

FCM



ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO: LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TESIS FINAL

TEMA: “Sentimientos generados en Profesionales de Enfermería, que interfieren en la atención de pacientes terminales”.

Autoras: Coronel, Mónica

Riveros, Adriana

Villar, Lorena

MENDOZA, FEBRERO, 2013

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.

ACTA DE APROBACION

Presidente.....

Vocal 1.....

Vocal 2.....

Trabajo Aprobado el:.....

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestras familias por el “Amor y la Paciencia”, que nos han brindado junto con todo su apoyo durante la realización de este estudio.

También agradecemos a los colegas que colaboraron respondiendo las encuestas, que nos permitieron obtener los datos necesarios para concluir esta investigación.

INTRODUCCION

Realizar este estudio nos permitirá conocer sentimientos, que el personal de enfermería presenta frente a la atención del paciente terminal.

La profesión de enfermería tiene como principal función "CUIDAR", a la persona sana como enferma, desde un punto de vista holístico, ayudándole desde la prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

Enfermería también debe acompañar pacientes con enfermedades terminales, ayudándole a cubrir sus necesidades, brindar apoyo y consuelo a estos y sus familias, sin olvidar su propia humanidad.

En este estudio se tratara de conocer, qué sentimientos se generan en los profesionales de enfermería, en esta ultima situación y cuanto influyen en su accionar.

INDICE GENERAL

ADVERTENCIA.....	I
ACTA DE APROBACION.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
INTRODUCCION.....	IV
DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	Pág.1
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	Pág.4
• Objetivo general.....	Pág.4
• Objetivo específico.....	Pág.4
• Propósito.....	Pág. 4
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	Pág.5

MARCO TEORICO

Capitulo 1: Paciente terminal.....	Pág.7
Capitulo 2: Enfermería.....	Pág.13
Capitulo 3: Sentimientos de los profesionales de enfermería.....	Pág.19
Definición de términos.....	Pag.25
Diseño Metodológico.....	Pág.26
Variables.....	Pág.27
Hipótesis.....	Pág.30

INDICE DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla nº 1 y Grafico nº1.....	Pág.32
Tabla nº 2 y Grafico nº2.....	Pág.33
Tabla nº 3 y Grafico nº3.....	Pág.34
Tabla nº 4 y Grafico nº4.....	Pág.35
Tabla nº 5 y Grafico nº5.....	Pág.36
Tabla nº 6 y Grafico nº6.....	Pág.37
Tabla nº 7 y Grafico nº7.....	Pág.38
Tabla nº 8 y Grafico nº8.....	Pág.39
Tabla nº 9 y Grafico nº9.....	Pág.40
Tabla nº 10 y Grafico nº10.....	Pág.41
Tabla nº11 y Grafico nº 11.....	Pág.42
Tabla nº 12 y Grafico nº12.....	Pág.43-44
Tabla nº 13 y Grafico nº13.....	Pág.45
Tabla nº 14 y Grafico nº14.....	Pág.46
Tabla nº 15 y Grafico nº15.....	Pág.47

TABLAS BIVARIADAS

Tabla nº 16.....	Pág.48
Tabla nº 17.....	Pág.49
Tabla nº 18.....	Pág.50
Tabla nº19.....	Pág.51
Tabla nº20.....	Pag.53
CONCLUSION.....	Pág.54
PROPUESTA.....	Pág.55
BILIOGRAFIA.....	Pág.56
ANEXOS.....	Pág.58

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el ejercicio de la profesión de enfermería, los enfermeros se enfrentan continuamente con la muerte, que a menudo tratan de evitar el tema ignorándolo, ya que el mismo remueve sentimientos en el personal de salud provocando actitudes positivas o negativas en los cuidados.

Enfermería se basa en la definición de Virginia Henderson, la cual expresa que: “la enfermería es esencialmente la asistencia a los individuos enfermos o sanos, por medio de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que ellos realizan sin ayuda cuando tienen la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios; la enfermería también ayuda a que los individuos cumplan el tratamiento prescrito y se independicen de esta asistencia lo más pronto posible”; La misma hace referencia al paciente que va a morir, lo que permite decir que es necesario preparar al personal sanitario en este tema, incluso desde el periodo de formación en sus estudios terciarios o universitarios cuyo enfoque de los cuidados se centra más sobre la respuesta a las necesidades que sobre la curación. También sería importante la implementación de una parte teórica que tratase del proceso que atraviesa el paciente moribundo y los sentimientos que produce en el personal.

En la actualidad en los servicios de clínica médica de adultos pabellón 8A y 8B del Hospital Español, se ha observado la actitud que los enfermeros adoptan frente al paciente en su fase terminal; la que puede ocurrir por enfermedad aguda y crónica, accidente, vejez o enfermedad maligna como el cáncer que constituye una de las primeras causa de muerte en el mundo.

Para comenzar a hablar del tema, es necesario definir el término paciente terminal: es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad y que se encuentran en la etapa terminal o final de ella, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación ya sea porque no se conoce la cura específica o la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna.

En el accionar diario de enfermería se expresan diferentes sentimientos y emociones, al momento de brindar los cuidados necesarios al paciente como: indiferencia, rechazo, miedo que se expresan a través de actitudes, como ingresar a la habitación en silencio a realizar las actividades en un tiempo reducido, evitar preguntas que formulen tanto el paciente como el familiar sobre el estado del mismo, tardar más al llamado del paciente terminal que a los de los demás pacientes del servicio, como así el mínimo contacto físico con él, (no rotarlo de posición por pedido del familiar, así como en el momento de realizar higiene y confort se hace rápidamente, también se mantiene distancia al momento de tomarle la mano o quedarse unos minutos al lado del paciente); es notable el cambio que ocurre en enfermería frente a un momento de dolor, lo que los lleva a tomar una actitud de tensión, frivolidad pasando de una sonrisa a la seriedad, con una postura rígida, así como apartar la mirada del paciente y hasta algunos enfermeros no pueden entrar a la unidad. También es llamativo que enfermería no participe en la notificación de la noticia de la muerte del paciente, y si lo hace la misma permanece en silencio o trata de consolar a la familia.

Estos sentimientos pueden desarrollarse porque:

- Las tareas de enfermería están dirigidas a la recuperación, rehabilitación y no hacia la muerte.
- Los enfermeros se sienten derrotados, frustrados, porque ante la muerte no pueden hacer nada y como profesional que trabaja permanente con el paciente siempre esperan una mejoría como resultado de los cuidados.
- Quizás sea un mecanismo de defensa frente al deceso, que hace que actúen de forma distante, adolorido, fríos, etc., como así el reflejo con su propia muerte.
- La falta de preparación psicológica de los profesionales de enfermería para abordar estos tipos de paciente.

Los profesionales de enfermería que conviven a diario con el proceso de la muerte, es necesario que reciban capacitación que les brinde herramientas

para no mantenerse vulnerables y adoloridos, para que los cuidados sean positivos, ayudando al paciente a una muerte digna así como proporcionarles comprensión y consuelo a sus familiares, permitiendo al enfermero sentirse satisfecho en el accionar.

Para ello es necesario que la capacitación sea brindada por profesionales de psicología en los lugares de trabajo, que implementen técnicas que ayuden a comprender el porqué de los sentimientos que generan este tipo de paciente en el personal de enfermería y obtener respuestas a preguntas tales como:

¿Cuál es la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la muerte?

¿Qué sentimientos genera en los profesionales de enfermería el paciente terminal?

¿Qué sentimientos genera en los enfermeros la idea que sobre la muerte tiene el paciente?

¿Que sucede con los sentimientos del personal de enfermería, cuando el paciente terminal lleva una estadía prolongada en el servicio?

¿Estos sentimientos interfieren en el accionar de los enfermeros disminuyendo la calidad de atención?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Los sentimientos generados en los enfermeros durante la atención a pacientes terminales del pabellón 8A y 8B de clínica médica del Hospital Español de Mendoza, interfieren en la eficiencia de los cuidados, año 2012?

Objetivo General:

- Determinar en qué medida los sentimientos generados en los enfermeros, durante la atención a pacientes terminales, interfieren en los cuidados.

Objetivos Específicos

- Identificar las intervenciones principales del cuidado enfermero en pacientes terminales.
- Establecer la existencia de factores intervinientes en el cuidado enfermero en este tipo de pacientes.
- Conocer la percepción que sobre la muerte, tiene el personal de enfermería.
- Caracterizar al personal de enfermería.

Propósito:

Conocer en qué medida, los sentimientos generados en los enfermeros que atienden a los pacientes terminales del Pabellón 8A y 8B, de Clínica Médica del Hospital Español de Mendoza, interfieren en los cuidados e implementar acciones que mejoren la calidad de atención.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los profesionales de enfermería al igual que todas las personas, pueden reaccionar de acuerdo a sus sentimientos y emociones los cuales marcan en diferentes situaciones de la vida su forma de ejercer la profesión.

“Nuestra ciencia enfermera ha evolucionado desde sus inicios aunque fuera de forma tímida, teniendo en cuenta el factor humano como relevante en el proceso de salud. Pero ahora tampoco creemos suficiente... porque queremos más. Necesitamos más!”(1).

“Esta necesidad va a guiar nuestro camino. Sabemos colocar sondas, catéteres u drenajes, pero a veces no nos sentimos seguros cuando nos enfrentamos a los silencios, al dolor, o a la impotencia que nos genera la muerte. Precisamente porque los grandes intereses de nuestra civilización se centran en el bienestar, la comodidad y el poder, los grandes interrogantes se abren frente al dolor; al sufrimiento y a la impotencia. Atender a los pacientes en situación de enfermedad terminal, nos enfrenta de forma directa a nuestra propia vulnerabilidad como profesionales y como humanos. Aprender y conocer cómo enfrentarnos profesionalmente a esta realidad, es un nuevo reto que nos va a dar conocimientos práctico para nuestra profesión, pero además nos permitirá crecer como personas en contacto con nuestras propias limitaciones, pero también conscientes de nuestras posibilidades como humanos solidarios, sensibles y competentes ante LA VIDA” (2).

Por ello, se quiere realizar esta investigación porque es necesario que enfermería comprenda que los sentimientos que generan actitudes y conductas negativas ante estos pacientes tienen consecuencias directas con ellos. Ya que no se trata de prolongar la vida, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia.

Los sentimientos negativos generados en el personal de enfermería provocan dificultad en la comunicación con el paciente, se cambia de tema cuando se habla de muerte en la unidad, así como también se evita la mirada hacia el moribundo, las visitas son menos frecuentes y por menos tiempo por el personal de enfermería que los demás pacientes.

Con este estudio se pretende modificar el accionar de esta profesión, hacia actitudes positivas e invitar a la reflexión personal o grupal para lograr una mejor calidad de la asistencia prestada.

MARCO TEORICO
CAPITULO 1: “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” (3).

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 reemplazaran 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

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.
- Mantener la independencia.
- No tener dolor.
- Conservar la energía.
- Tener alivio de los síntomas físicos.(4)

También tiene derechos que deben ser respetados por todo el equipo de salud, la familia y sociedad los cuales son:

- a) Derecho a recibir un cuidado especializado con la finalidad de minimizar el riesgo de morir o quedar incapacitado.
- b) Derecho a recibir de sus médicos información adecuada y veraz acerca de su enfermedad.
- c) Derecho de ser informado debidamente sobre los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que vaya a ser sometido.
- d) Derecho a no aceptar ciertos tratamientos dentro del marco permitido de la ley.
- e) Derecho a ser visitado por sus seres queridos, sin que ellos interfiera en las regulaciones establecidas por las Unidades de Cuidados Intensivos, o necesidades del enfermo.
- f) Derecho a recibir asistencia religiosa.
- g) Derecho a que toda información relacionada con su situación sea tratada como confidencial.
- h) Derecho a ser atendido en forma personalizada, con especial referencia al trato respetuoso y considerado en su relación con los médicos y enfermeras.

El reconocer estos derechos por parte de los profesionales de la salud evitaría la deshumanización de la profesión, ya que el objetivo de la medicina es el de salvar la vida al enfermo y que esta sea de la mejor manera posible, no olvidando los aspectos relacionados con la muerte, y así preparar a las personas para morir con dignidad.

Todo paciente terminal transcurre por lo que se conoce como “síndrome de enfermedad terminal” que consta de tres fases:

Fase 1 Pre diagnóstico y diagnóstico: intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo.

Fase 2 Enfermedad establecida: se caracteriza por el alivio de los síntomas y la indicación del tratamiento.

Fase 3 Deterioro y declinación: cuando no queda nada por hacer, se caracteriza por el cuidado paliativo.

