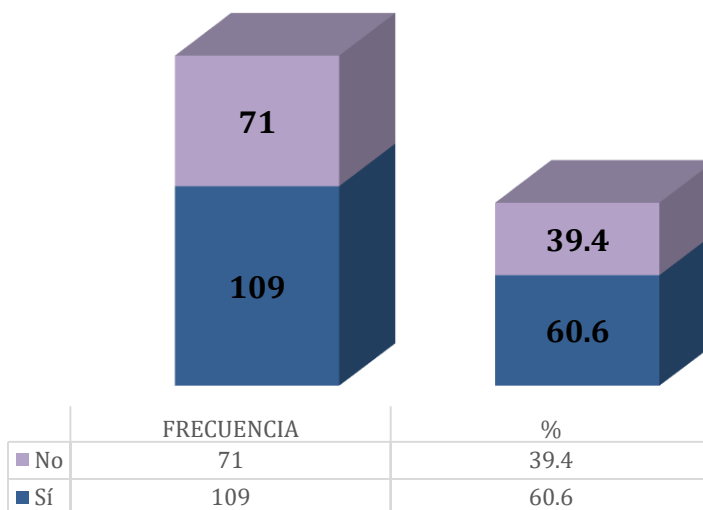
En la tabla 27 se visualiza que el 48.1% (88), consideraron que sí se debe de usar morfina para el alivio de la disnea, en tanto que el 51.1% (92), manifiesto que no.

Tabla 28. En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales

	FRECUENCIA	%
Sí	109	60.6
No	71	39.4
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 28. En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

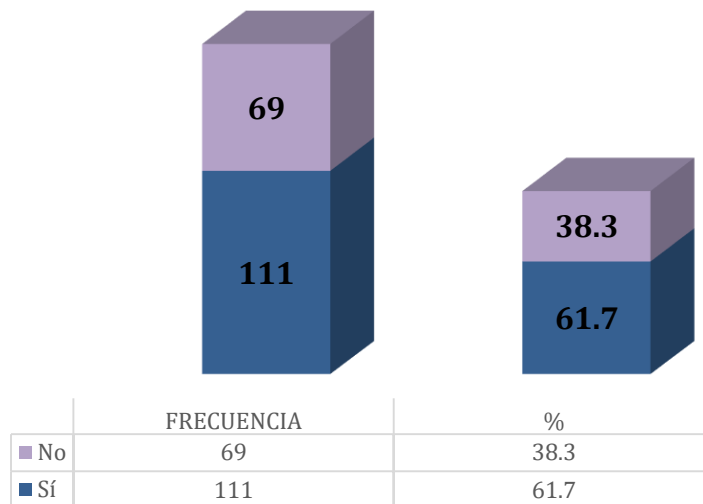
En la tabla 28 se observa que el 60.6% (109), consideraron que en la fase terminar del cáncer sí es necesario mayor aporte calórico comparando con las etapas iniciales, mientras que el 39.4% (71) sostuvieron que no es necesario.

Tabla 29. El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado

	FRECUENCIA	%
Sí	111	61.7
No	69	38.3
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 29. El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

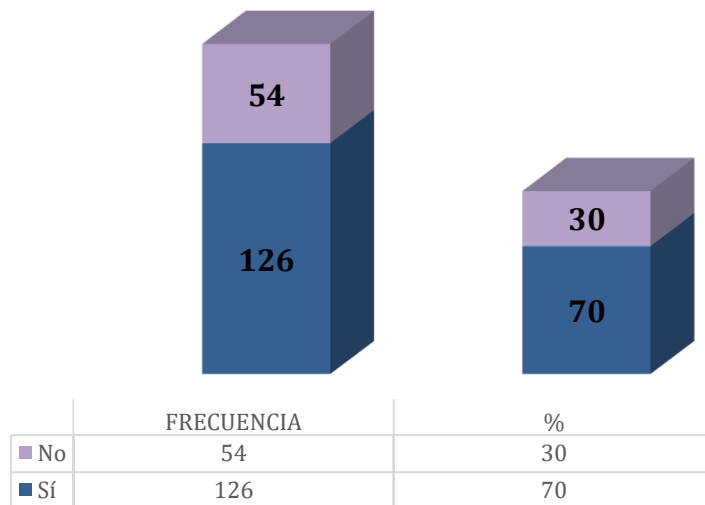
En la tabla 29 se muestra que el 61.7% (111) manifestaron que el uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado, mientras que el 38.3% (69) sostuvo que no existe tal incremento.