Cuidados paliativos: “es el cuidado total, activo de pacientes cuya enfermedad ya no responde a tratamientos curativos. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es fundamental. El objetivo del cuidado paliativo es lograr la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias” (5).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos son:

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Los objetivos mencionados se sustentan en tres pilares fundamentales, como son: **Comunicación, Control Sintomático y Apoyo Familiar**. Permitiendo que el paciente este con el menor número de molestias, en un ambiente relajado; animado y apoyado, que tanto paciente como familia y equipo asistencial, puedan hablar con facilidad de la enfermedad, su pronóstico y dejarle finalizar cuestiones inconclusas.

La ética de los cuidados paliativos es la de la medicina general, la de preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Cuando preservar la vida se vuelve imposible, el alivio del sufrimiento es lo que adquiere gran importancia.

Según Beauchamp y Childress, (1983), los cuatro principios éticos fundamentales son:

- Respetar la autonomía del paciente.
- Beneficencia (hacer el bien).
- No maleficencia (no dañar).
- Justicia (distribución y disponibilidad equitativa de los recursos).

Todos ellos son aplicables a los fundamentos de:

- Respeto por la vida
- Aceptación de la inevitabilidad de la muerte.

Y teniendo en cuenta que:

- El potencial beneficio de un tratamiento debe ser balanceado con su potencial riesgo.
- Cuando los tratamientos para mantener la vida pesan más que los beneficios potenciales, se puedan suspender tales tratamientos y proporcionar consuelo y confort.
- Las necesidades individuales deben estar balanceadas con la sociedad.

El conocer y respetar las necesidades, derechos del paciente terminal, permite que este sea activo ante su propia muerte.

El acompañamiento con competencia y amor al paciente terminal, constituye hoy un reto para los profesionales de la salud, las instituciones y la sociedad.

CAPITULO 2: “ENFERMERIA”

“La enfermería es una profesión dinámica cuya práctica cambia de manera constante. Es una de las profesiones más honorables, entre las que brindan asistencia directa al ser humano. Aunque suele considerarse que la enfermería actual surgió en tiempos de Florence Nightingale, casi a finales del s. XIX, no hay que olvidar que debe mucho de su herencia y el alto prestigio a la labor de las enfermeras religiosas que llegaron con la fundación de la primera colonia francesa en el nuevo mundo. El trabajo de las mismas les valió el respeto y afecto de los colonizadores y de los indígenas”.

Otro pilar de esta profesión es Virginia Henderson que nació en 1897 en Kansas, EEUU, cuando se graduó fue enfermera domiciliaria y de allí comenzó con docencia en enfermería. También en su larga carrera fue autora e investigadora prolífera. De hecho, el pensamiento de Virginia Henderson como modelo conceptual enfermero, se halla dentro de la orientación o escuela de necesidades. Este modelo enfermero, es el que en mejor grado se ha desarrollado en nuestro medio, si bien es un tanto antiguo, sigue siendo por ejemplo, el que sirve de esqueleto en la constitución de la mayoría de los planes curriculares de formación superior de enfermería, siendo útil cuando se trabaja con personas con problemas de salud que se encuentran en el ámbito hospitalario o no.

La profesión de enfermería tiene un Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado en 1899, es la primera organización internacional de profesionales de salud de todo el mundo. Dirigido por enfermeras, quienes brindan la siguiente definición: “la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

Las enfermeras satisfacen todas las necesidades del enfermo ayudándolo a la recuperación de su salud o proporcionándole comodidad y apoyo en caso de

enfermedades incurables, sin distinción de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, genero, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Ayudar al paciente a morir con dignidad es un reto de la ética enfermera. La ética es la ciencia que tiene como objeto de estudio la moral, para ello es necesario conocer los tres principios éticos dictados en el informe de Belmont de 1978, los cuales son:

- Respeto por las personas, entendidos en dos aspectos:
 - Reconocimiento de la autonomía.
 - Protección de las personas con autonomía disminuida.
- No maleficencia y beneficencia: que significa asegurar el bienestar.

También entendido de dos modos:

- No hacer daño.
- Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.
- Justicia: tratamiento igualitario a todas las personas y distribución de beneficios y cargas.

Estos principios son fundamentales en el accionar de los profesionales de enfermería, porque permiten que los cuidados sean brindados de manera eficiente. Porque el cuidado de los pacientes con enfermedades terminales es una de las situaciones más difíciles de la práctica de enfermería, ya que estos pacientes tienen muchas necesidades emocionales, espirituales y físicas. Estas son las que despiertan sentimientos y emociones en el personal de enfermería, que están las 24 hs al lado del paciente y su familia.

Según Virginia Henderson, considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila, considerando al mismo y a su familia como una unidad biosicosocial.

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber en forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir- vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos (piel) protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos de lo realizado.
13. Jugar o participar de alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer las curiosidades de manera que conduzcan a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.(6)

En 1953 el CIE elaboró el primer código de ética que tiene cuatro elementos éticos primordiales para la profesión de enfermería:

- La enfermera y las personas: la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- La enfermera y la práctica: la enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuenta de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.
- La enfermera y la profesión: a la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo: la enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en sus otros sectores.

Estos elementos tienen en común el cuidado como su función principal. El cuidado es una actividad permanente y cotidiana de la vida y de la profesión de enfermera.

Cuidar: “es un acto individual que cada uno de nosotros realiza por sí mismo; para ello ha de adquirir la autonomía suficiente; pero también es un acto de reciprocidad que damos a otra persona temporal o definitivamente, cuando precisa ayuda para cubrir sus necesidades” (7).

El cuidado es un valor personal y profesional que sirve de base a la relación terapéutica con el paciente. Esto hace a los enfermeros ser humanos y sensibles ante los demás, para brindar cuidados de calidad. Con su actitud frente a la vida, la muerte, las personas y los objetos comunica a los demás la clase de persona que es y cuáles son sus valores.

Los profesionales de enfermería como se describe anteriormente cuida a todas las personas desde el nacimiento hasta la muerte. Esto permite introducirnos en el cuidado al paciente terminal y los sentimientos que se generan en los enfermeros, al estar continuamente enfrentado a la realidad de la muerte de otras personas, esta confrontación a menudo resulta dolorosa, por lo que se debe encontrar una actitud serena y equilibrada para aliviar los sentimientos de tensión y cubrir las necesidades del paciente moribundo.

Enfermería debe entender que este tipo de paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer las manifestaciones y necesidades por la que transcurre.

En el nuevo enfoque de cuidado paliativo, enfermería cumple el rol de enorme valor y trascendencia, ya que es el profesional que debe estar más tiempo con el paciente y desarrollar su quehacer para que este difícil trance sea aceptable, permitiendo una calidad de vida donde el alivio y la dignidad sean primordiales.

Por esto enfermería no solo cumple con la indicación médica sino que a través de su propia valoración elabora un plan de cuidados individualizado para cada paciente y su entorno familiar, el cual no debe ser estricto ni seguirse paso a paso, ya que estos podrán variar según las circunstancias y estado del paciente.

El plan de cuidado, deberá contener:

- Valoración del paciente: se valorara el estado del paciente, de disconfort, estado de ánimo, si está acompañado por familiares, aspecto físico (respiración, color de la piel, higiene, etc.), grado de dependencia.
- Control: es la respuesta que el paciente tiene al tratamiento, grado de ansiedad de la familia y el paciente.
- Detección: es detectar las complicaciones potenciales derivadas del tratamiento en el paciente y la familia.
- Prevención: de complicaciones a largo y acorto plazo con respecto al tratamiento así como el aspecto psicológico que puede afectar al paciente y a la familia.
- Colaboración: con el resto del equipo de salud y la familia.
- Evaluación: si se ha logrado el objetivo del tratamiento, y si hay un clima de confianza entre el equipo de salud, el paciente y la familia.

Recordar siempre que el objetivo de este plan será el de mejorar la calidad de vida.

CAPITULO 3: “SENTIMIENTOS DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA”.

El afrontamiento del dolor y el sufrimiento es una de las tareas más difíciles, impactante y estresante del personal de enfermería, por estar preparados para cuidar, lograr la recuperación o rehabilitación, pero no para la muerte.

El tratar con los moribundos es una tarea muy dura (física y mentalmente) que fácilmente puede arrastrar a una situación que deje emocionalmente vacío, físicamente exhausto y profundamente abrumado al personal de enfermería; esto le genera sentimientos negativos como dolor, miedo, frustración, impaciencia, ira, rechazo, desesperación, culpabilidad y otros, aunque también se pueden generar sentimientos positivos como comprensión, empatía, satisfacción por la tarea realizada, respeto, solidaridad y ayuda, tanto con el paciente como con la familia.

Los sentimientos negativos influyen negativamente en la salud del personal de enfermería, la vulnerabilidad para el síndrome de burnout y la importancia de su autocuidado.

Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir aquellas que necesitan mayor entrega e implicación como el personal de enfermería.

El concepto de síndrome de burnout o también llamado síndrome de agotamiento profesional fue descrito por primera vez en los años 70 por Freudenberger quien lo define como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce la esperada respuesta.

En 1980, Chebrik lo explico como un proceso que se produce en tres estadios:

- El primero, es una situación de estrés, que está caracterizada por demandas a las que el sujeto no puede responder con sus recursos físicos o emocionales habituales.
- El segundo estadio, en el cual se observa un daño con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad.

- Y un tercer estadio, en que las personas intentan enfrentar la situación con diferentes recursos por ejemplo: distancia emocional, aislamiento e inflexibilidad.

En 1982, Maslach y Jackson consideran el agotamiento profesional como una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas que trabajan y que conlleva al aislamiento o deshumanización.

Según Álvarez y Fernández los síntomas asociados al síndrome de burnout se pueden clasificar en cuatro grupos:

1. Psicossomático como:
 - Fatiga crónica.
 - Dolores de cabeza frecuentes.
 - Dolores musculares (espalda y cuello).
 - Problemas de sueño.
 - Hipertensión.
 - Otros.
2. Conductuales:
 - Ausentismo laboral.
 - Aumento de conductas violentas.
 - Comportamiento de alto riesgo.
3. Emocionales:
 - Distanciamiento afectivo.
 - Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
 - Baja autoestima.
 - Deseo de abandonar el trabajo.
 - Ideas suicidas.
4. Defensivos:
 - Negación de las emociones.
 - Atención selectiva (sobre los pacientes).
 - Ironía.
 - Racionalización.
 - Desplazamiento de afectos.

Aparte de estos síntomas que sufre el sujeto, también va a repercutir sobre la familia y la calidad del trabajo. Difícilmente van a desaparecer los efectos del burnout cuando el sujeto termine su jornada y vuelve a su casa. Es frecuente que los sentimientos cínicos y negativos hacia la gente terminen afectando no solo a las personas relacionadas con el trabajo, sino a todo el mundo.

Existen diversas estrategias de afrontamientos adaptativas de carácter individual, social e institucional para el control del estrés;

1. Individual:

- Trabajar mejor en vez de más: significa hacer pequeños cambios que pueden hacer el trabajo menos estresante, más llevadero y más eficiente.
- Cuidarse a si mismo además de a los otros: será imposible que cuidemos de los demás si en primer lugar no nos cuidamos a nosotros mismos.

2. Social:

- La solidaridad de los compañeros: muchas veces un buen soporte puede ser el cónyuge, el resto de la familia o los amigos pero casi siempre va ser más útil la ayuda de los propios compañeros que conocen los problemas y con frecuencia ellos pueden tener o haber tenido sensaciones similares.

3. Institucional:

- La satisfacción en el trabajo y el estrés ocupacional son el resultado de una interacción dinámica entre la persona que lleva a cabo el trabajo y el entorno en que se desempeña.

Estos aspectos permiten reflexionar a los profesionales del cuidado, que deben comenzar por el autocuidado de sí mismo para mantener su salud y poder seguir cuidando.

Porque la enfermera es un ser humano funcional, que como tal no solo actúa sino que también piensa y siente, que sus pensamientos y sentimientos son importantes, y están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace. (Ernestina Wiedenbach).

Enfermería y sus experiencias positivas con pacientes moribundos.

1-“Como enfermera de la unidad de cuidados intensivos, estoy acostumbrada a permanecer bajo la larga sombra del dolor cuando cuido de pacientes moribundos. He llorado con las familias y me ha aterrado ver que algunas de ellas parecen que no sufren esa pérdida. Hasta las muertes que no me conmueven en gran medida llegan a angustiarme, ya que me hacen dudar acerca de mi capacidad de cuidar. El día que me asignaron al cuidado del Sr Celestino (paciente terminal), sin embargo, trate con la muerte como nunca antes lo había hecho...., a pesar que respiraba con dificultad, cuando me presente me lanzo una sonrisa fugaz. Mientras llevaba a cabo sus cuidados matutinos, su mujer su hijo mayor y su hija me apabullaron con preguntas- ¿Cuánto durará? ¿Cree que morirá pronto?- y parecía que deseaban que todo aquello terminara pronto....Les asegure que haría todo lo que pudiera para que él estuviera cómodo y procure mitigar sus temores, como había hecho con otras familias en el pasado. Sin embargo esta vez había algo distinto.

Llámenle sentido innato de enfermera pero sentí la necesidad de estar a solas con él, después pregunte al Sr Celestino como se sentía. Me respondió “Se que me estoy muriendo, pero...”.Al cabo de unos minutos me dijo con voz vacilante pero tranquila: “Gracias por tomarse el tiempo de preguntarme como me siento. Ahora estaré bien, pero me preocupa lo que le sucederá a mi familia cuando yo no esté.” Me acaricio la mano y cerró los ojos” (8).

2-“El profesional de enfermería no está aislado.

En algún momento del desarrollo profesional, todo enfermero se va a enfrentar a una muerte que le va hacer difícil de aceptar. No se deben rechazar nuestras propias necesidades emocionales en momentos como estos; los procesos de duelo no resueltos pueden dar lugar a síntomas de agotamiento como fatiga, insomnio, cefalea y sensación de incompetencia. Muchos hospitales ofrecen cursos y contactos para ayudar a los profesionales, pero en los casos que no estén disponibles se debe estimular al supervisor de enfermería a que realice una sección educativa sobre los aspectos de la muerte y el sufrimiento. La discusión de las experiencias y los sentimientos con los compañeros es útil para superar juntos el proceso de duelo.

Las malas noticias y el sufrimiento por un fallecimiento pueden constituir una parte dolorosa de la profesión de enfermería. El conocimiento del proceso es útil para superar nuestras propias emociones y para ayudar a las familias durante estos dolorosos momentos” (9).

DEFINICIÓN DE TERMINOS

SENTIMIENTOS: Es el resultado de una emoción a través del cual, la persona que es consciente, tiene acceso al estado anímico propio.

EMOCION: Las emociones, son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo.

ENFERMEROS: Persona formada y autorizada para practicar la enfermería, cuya misión es, según la American Nurses Association, el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas sanitarios actuales o potenciales. La práctica de la enfermera consiste en la recogida de datos, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación dentro del marco de su preocupación fundamental por la respuesta del paciente ante el problema, más que del problema en sí. Los profesionales de enfermería, pueden ser generalistas o especialistas, y como profesionales que son, son responsables ética y legalmente de las actividades de enfermería que realizan y de las acciones de aquellas personas en las que hayan delegados una responsabilidad determinada.

PACIENTE TERMINAL: Es aquel que se aplica a personas que sufren una enfermedad, y que se encuentran en la etapa terminal o final de ella, sin esperanzas ni posibilidades de recuperación, ya sea porque no se conoce la cura específica o la condición que se posee o porque no se conoce la cura específica o la condición que se posee o porque el estado avanzado de la enfermedad no permite mejora alguna.

EFICIENCIA: 1-Producción de los resultados deseados, con un mínimo derroche de tiempo y esfuerzo. 2-La cantidad de rendimiento comparada con el esfuerzo consumido.

UIDADOS: Cuidado emocional del paciente moribundo: apoyo compasivo y consciente, ofrecido al paciente terminal y a su familia, para ayudarles a enfrentarse con la muerte inminente.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

- CUANTITATIVO: porque las variables en estudio se pueden medir y analizar.
- Según tipo de ocurrencia de hechos: PROSPECTIVO, porque se registra la información en el momento que ocurren los hechos.
- Según periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL, porque el estudio de variables se realizara en un determinado momento.
- Según análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO, porque se estudian las variables con el propósito de establecer su comportamiento.
- De acuerdo a la finalidad o propósito: APLICADA, porque se busca la solución de un problema.
- De acuerdo a su amplitud: MICROSOCIOLOGICA, porque la población que va a ser estudiada es pequeña.
- De acuerdo a las fuentes: FUENTES PRIMARIAS, porque la información se obtendrá del objeto en estudio.
- Según el lugar: DE CAMPO, se estudia la realidad.

Área de estudio: Hospital Español de Mendoza, pabellón 8 A y 8 B de clínica médica.

Universo: Todos los enfermeros del pabellón 8 A y 8 B del Hospital Español de Mendoza, en un total de 26.

Muestra: No se trabaja con muestra por ser escasa la población.

Unidad de análisis: Cada uno del personal de enfermería de los servicios en estudio.

Método e instrumento de recolección de datos: Encuesta.

Plan de tabulación y análisis: Registrar los datos obtenidos mediante cuadros y gráficos.

VARIABLES

- Variable independiente: Sentimientos de los enfermeros ante pacientes terminales.
- Variable dependiente: Eficiencia de los cuidados.
- Variable teórica (generales): Sentimientos de los enfermeros ante pacientes terminales.
- Intermedias (dimensiones): sentimientos positivos y negativos, son dimensiones de la variable teórica, “sentimientos de los enfermeros ante pacientes terminales”.

Empíricas (indicadores):

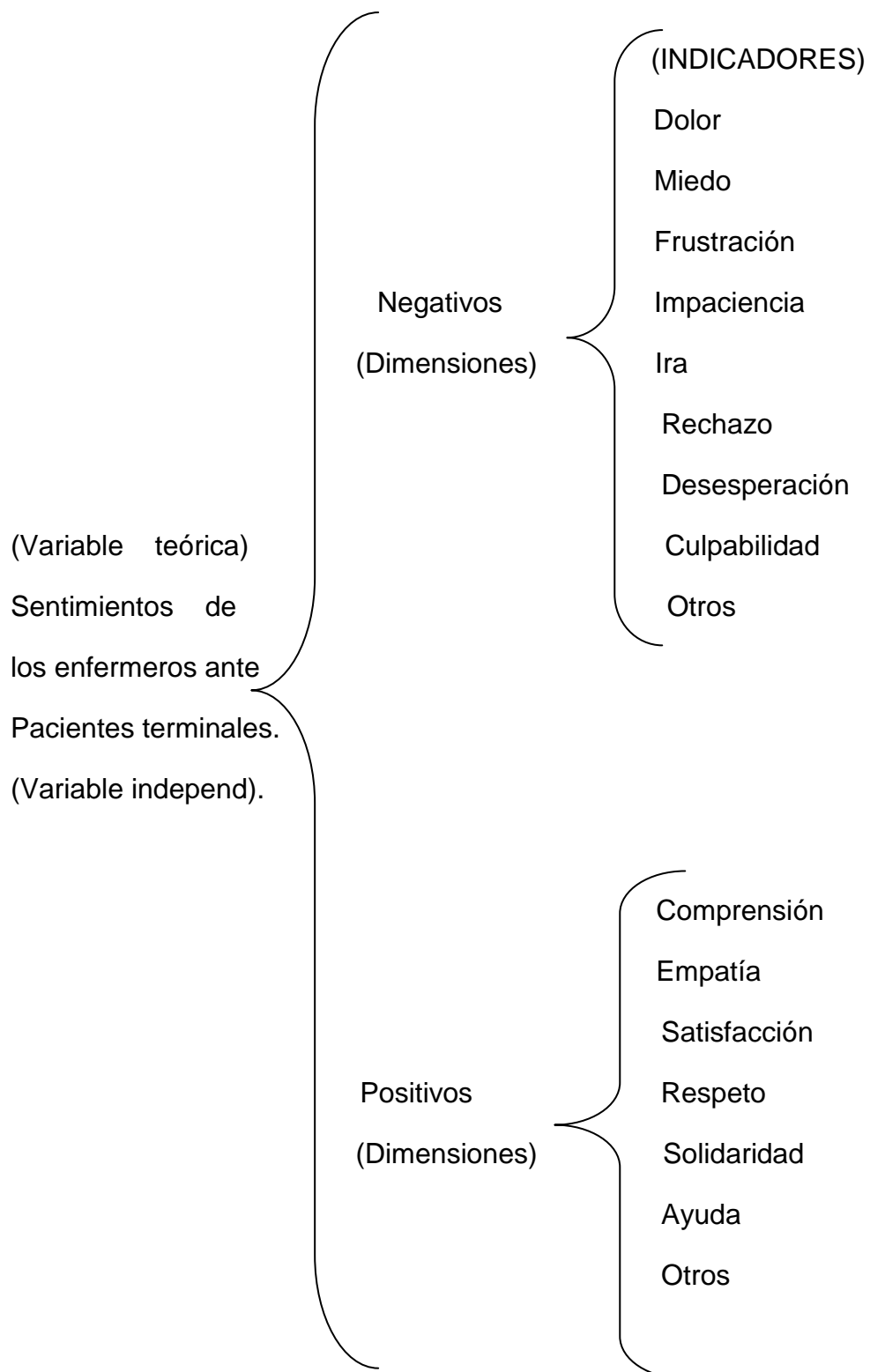
La enfermera ante el cuidado de un paciente terminal o la muerte del mismo, presenta diversos sentimientos, los cuales pueden ser:

Sentimientos negativos: Dolor, miedo, frustración, impaciencia, ira, rechazo, desesperación, culpabilidad, etc.

Sentimientos positivos: Comprensión, empatía, satisfacción, respeto, solidaridad, ayuda, etc.

Estos sentimientos surgen, porque los profesionales de enfermería se sienten moralmente responsable, pero a la vez incapaces de cambiar lo que está sucediendo con el paciente. (Enferm clin. 2007)

Son indicadores de la dimensión “sentimientos positivos y negativos”, de la variable teórica “los sentimientos generados en los enfermeros”.



Personal
de
Enfermería

Edad

20 a 29 años
30a 39 años
40 a 49 años
50 a 59 años

Nivel
de
Formación

Auxiliar de Enfermería
Enfermeros Profesionales
Lic. en Enfermería

Antigüedad
laboral

1 a 10 años
11 a 20 años
21 a 30 años
30 o más

Antigüedad
en el
Servicio

1 a 5 años
6 a 10 años
11 a 15 años
16 a 20 años
21 o más

Capacitación en
cuidado paliativo

SI
No

Sobrecarga laboral
en hs de trabajo

En enfermería
Otros

HIPOTESIS

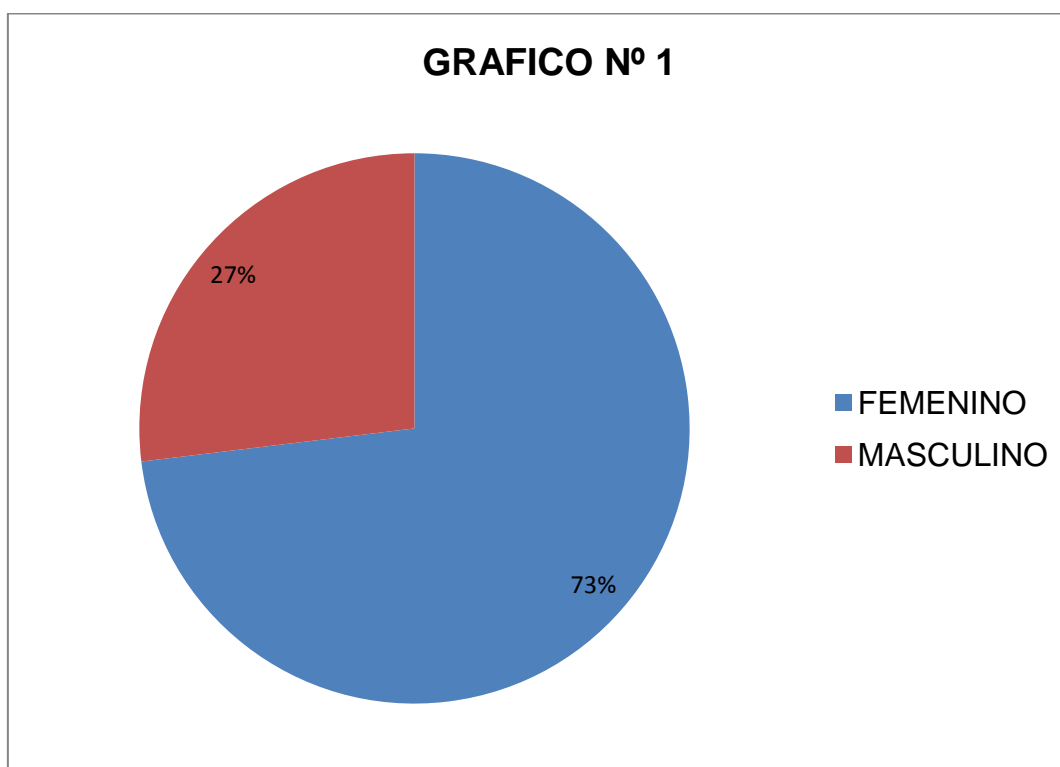
Los sentimientos positivos o negativos, siempre producen distintas actitudes, por lo tanto los sentimientos generados en los enfermeros por los pacientes terminales, interfieren en la eficiencia de los cuidados.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

TABLA N° 1: “SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS PABELLONES 8A Y 8B DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA”, AÑO 2012.