Tabla 30. El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (boca seca)

	FRECUENCIA	%
Sí	126	70.0
No	54	30.0
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 30. El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (boca seca)



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

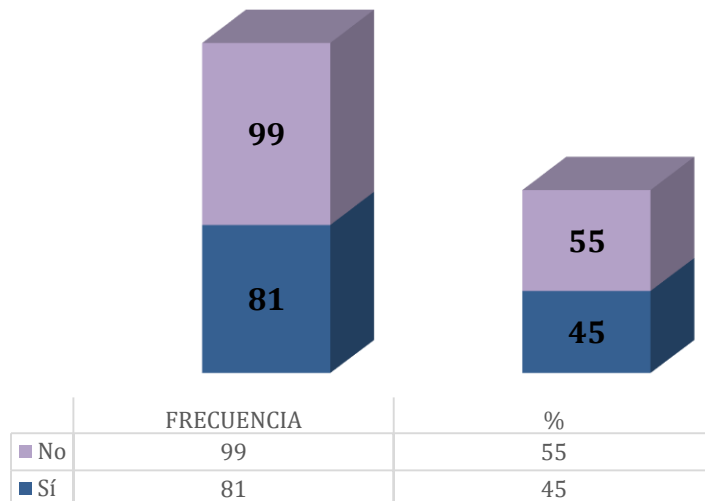
En la tabla 30 se observa que el 70% (126), indicaron que el uso de hidratación intravenosa sí alivia la xerostomía (boca seca), en tanto que el 30% (54) sostuvo que tal cosa no sucede.

Tabla 31. ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?

	FRECUENCIA	%
Sí	81	45.0
No	99	55.0
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 31. ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

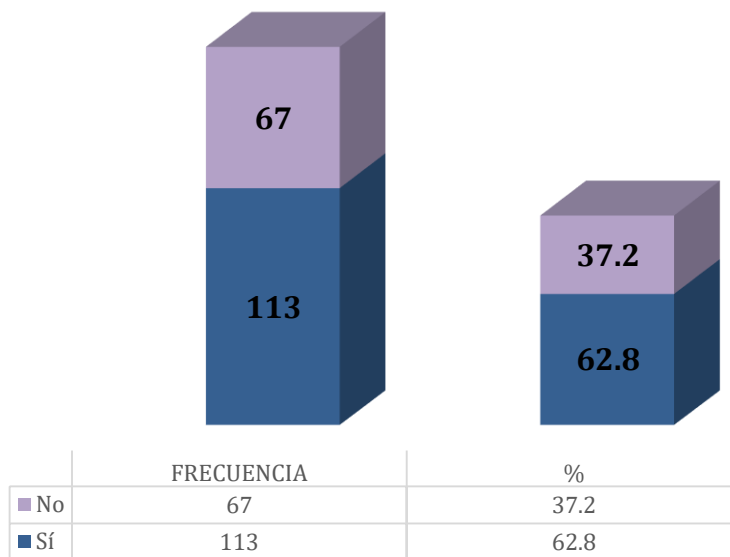
En la tabla 31 se observa que el 45% (81) consideraron que la morfina se usa de forma segura en pacientes con insuficiencia renal, mientras que el 55% (99) pasantes, sostuvo que no.

Tabla 32. El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina

	FRECUENCIA	%
Sí	113	62.8
No	67	37.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 32. El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

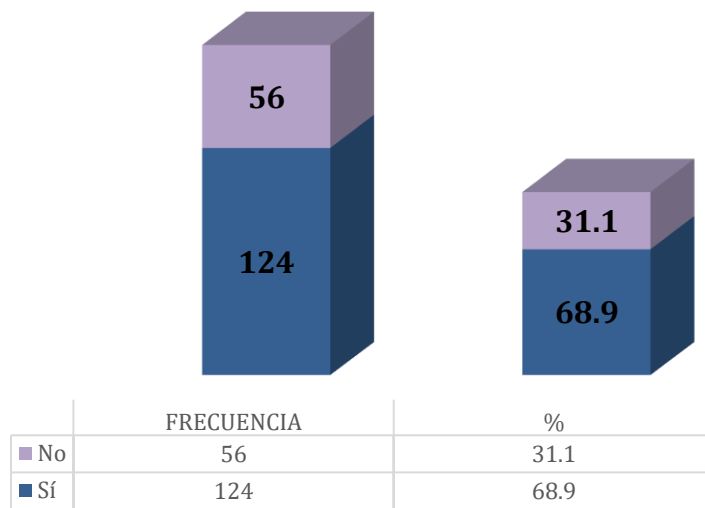
En la tabla 32 se muestra que el 62.8% (113), sostuvieron que la morfina es el tratamiento de primera elección para el manejo del delirium, en tanto que el 37.2% (67) indicaron que no.