SEXO	FA	FR	FR %
FEMENINO	19	0.730	73%
MASCULINO	7	0.269	27%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

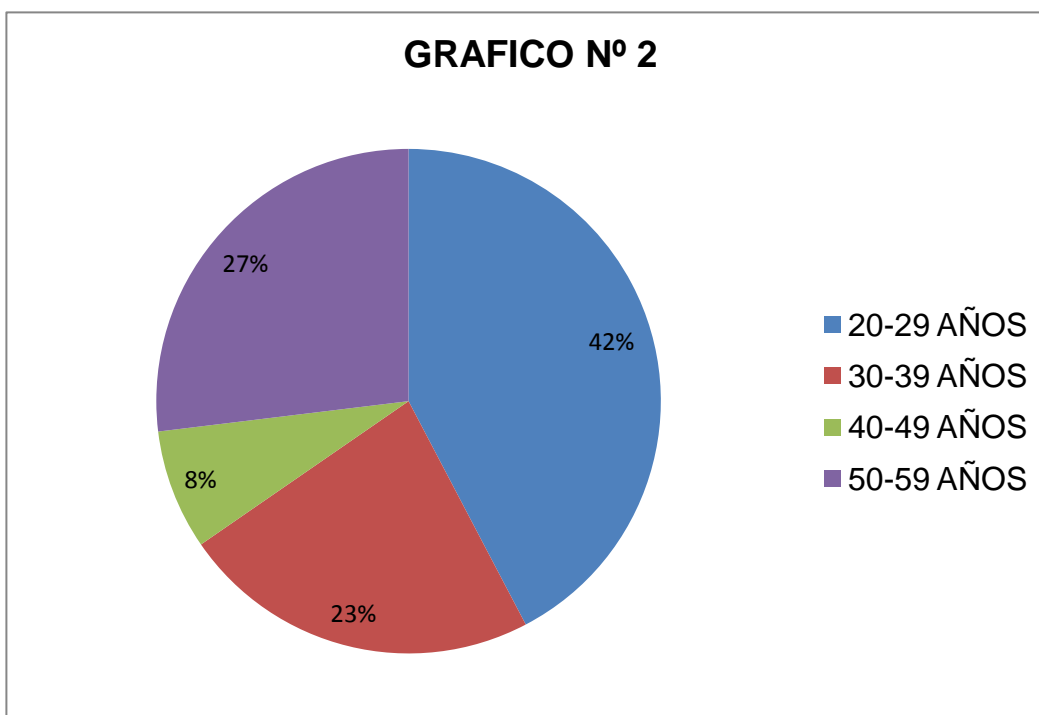


Comentario: Al observar en el grafico la prevalencia de personal de sexo femenino, se supone una mayor sensibilidad de las mismas, al trabajar con pacientes terminales.

TABLA Nº 2: “EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

EDAD	FA	FR	FR%
20-29 AÑOS	11	0.423	42 %
30-39 AÑOS	6	0.230	23 %
40-49 AÑOS	2	0.076	8 %
50-59 AÑOS	7	0.269	27 %
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

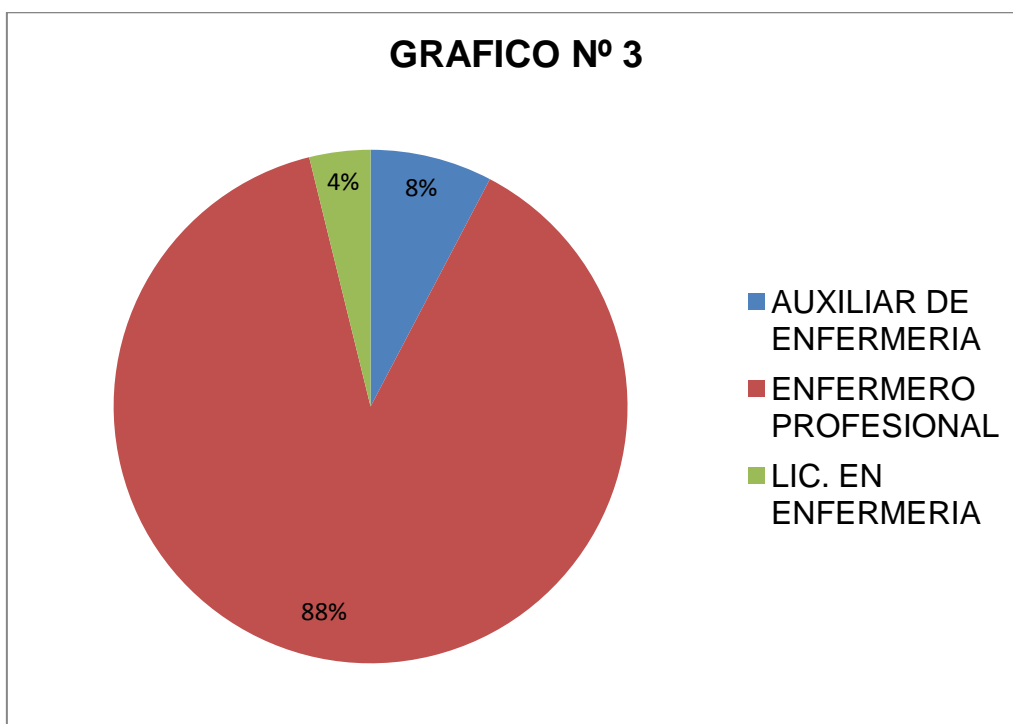


Comentario: Se observa que al prevalecer el grupo de personal joven en ambos pabellones, este podría ser un factor interviniente de importancia en la atención de las necesidades del paciente terminal, ya que tendrían menor experiencia en esta tarea.

TABLA N° 3: “NIVEL DE FORMACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

NIVEL DE FORMACION	FA	FR	FR %
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	0.076	8%
ENFERMERO PROFESIONAL	23	0.88	4%
LIC. EN ENFERMERIA	1	0.038	88%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

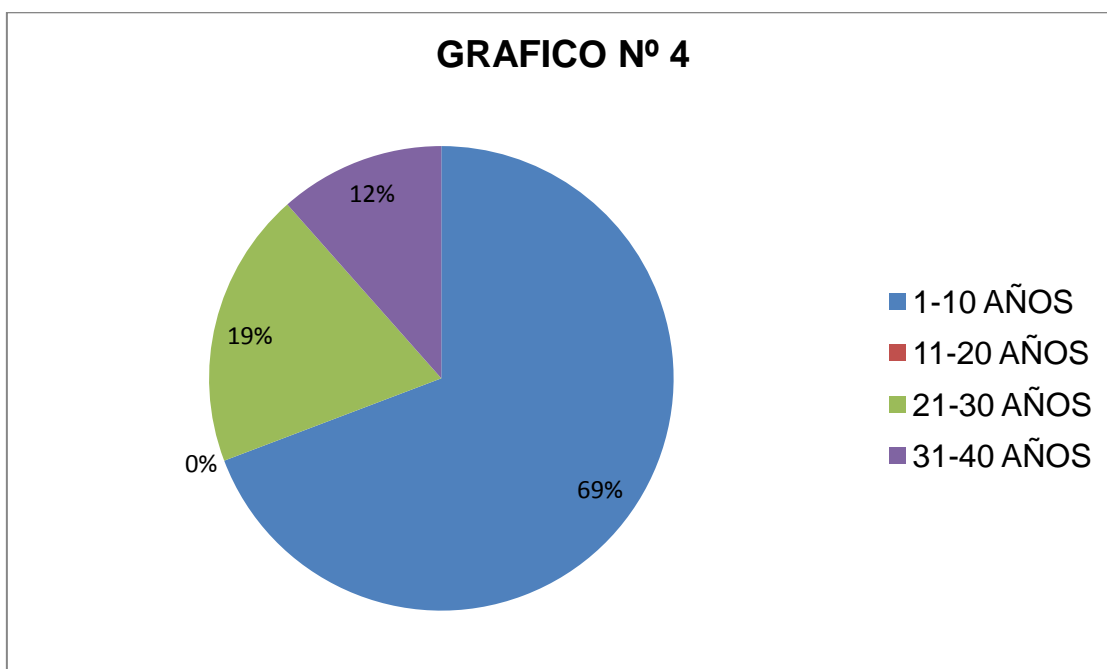


Comentario: El nivel de formación que se destaca es el de Enfermero Profesional. Observando la necesidad de incrementar la cantidad de Licenciados, como así profesionalizar los auxiliares existentes.

TABLA N° 4: “ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

ANTIGÜEDAD LABORAL	FA	FR	FR %
1-10 AÑOS	18	0.692	69%
11-20 AÑOS	0	0	0%
21-30 AÑOS	5	0.192	19%
31-40 AÑOS	3	0.115	12%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B del Hospital Español de Mendoza.

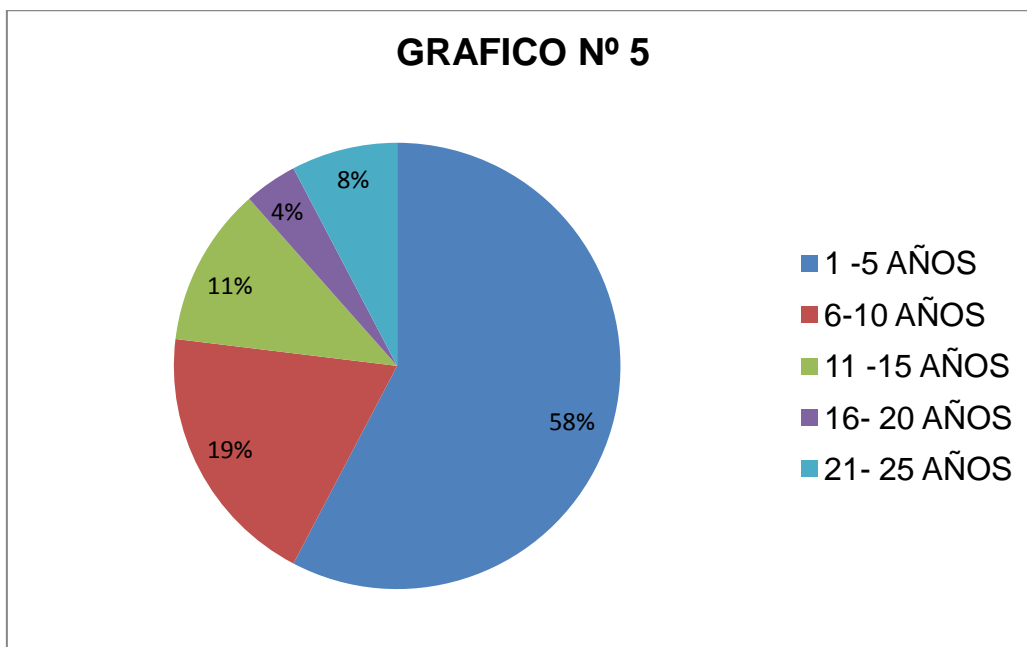


Comentario: Ambos pabellones cuentan con un plantel joven, con una antigüedad laboral menor a 10 años, lo que le permitiría lograr cambios en la formación y estructura del personal.

TABLA N° 5: “ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	FA	FR	FR%
1-5 AÑOS	15	0.576	58%
6-10 AÑOS	5	0.192	19%
11-15 AÑOS	3	0.115	11%
16-20 AÑOS	1	0.038	4%
21-25 AÑOS	2	0.076	8%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

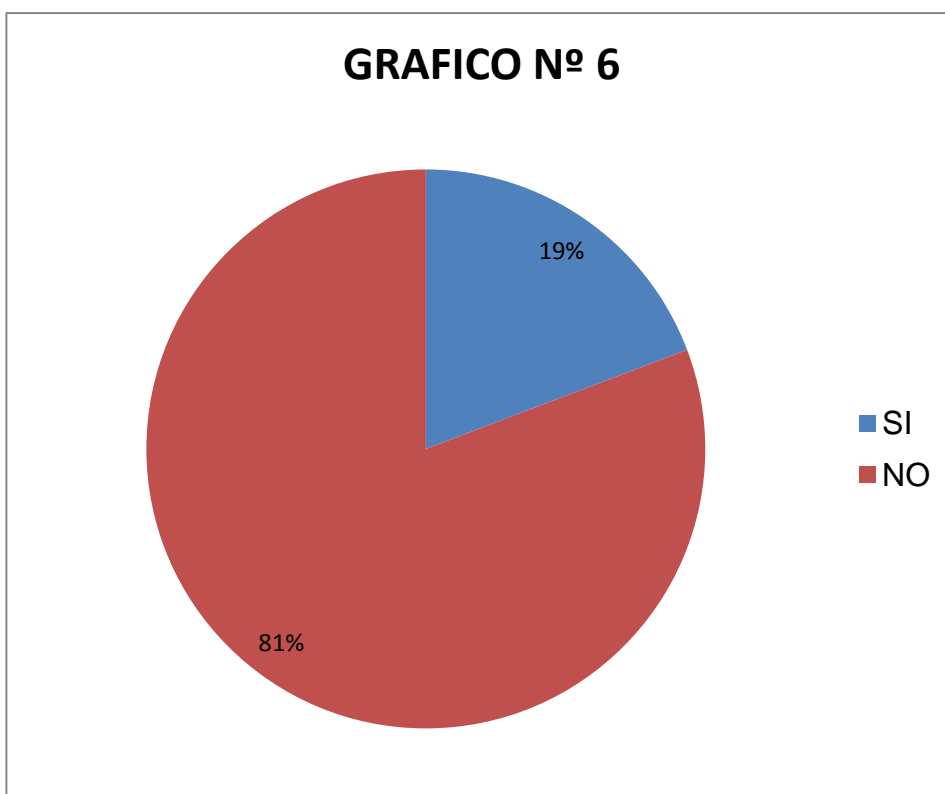


Comentario: Observando que la mayoría del personal de ambos servicios, cuenta con una antigüedad no mayor a 5 años, permite suponer, que aun no lograrían identificar las intervenciones principales del cuidado, en pacientes terminales.

TABLA N° 6: “CAPACITACION EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LAS ENFERMERAS/OS”, AÑO 2012.

CAPAC. EN CUIDADOS PALIATIVOS	FA	FR	FR%
SI	5	0.192	19%
NO	21	0.807	81%
TOTAL	26	1	100%

FUENTES: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

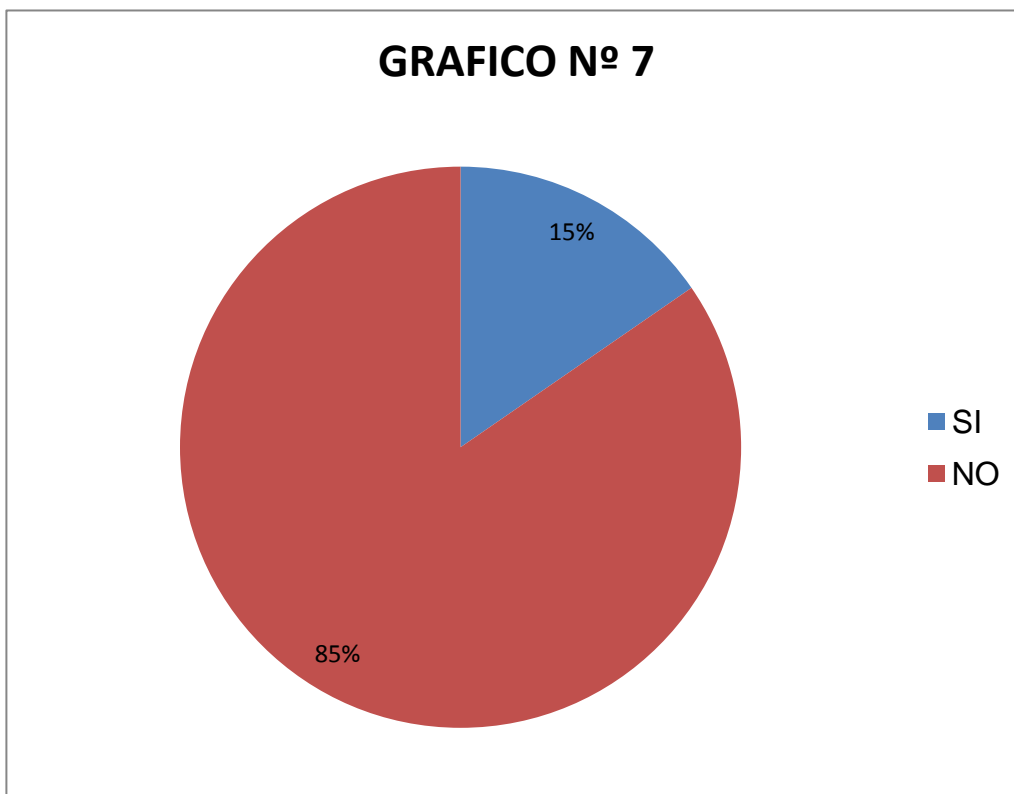


Comentario: La mayoría del personal no cuenta con capacitación en cuidados paliativos, lo ideal sería revertir la situación, para beneficio de estos, los pacientes y la familia.

TABLA N° 7: “DOBLE EMPLEO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

DOBLE EMPLEO	FA	FR	FR%
SI	4	0.153	15%
NO	22	0.846	85%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

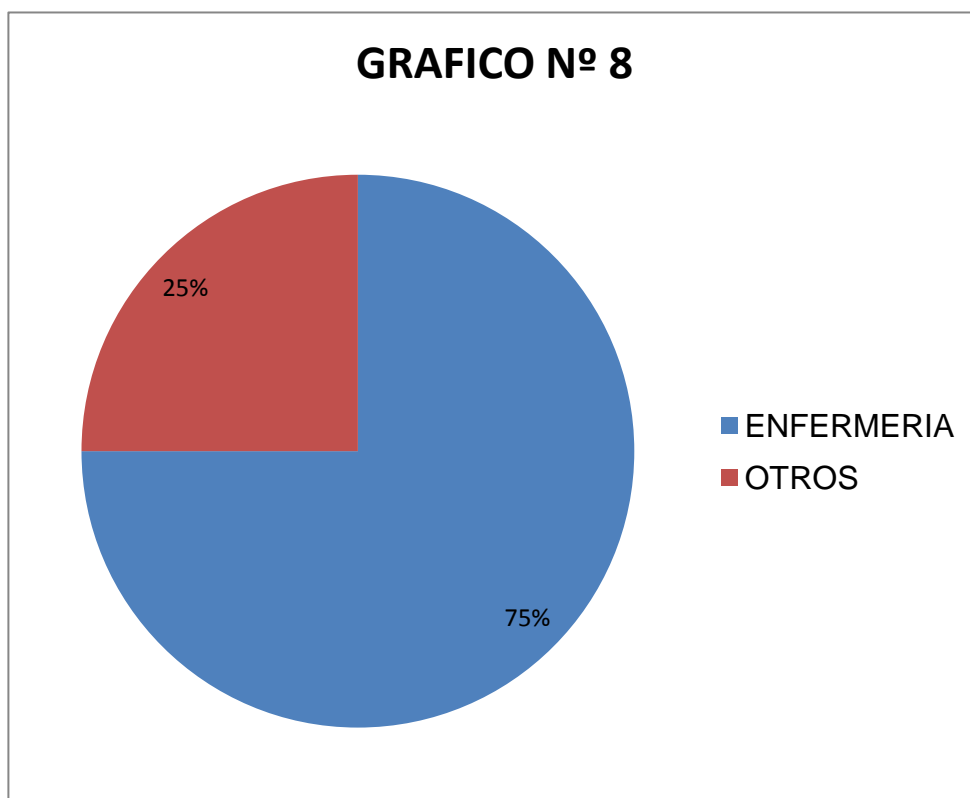


Comentario: Solo el 15% del personal tiene doble empleo, lo que implica contar con enfermeros que se encontrarían con menor estrés y mayor predisposición a capacitarse.

TABLA N° 8: “TIPO DE DOBLE EMPLEO QUE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

TIPO DE EMPLEO	FA	FR	FR%
ENFERMERIA	3	0.75	75%
OTROS	1	0.25	25%
TOTAL	4	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones de 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

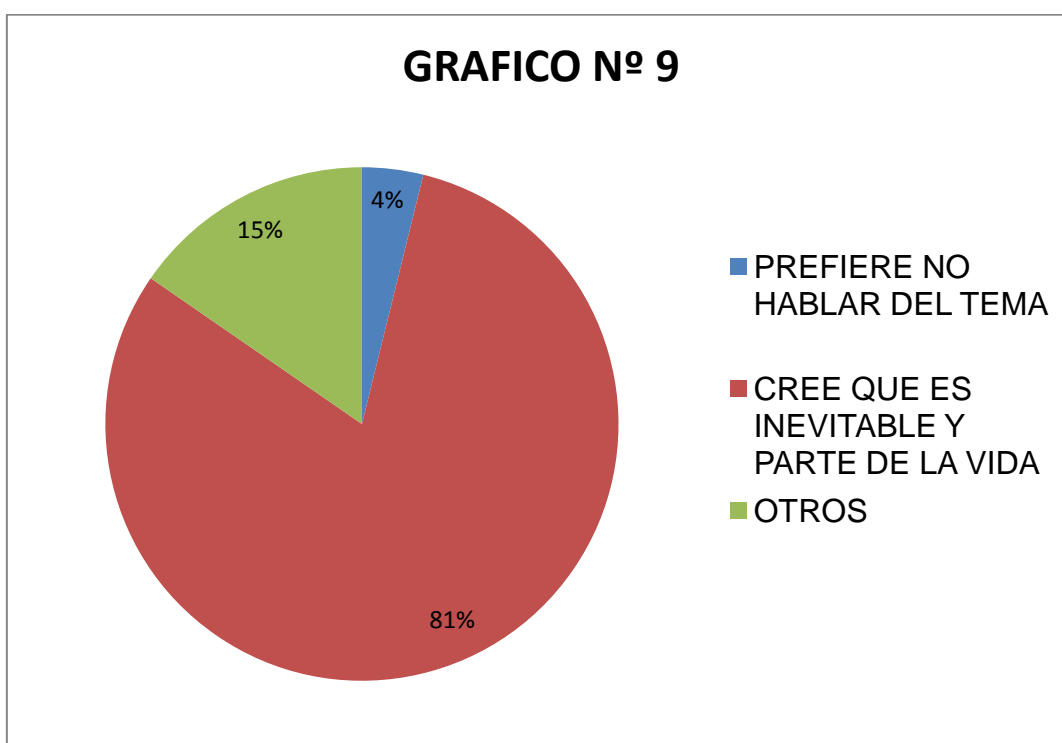


Comentario: Al observar que la mayoría del personal que tiene doble empleo continuo en la actividad de enfermería, tendrían mayor predisposición a presentar fatiga, irritabilidad y falta de concentración (síndrome de Burnout).

TABLA Nº 9: “OPINION QUE SOBRE LA MUERTE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

OPINION SOBRE LA MUERTE	FA	FR	FR%
PREFIERE NO HABLAR DEL TEMA	1	0.038	4%
CREE QUE ES INEVITABLE Y PARTE DE LA VIDA	21	0.807	81%
OTROS	4	0.153	15%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones de 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

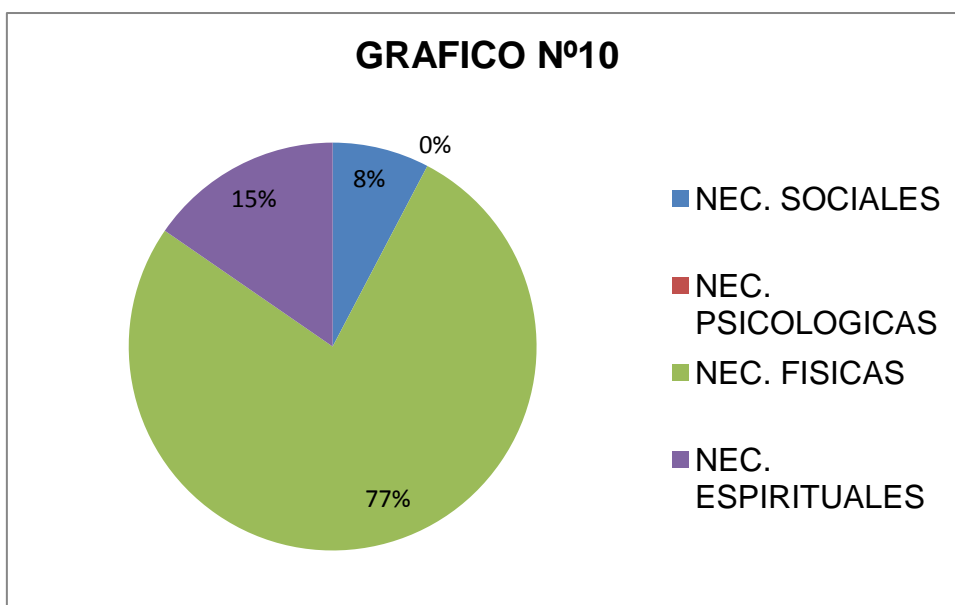


Comentario: Según lo observado, la mayoría del personal encuestado, percibe que la muerte es inevitable y parte de la vida, lo que permitiría que se desenvuelva con mayor naturalidad y eficiencia, en la atención al paciente y la familia.