Tabla 33. ¿El uso de opioide influye en el tiempo de supervivencia?

	FRECUENCIA	%
Sí	124	68.9
No	56	31.1
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 33. ¿El uso de opioide influye en el tiempo de supervivencia?



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

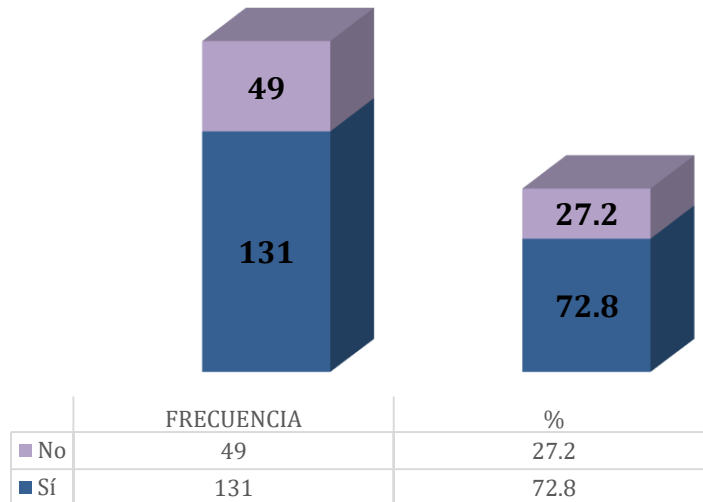
En la tabla 33 se observa que el 68.9% (124) manifestaron que el uso de opioide sí influye en el tiempo de supervivencia, en tanto que el 31.1% (56) sostiene que tal influencia no existe.

Tabla 34. ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce a adicción?

	FRECUENCIA	%
Sí	131	72.8
No	49	27.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 34. ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce a adicción?



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

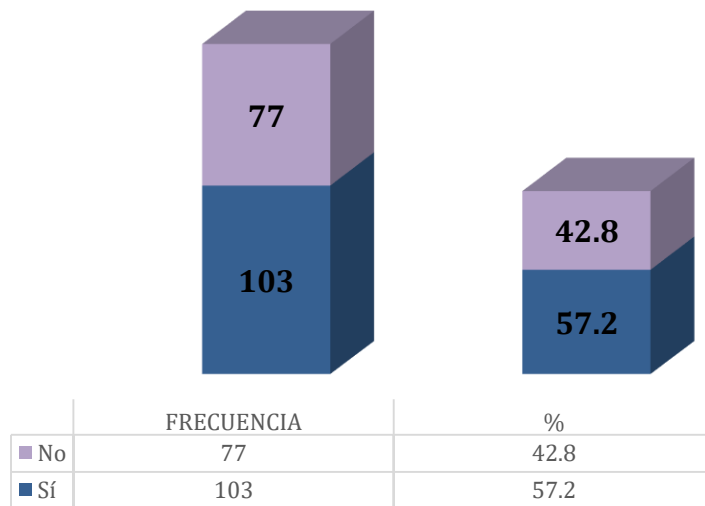
En la tabla 34 se visualiza que el 72.3% (131), consideraron que el uso de opioides, por periodos prolongados frecuentemente, induce a la adicción, en tanto que el 27.2% (49), indicaron que tal aseveración no es correcta.

Tabla 35. Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser discontinuados?

	FRECUENCIA	%
Sí	103	57.2
No	77	42.8
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 35. Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser discontinuados?



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

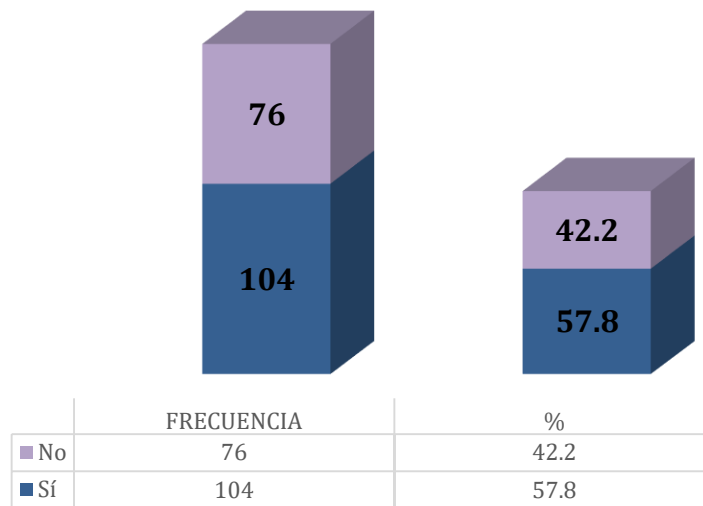
En la tabla 35 se muestra que el 57.2% (103), consideraron que todos los analgésicos no opioides deben de ser discontinuados en el marco del inicio del tratamiento con opioides, mientras que el 42.8% (77) manifestaron que los analgésicos no opioides no deben de ser discontinuados.