TABLA N° 10: “PRIORIDAD QUE A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL, LE DA EL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

ORDEN DE PRIORIDAD	NEC. SOCIALES	NEC. PSICOLOGICAS	NEC. FISICAS	NEC. ESPIRITUALES
1	2	0	20	4
2	1	16	4	5
3	7	8	1	10
4	16	2	1	7
TOTAL	26	26	26	26

FUENTE: Encuestas propias realizadas al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

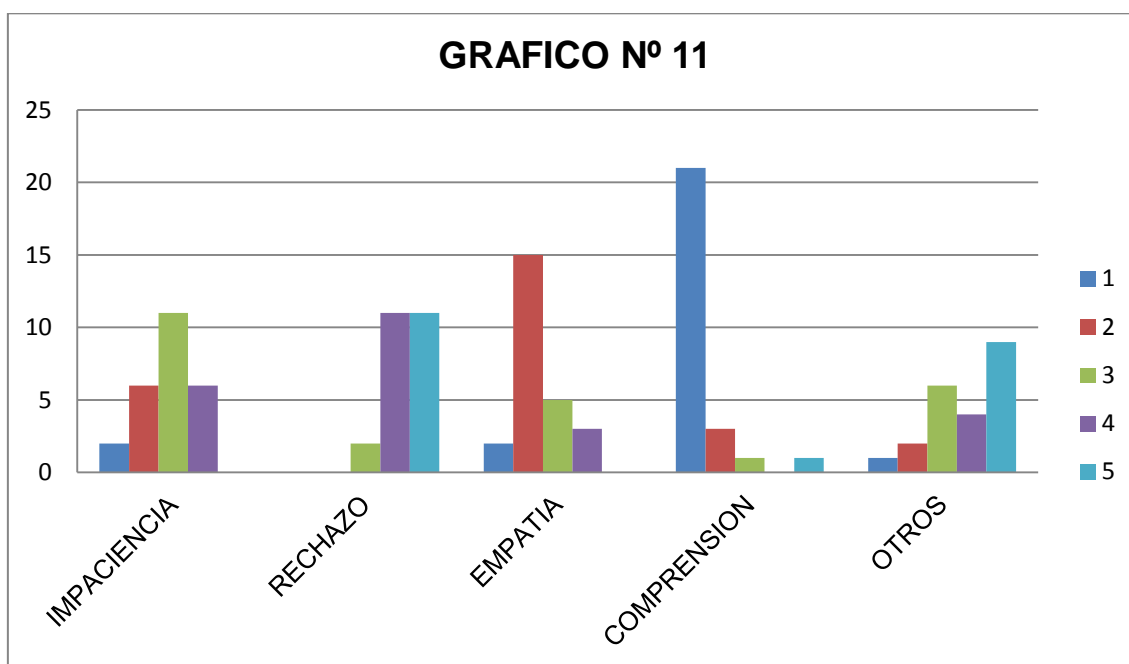


Comentario: La mayoría de los encuestados priorizan las necesidades físicas, las que enfermería satisface habitualmente en todos los pacientes, considerando las demás de menor importancia, quizás por carecer de capacitación en la atención de estos pacientes.

TABLA N° 11: “PRIORIZACION DE LOS SENTIMIENTOS QUE EXPRESA EL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A REACCIONES DEL PACIENTE”, AÑO 2012.

ORDEN DE PRIORIDAD	IMPACIENCIA	RECHAZO	EMPATIA	COMPRESION	OTROS
1	2	0	2	21	1
2	6	0	15	3	2
3	11	2	5	1	6
4	6	11	3	0	4
5	0	11	0	1	9

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.



Comentario: Frente a las reacciones del paciente, los sentimientos positivos, como la comprensión y la empatía, han sido priorizados aunque se conjugan con sentimientos negativos como la impaciencia y el rechazo, demostrando así la humanidad de la enfermera

TABLA Nº 12: “ORDEN DE PRIORIDAD DE LOS SENTIMIENTOS QUE LE PRODUCE AL PERSONAL DE ENFERMERIA, EL PACIENTE EN SU ETAPA TERMINAL”, AÑO 2012.

ORDEN DE PRIORIDAD	DOLOR	FRUSTRACION	RECHAZO	CULPABILIDAD	EMPATIA	RESPECTO	SOLIDARIDAD	MIEDO	AYUDA	OTROS
1	4	2	0	0	3	14	2	0	1	0
2	3	3	0	0	1	3	7	0	7	1
3	2	1	0	1	3	4	8	0	5	1
4	4	1	0	0	6	2	3	1	5	2
5	5	3	1	1	4	3	2	2	1	2
6	3	6	1	5	2	0	1	4	1	1
7	1	5	2	3	2	0	1	4	1	4
8	0	2	7	4	2	0	0	3	3	2
9	2	1	5	5	2	0	0	6	1	0
10	0	0	6	4	0	0	0	3	0	7

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

Comentario: Se observa que en los sentimientos que expresan los enfermeros ante la etapa final del paciente terminal, priorizan el respeto, aunque dolor, frustración y hasta rechazo, son fuertes sentimientos que le permitirán afrontar esta situación.

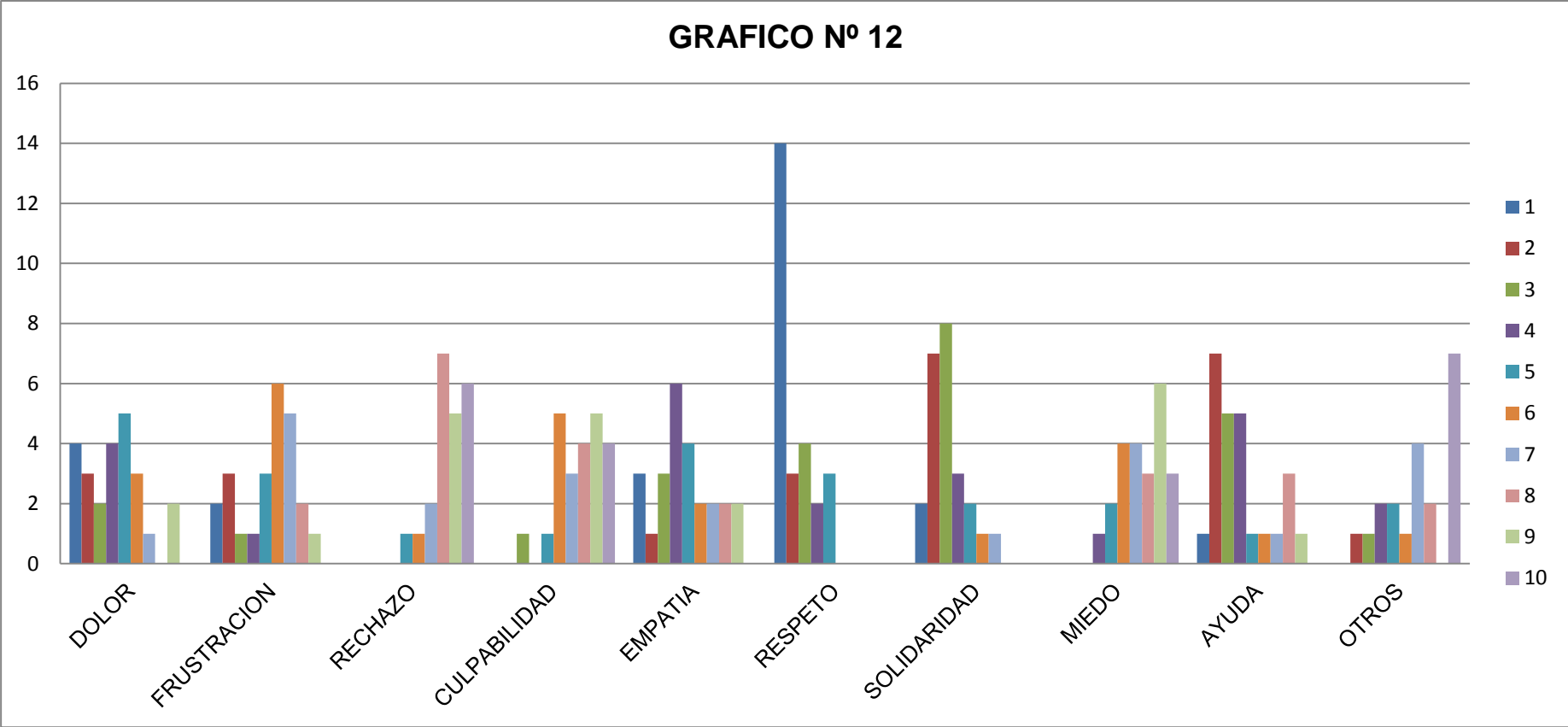
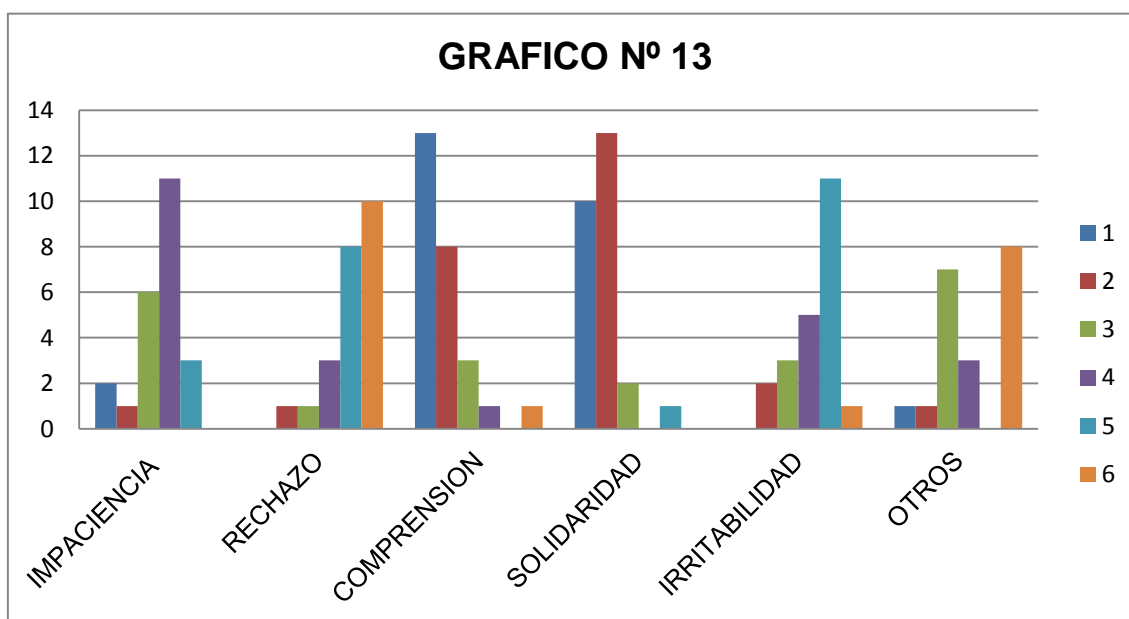


TABLA N° 13: “SENTIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA FRENTE A LAS ACTITUDES DE LA FAMILIA”, AÑO 2012.