Tabla 36. La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente

	FRECUENCIA	%
Sí	104	57.8
No	76	42.2
Total	180	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

Gráfico 36. La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente



Fuente: Cuestionarios aplicados a pasantes

En la tabla 36 se observa que el 57.8 % (104) sostuvieron que la rotación de opioides sí debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente, en tanto que el 42.2% (76), manifestaron que no.

Apéndices

Apéndice 1. Operalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicador	ITEMS
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.(RAE,2018)	Edad		1
Sexo	Conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos dividiéndolos en masculinos y femeninos	Sexo	Femenino Masculino	2
Estado civil	Condición de una persona en el orden social.	Estado Civil	Soltero Casado Unión libre	3
Institución	Instituciones dedicadas a brindar servicios de salud.	Institución donde realizas el Servicio Social	Secretaria de Salud IMSS ISSSTE Facultad de Enfermería	4
Nivel de atención	Los niveles de atención son una forma organizada de ordenar los recursos en tres niveles de atención. Se señala como niveles de complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma.(Sosa,2017)	Su Servicio Social lo está realizando en.	Primer Nivel Segundo Nivel	5
Estudios previos de enfermería.	Egresados de subsistemas que cuentan con formación para el trabajo "Técnica en Enfermería,"	Contaba con estudios relacionados con enfermería antes de ingresar a la Licenciatura en Enfermería.	Si No	6
Institución donde se cursó,	Educación Media Superior, también conocido como bachillerato o preparatoria, es el período de estudio de entre dos y tres años (cuatro	¿En cuál Institución la cursaste?	CONALEP CETIS CBTIS	7

	años en el bachillerato con certificación como técnico de la SEP9).(SEP,2015).		Otro	
Trabajo de enfermería como pasante.	Pasantes que desempeñan algún trabajo en el área de enfermería, sin tener Título.	Actualmente trabajas en el área de enfermería. (Ejemplo asilos, clínicas, pacientes particulares etc.,.)	Si No	8
Servicio Social	Actividad práctica que ejecutan con carácter temporal y obligatorio, mediante beca o gratuitamente los estudiantes y profesionistas en interés de la Sociedad y de Estado.(Lineamientos Generales, 2016)			9
Cuidados paliativos.	Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento. (OMS)	1.- Medicina Paliativa y Cuidados Paliativos son lo mismo. 2.- Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto con el tratamiento oncológico. 3.- El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la calidad de vida del paciente, familia y cuidador. 4.- Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir. 5.- Los Cuidados Paliativos solo se aplican a población adulta. 6.- Los cuidados paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad.	Si No	1,2,3,4,5,6.
Conocimiento de Enfermería.	Adquisición de aprendizaje durante la practica en la formación enfermería, para poder desarrollarse en cualquier área de esta,	7.- La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando la familia o el paciente lo soliciten. 8.- La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la	Si No	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24

		<p>familia para proteger al paciente.</p> <p>9.- En el tratamiento del paciente terminal, no es necesario obtener su consentimiento informado ni la de la familia, ya que lo primordial es salvar su vida.</p> <p>10.- En los Cuidados Paliativos debemos estar orientados a garantizar su calidad de vida personal y familiar. .</p> <p>11.- Religiosidad es lo mismo que espiritualidad.</p> <p>12.- Las creencias del paciente y su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar.</p> <p>13.- Los cuidados paliativos solo deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes.</p> <p>14.- La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido.</p> <p>15.- Se debe usar morfina para el alivio de la disnea.</p> <p>16.- En fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales.</p> <p>17.- El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado.</p>		
--	--	--	--	--

		<p>18.- El uso de hidratación intravenosa no alivia la xerostomía (Boca seca).</p> <p>19.- ¿La morfina se usa de manera segura en pacientes con Insuficiencia Renal?</p> <p>20.- El tratamiento de primera elección para manejo del delirium es la morfina.</p> <p>21.- ¿El uso de opioide influencia en el tiempo de supervivencia?</p> <p>22.- ¿El uso de opioides por periodos prolongados frecuentemente induce adicción?</p> <p>23.- Cuando iniciamos tratamiento con opioides, ¿todos los analgésicos no opioides deben ser discontinuados?</p>		
--	--	---	--	--