ORDEN DE PRIORIDAD	IMPACIENCIA	RECHAZO	COMPRESION	SOLIDARIDAD	IRRITABILIDAD	OTROS
1	2	0	13	10	0	1
2	1	1	8	13	2	1
3	6	1	3	2	3	7
4	11	3	1	0	5	3
5	3	8	0	1	11	0
6	0	10	1	0	1	8

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

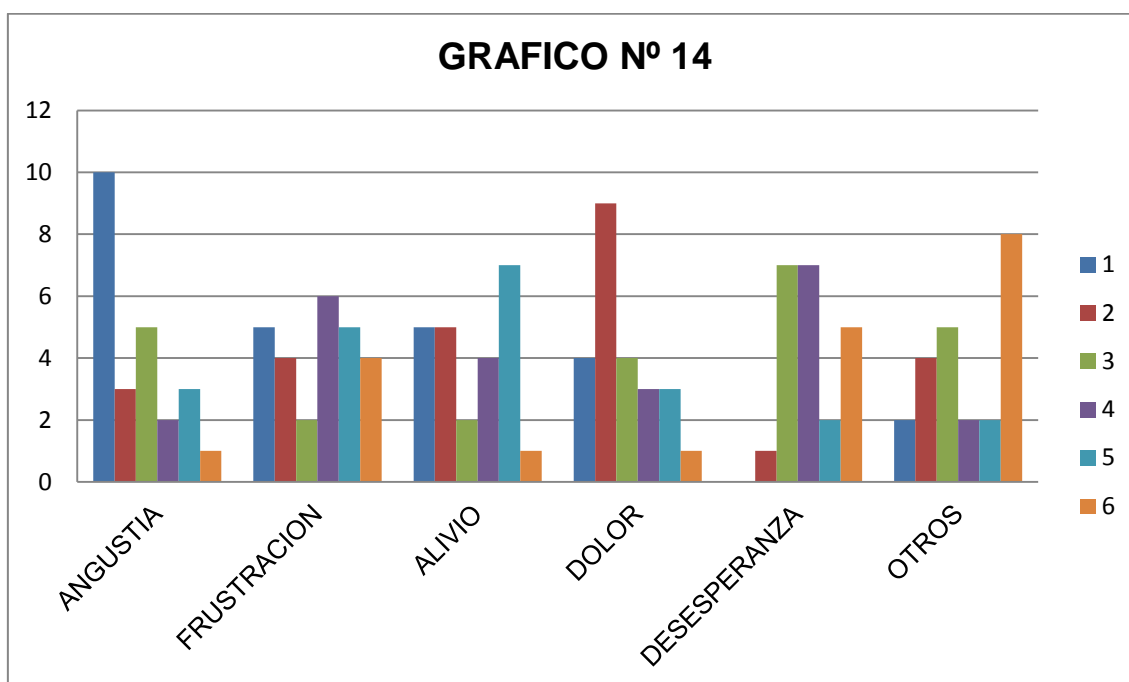


Comentario: Frente a las actitudes de la familia, el personal de enfermería prioriza sentimientos positivos, como comprensión y solidaridad, también negativos, como la impaciencia y la irritabilidad, que ayudarían o dificultarían el contacto y la relación enfermera-familia.

TABLA Nº 14: “SENTIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE”, AÑO 2012.

ORDEN DE PRIORIDAD	ANGUSTIA	FRUSTRACION	ALIVIO	DOLOR	DESESPERANZA	OTROS
1	10	5	5	4	0	2
2	3	4	5	9	1	4
3	5	2	2	4	7	5
4	2	6	4	3	7	2
5	3	5	7	3	2	2
6	1	4	1	1	5	8

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

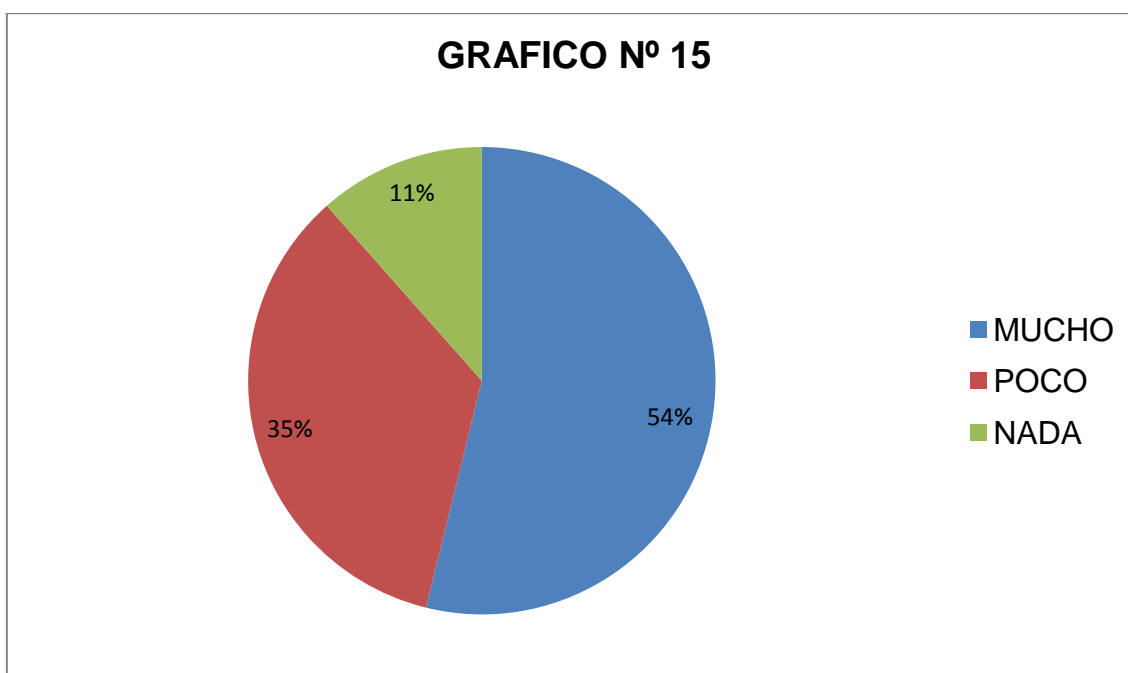


Comentario: Ante el fallecimiento del paciente, el enfermero presenta sentimientos encontrados, como el alivio y dolor, que le permitirán afrontar la situación como persona que piensa y siente.

TABLA Nº 15: “EN QUE MEDIDA INTERFIEREN LOS SENTIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS CUIDADOS QUE BRINDA A LOS PACIENTES TERMINALES”, AÑO 2012.

CUANTO INTERFIEREN LOS SENTIMIENTOS EN LOS CUIDADOS	FA	FR	FR%
MUCHO	14	0.538	54%
POCO	9	0.346	35%
NADA	3	0.115	11%
TOTAL	26	1	100%

FUENTE: Encuesta propia al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.



Comentario: Según la opinión de los encuestados, los sentimientos influyen en gran medida en los cuidados que se brindan, ya que son importantes, no solo en lo que se hace sino también en cómo se hace.

TABLAS BIVARIADAS

TABLA N° 16: “OPINION QUE SOBRE LA MUERTE TIENE EL PERSONAL DE ENFERMERIA, DESDE LA ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO”, AÑO 2012.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	OPINION SOBRE LA MUERTE			TOTAL
	NO HABLAR DEL TEMA	INEVITABLE Y PARTE DE LA VIDA	OTROS	
1-5 AÑOS	1	12	2	15
6-10 AÑOS	0	5	0	5
11-15 AÑOS	0	2	1	3
16-20 AÑOS	0	1	0	1
21 O MAS	0	1	1	2
TOTAL	1	21	4	26

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO	OPINION SOBRE LA MUERTE			TOTAL
	NO HABLAR DEL TEMA	INEVITABLE Y PARTE DE LA VIDA	OTROS	
1-5 AÑOS	4%	46%	7%	57%
6-10 AÑOS	0	19 %	0	19%
11-15 AÑOS	0	8%	4%	12%
16-20 AÑOS	0	4%	0	4%
21 O MAS	0	4%	4%	8%
TOTAL	4%	81%	15%	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

COMENTARIO: Se observa que hay menor antigüedad en el servicio, la opinión sobre la muerte es que es inevitable y parte de la vida, en su gran mayoría, y a mayor antigüedad es inversa. Lo que hace suponer que esto los ayuda accionar en la forma que creen más adecuada, frente a la situación del paciente.

TABLA Nº 17: “CAPACITACION EN CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERIA, SEGÚN EL NIVEL DE FORMACION”, AÑO 2012.

NIVEL DE FORMACION	CAPACITACION EN CUIDADOS PALIATIVOS		TOTAL
	SI	NO	
AUXILIAR EN ENFERMERIA	0	2	2
ENFERMERO PROFESIONAL	5	18	23
LICENCIADO EN ENFERMERIA	0	1	1
TOTAL	5	21	26

NIVEL DE FORMACION	CAPACITACION EN CUIDADOS PALIATIVOS		TOTAL
	SI	NO	
AUXILIAR EN ENFERMERIA	0%	8%	8%
ENFERMERO PROFESIONAL	19%	69%	88%
LICENCIADO EN ENFERMERIA	0	4%	4%
TOTAL	19%	81%	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

COMENTARIO: Se observa que solamente un mínimo porcentaje de enfermeros profesionales tienen capacitación formal en cuidados paliativos, mientras que la mayoría, así como los auxiliares y licenciados no la tienen. Probablemente por falta de oportunidad o incentivo.

TABLA Nº 18: “PRIORIZACION DE LOS SENTIMIENTOS QUE EXPRESA EL PERSONAL DE ENFERMERIA, FRENTE A REACCIONES DEL PACIENTE, SEGÚN LA ANTIGÜEDAD LABORAL”, AÑO 2012.

ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL	PRIORIZACION DE LOS SENTIMIENTOS QUE EXPRESA EL PERSONAL DE ENFERMERIA, FRENTE A REACCIONES DEL PACIENTE					TOTAL
	IMPACIENCIA	RECHAZO	EMPATIA	COMPRESION	OTROS	
1-10 AÑOS	1	0	1	15	1	18
11-20 AÑOS	0	0	0	0	0	0
21-30 AÑOS	1	0	1	3	0	5
31-40 AÑOS	0	0	0	3	0	3
TOTAL	2	0	2	21	1	26

ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL	PRIORIZACION DE LOS SENTIMIENTOS QUE EXPRESA EL PERSONAL DE ENFERMERIA, FRENTE A REACCIONES DEL PACIENTE					TOTAL
	IMPACIENCIA	RECHAZO	EMPATIA	COMPRESION	OTROS	
1-10 AÑOS	4%	0	4%	58%	4%	70%
11-20 AÑOS	0	0	0	0	0	0
21-30 AÑOS	4%	0	4%	11%	0	19%
31-40 AÑOS	0	0	0	11%	0	11%
TOTAL	8%	0	8%	80%	4%	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

COMENTARIO: El personal con menor antigüedad laboral prioriza sentimientos positivos, como lo son la comprensión en primer lugar, seguido por una conjunción de sentimientos positivos y negativos como lo es la empatía e impaciencia en segundo lugar, lo que probablemente les ayude en su accionar diario.

TABLA N° 19: “PRIORIDAD QUE A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL, LE DA EL PERSONAL DE ENFERMERIA, SEGÚN LA ANTIGÜEDAD LABORAL”, AÑO 2012.

ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL	PRIORIDAD QUE A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL, LE DA EL PERSONAL DE ENFERMERIA				TOTAL
	NEC. SOCIALES	NEC. PSICOLOGICAS	NEC. FISICAS	NEC. ESPIRITUALES	
1-10 AÑOS	1	0	15	2	18
11-20 AÑOS	0	0	0	0	0
21-30 AÑOS	1	0	2	2	5
31-40 AÑOS	0	0	3	0	3
TOTAL	2	0	20	4	26

ANTIGÜEDAD LABORAL DEL PERSONAL	PRIORIDAD QUE A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE TERMINAL, LE DA EL PERSONAL DE ENFERMERIA				TOTAL
	NEC. SOCIALES	NEC. PSICOLOGICAS	NEC. FISICAS	NEC. ESPIRITUALES	
1-10 AÑOS	4%	0	58%	7%	69%
11-20 AÑOS	0	0	0	0	0
21-30 AÑOS	4%	0	7%	7%	18%
31-40 AÑOS	0	0	12%	0	12%
TOTAL	8%	0	77	14	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

COMENTARIO: El personal de menor antigüedad laboral prioriza ampliamente las necesidades físicas, considerando las espirituales y sociales respectivamente, de menor importancia. El personal de mayor antigüedad laboral, solamente considera las necesidades físicas.

En ambos casos no tienen presente las necesidades psicológicas, probablemente los primeros por falta de experiencia y capacitación, y los segundos además, por la rutina que los llevaría a la apatía en su accionar diario.

TABLA Nº 20: “EN QUE MEDIDA INTERFIEREN LOS SENTIMIENTOS DEL ENFERMERO, EN LOS CUIDADOS QUE BRINDA AL PACIENTE TERMINAL, SEGÚN LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA”, AÑO 2012.

EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	EN QUE MEDIDA INTERFIEREN LOS SENTIMIENTOS DEL PERSONAL, EN LOS CUIDADOS QUE BRINDA AL PACIENTE TERMINAL			TOTAL
	MUCHO	POCO	NADA	
20-29 AÑOS	4	5	2	11
30-39 AÑOS	2	2	2	6
40-49 AÑOS	1	1	0	2
50-59 AÑOS	6	1	0	7
TOTAL	13	9	4	26

EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	EN QUE MEDIDA INTERFIEREN LOS SENTIMIENTOS DEL PERSONAL, EN LOS CUIDADOS QUE BRINDA AL PACIENTE TERMINAL			TOTAL
	MUCHO	POCO	NADA	
20-29 AÑOS	16%	19%	7%	42%
30-39 AÑOS	7%	7%	7%	21%
40-49 AÑOS	4%	4%	0	8%
50-59 AÑOS	24%	4%	0	28%
TOTAL	51%	34%	14%	100%

FUENTE: Encuesta propia realizada al personal de enfermería de los pabellones 8A y 8B, del Hospital Español de Mendoza.

COMENTARIO: Se observa que el personal de mayor edad, los sentimientos interfieren en los cuidados en gran medida, mientras que en las de menor edad, existe una paridad de opinión respecto a la medida en que los mismos interfieren. Estos lleva a suponer que a mayor edad, existiría una mayor sensibilidad del personal.

CONCLUSION

Este estudio permite confirmar la hipótesis inicial, los sentimientos positivos o negativos, generados en los enfermeros por los pacientes terminales, interfieren en la eficiencia de los cuidados.

Esto se interpreta a través de los datos obtenidos, en las encuestas realizadas se observa que:

- Prevalece personal de enfermería joven, con una antigüedad laboral menor a 10 años, lo que permite suponer que aun no lograrían identificar las intervenciones principales del cuidado al paciente terminal.
- La mayoría del personal encuestado no posee capacitación formal en cuidados paliativos, lo que los lleva a priorizar las necesidades físicas (las que enfermería satisface habitualmente), y considerar las demás de menor importancia.
- Algunos enfermeros no reconocieron los sentimientos propuestos, como propios, e inclusive hicieron comentarios al respecto, notándose que se sienten mediadores entre el sistema de salud, el paciente y su familia.
- Entre las reacciones del paciente terminal y su familia, se conjugan sentimientos negativos como positivos, demostrando así la humanidad del personal de enfermería.
- Ante el fallecimiento del paciente, el enfermero presenta sentimientos encontrados, que le permiten afrontar la situación y mostrarse como persona.
- Los sentimientos positivos como negativos influyen en gran medida, en las acciones que se realizan, y por lo tanto en la relación enfermero-paciente-familia.

Lo que pretendemos con este estudio es invitar a la reflexión, personal o grupal, para favorecer los sentimientos positivos en los profesionales de enfermería, frente al cuidado de enfermos terminales.

PROPUESTAS

De acuerdo a la conclusión obtenida, se puede proponer:

- Capacitar al personal de enfermería sobre los cuidados paliativos, aprovechando que prevalece el grupo etareo joven, y se supone mayor predisposición para adquirir nuevos conocimientos.
- Que el grupo de profesionales de enfermería, se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, mediante reuniones grupales, que permitan ser escuchados al expresar sus sentimientos, y contar con apoyo institucional, a través de profesionales en salud mental, que permite disminuir el nivel de estrés, que provoca la atención a pacientes terminales.

BIBLIOGRAFIA

Rev. Cubana Enfermería, artículos originales, Instituto Nacional de Oncología Radiología, "Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal" 2005.

Rev. Enfermería Global, "Enfermería y el paciente terminal", nº16, junio 2009.

(1) Fundación Alberto J. Roemmers, "Enfermería en Cuidados Paliativos", Buenos Aires, 1998.

(2) Fundación Alberto J. Roemmers, "Enfermería en Cuidados Paliativos", Buenos Aires, 1998.

(3) Dr. Profesor, Raúl Padrón Chacón, " El paciente en estado terminal", Revista Bioética, edición mayo-agosto 2008.

Sheila A. Sorrentino y Bernie Gorek "Fundamentos de enfermería practica", 2º edición. Ediciones Harcourt, S.A, 2002 edición en español.

Eulalia López Imedio, "Enfermería en cuidados paliativos"; Editorial Medica Panamericana, Impreso en España, abril 1998.

(4) Fundación Alberto J. Roemmers "Enfermería en cuidados Paliativos", Buenos Aires, 1998.

(5) Dr. Eduardo Bruera y colaboradores "Enfermería en cuidados paliativo", Medicina paliativa-conceptos.

Dr. Gustavo de Simone, Dra. Vilma Tripodoro "Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas". Pallium Latinoamericana, Primera edición, Buenos Aires, julio 2004.

Fundación Alberto Roemmers, "La Enfermería En Cuidados Intensivos", Editado en Bs As, año 2000.

Revista Enfermería Global, "Enfermería y el paciente en situación terminal", nº 16, junio 2009.

Lydia Feíto Grande, "Ética profesional de la enfermería, filosofía de la enfermería como ética del cuidado", PPC, editorial y distribuidora, SA.

Dugas, “Tratado de Enfermería Practica”, cuarta edición revisada. Cap. 5 “Practica de la enfermería”.

Luis Rodrigo, M.T.Y Cols “De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el s.XXI” Edición Massson. Barcelona. 1998.

www.icn.ch/spanish.htm

(6) Marriner – Tomey “Modelos y teorías en enfermería”, Editado por Harcourt Brace 1994.

(7) Pilar Antón Almenara, “Enfermería Ética y Legislación”, serie manuales de enfermería. Masson-Salvat Enfermería.

Marcos Gómez Sancho, “Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales”, editado en Las Palmas de Gran Canarias en 1994.

Revista Cubana de Enfermería, artículo “Cuidarse para no morir cuidando”, v.23 n.1, ciudad de la Habana 2007.

Rev. Enferm Inst Mex Seguro Social 2010; 18: 15-21-

Rev. Enferm Inst Mex Seguro Social 2009; 17: 1-2.

(8) Rev. Nursing abril 2001, edición española.

(9) Rev. Nursing noviembre 2003, edición española.

Wikipedia, la enciclopedia libre.

Diccionario Mosby

ANEXOS

ENCUESTA.

La presente encuesta es anónima y representa parte de un trabajo de investigación, para que las autoras realicen su graduación como Lic. En Enfermería.

1. Sexo: F Edad:
M

2. Nivel de formación:

- Auxiliar de Enfermería.
 Enfermera/o Profesional.
 Licenciado en Enfermería

3. Antigüedad laboral.

- 1 a 10 años.
 11 a 20 años.
 21 a 30 años.
 30 o más.

4. Antigüedad en el servicio.

- 1 a 5 años.
 6 a 10 años.
 11 a 15 años.
 16 a 20 años.
 21 o más.

5. ¿Usted posee capacitación en cuidado paliativo?

- Si No

6. ¿Usted tiene doble empleo?

- Si No

Si la respuesta es **sí**, indique si es en:

- Enfermería Otros

7. ¿Qué opinión tiene usted sobre la muerte?

- Prefiere no hablar del tema.
- Cree que es inevitable y parte de la vida.
- Otros.

8. Según su conocimiento, entre las siguientes necesidades del paciente terminal, ¿cuales priorizaría? **Enumere del 1 al 4.**

- Necesidades Sociales.
- Necesidades Psicológicas.
- Necesidades Físicas.
- Necesidades Espirituales.

9. ¿Qué siente usted cuando el paciente expresa reacciones emocionales de ira o cólera? **Enumere del 1 al 5.**

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Impaciencia | <input type="checkbox"/> Comprensión |
| <input type="checkbox"/> Rechazo | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Empatía | |

10. ¿Cuándo el paciente se encuentra en su etapa final, que sentimientos le produce? **Enumere del 1 al 10.**

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Respeto |
| <input type="checkbox"/> Frustración | <input type="checkbox"/> Solidaridad |
| <input type="checkbox"/> Rechazo | <input type="checkbox"/> Miedo |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Ayuda |
| <input type="checkbox"/> Empatía | <input type="checkbox"/> Otros. |

11. Ante las actitudes de la familia, ¿cuáles son sus sentimientos? **Enumere del 1 al 6.**

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Impaciencia | <input type="checkbox"/> Solidaridad |
| <input type="checkbox"/> Rechazo | <input type="checkbox"/> Irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Comprensión | <input type="checkbox"/> Otros |

12. ¿Cuándo el paciente fallece, que siente usted? **Enumere del 1 al 6.**

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angustia | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Frustración | <input type="checkbox"/> Desesperanza |
| <input type="checkbox"/> Alivio | <input type="checkbox"/> Otros |

13. ¿Cree usted que sus sentimientos interfieren en los cuidados que brinda?

- Mucho
- Poco
- Nada

Nº DE ENC	9					10										11					
	IM	RE	EM	COM	OTR	DO	FRU	REC	CUL	EM	RES	SOL	MIE	AYU	OTR	IMP	REC	COM	SOL	IRR	OTR
1	3	4	2	1	5	9	8	7	6	1	5	4	10	3	2	5	6	1	2	4	3
2	4	5	2	1	3	6	1	10	9	4	5	2	7	3	8	4	6	1	2	5	3
3	2	4	3	1	5	2	6	8	7	5	1	3	9	4	10	1	5	2	3	4	6
4	2	4	3	1	5	4	5	8	6	7	2	3	9	1	10	4	5	2	1	0	0
5	2	5	3	1	4	4	5	10	9	3	1	2	7	6	8	2	6	3	1	5	4
6	3	4	2	1	5	1	7	9	8	6	4	3	5	2	10	3	4	1	2	5	6
7	2	4	1	3	5	2	6	5	7	4	1	3	9	8	10	3	5	2	1	4	6
8	3	5	2	1	4	1	7	8	9	4	3	5	6	2	10	1	2	4	5	3	6
9	4	3	2	1	5	5	6	9	8	1	3	2	10	4	7	3	4	1	2	5	6
10	0	0	0	1	2	0	0	0	10	3	1	2	0	0	0	0	0	1	2	0	0
11	1	5	3	2	4	2	6	0	0	5	4	1	8	3	7	4	3	1	2	5	6
12	3	5	4	2	1	9	6	7	10	8	1	2	5	4	3	4	6	3	2	5	1
13	3	4	2	1	5	5	9	8	7	1	2	3	6	4	10	4	5	1	2	3	6
14	4	5	2	1	3	6	1	10	9	4	2	3	8	7	5	4	6	1	2	5	3
15	3	4	2	1	5	5	7	8	9	6	3	1	10	2	4	4	5	2	1	3	6
16	4	5	1	2	3	5	6	0	0	4	1	2	0	3	0	0	0	2	1	0	0
17	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	1	0	0
18	1	4	2	5	3	7	3	8	10	9	1	2	6	5	4	4	5	6	1	2	3
19	3	5	2	1	4	5	7	10	8	2	1	3	9	4	6	4	6	2	1	5	3
20	3	4	2	1	5	1	2	8	6	5	3	4	7	9	10	3	5	1	2	4	6
21	2	4	3	1	0	4	5	9	6	7	1	2	8	3	0	5	4	1	2	6	0
22	3	5	4	1	2	1	2	10	3	9	5	6	4	8	7	5	6	1	3	2	4
23	2	3	4	1	0	3	4	9	6	8	1	5	7	2	0	3	5	1	2	4	0
24	4	5	2	1	3	4	8	9	10	5	1	3	6	2	7	4	6	2	1	5	3
25	3	4	2	1	5	3	2	6	5	4	1	7	9	8	10	3	6	1	2	5	4
26	4	5	2	1	3	6	7	10	8	3	1	4	9	2	5	4	6	3	1	5	2

Nº DE ENC	12						13		
	ANG	FRU	ALI	DOL	DESES	OTR	MUCHO	POCO	NADA
1	3	4	2	6	5	1			X
2	5	1	4	2	6	3	X		
3	1	5	2	3	4	6	X		
4	1	6	5	4	3	2	X		
5	1	2	3	4	6	5		X	
6	2	5	1	3	4	6		X	
7	3	5	1	2	4	6			X
8	2	5	3	1	4	6			X
9	3	4	1	2	5	6	X		
10	0	1	0	0	0	2	X		
11	0	3	1	2	0	4	X		
12	4	6	5	3	2	1	X		
13	1	4	5	2	3	6	X		
14	3	1	5	2	6	4	X		
15	1	4	2	5	6	3		X	
16	1	4	2	3	0	0		X	
17	1	0	2	0	0	3		X	
18	6	1	5	2	4	3			X
19	4	6	1	5	3	2	X		
20	1	2	4	5	3	6	X		
21	2	4	5	1	3	0	X		
22	5	3	4	1	6	2		X	
23	3	1	5	2	4	0		X	
24	5	6	2	1	4	3		X	
25	1	2	6	4	3	5		X	
26	1	5	4	2	3	6	X		