

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÒGICAS

“EL APRESTAMIENTO EMOCIONAL DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
ANTE EL PACIENTE MORIBUNDO”

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÒN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO
DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÒGICAS**

POR

SUCELY ELIZABETH VÁSQUEZ PÉREZ

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÒLOGA

EN EL GRADO ACADÈMICO DE

LICENCIATURA

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yáñez
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**

PADRINOS

Ada Zila Conde Chigna
Licenciada en Psicología
Colegiado 7695

Marco Antonio García Enríquez
Licenciado en Psicología
Colegiado 5950

Oscar González Reyes
Doctor Cirujano Dentista
Colegiado 525

DEDICATORIA

A DIOS:

Porque el Señor da la sabiduría; conocimiento y ciencia brotan de sus labios. Prov. 2:6

A MIS PADRES

Betty de Vásquez
Luis Vásquez, por su sabiduría, amor y apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS

Aylin y Selvyn, por su comprensión y cariño.

A MI HIJO

Luis Eduardo respuesta a mis oraciones, promesa cumplida del Señor.

A LA ESCUELA PRIVADA PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN LABORATORIO “VILLA DEL SOL”

Por brindarme la oportunidad de realizar el trabajo con los estudiantes de la carrera de enfermería auxiliar.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

A LA ESCUELA PRIVADA PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y
TÉCNICOS EN LABORATORIO “VILLA DEL SOL”

A:

LICENCIADA ADA ZILA CONDE (ASESORA)

LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA

DOCTOR OSCAR GONZÁLEZ

**GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN EN LA REALIZACIÓN
DE ESTA INVESTIGACIÓN**

ÍNDICE

Resumen	7
Prólogo	9
Capítulo I	
Introducción	11
Marco Teórico	12
Aspecto Histórico	13
Tanatología	14
Definición de Muerte	16
Aspectos culturales y religiosos de la muerte	17
El Duelo	22
Caracterización de lo que es una buena enfermera	26
Factores que contribuyen al No aprestamiento	27
Premisas	30
Proposición Fundamental	31
Capítulo II	
Técnicas e instrumentos	32
Capítulo III	
Presentación, análisis e interpretación de resultados	34
Capítulo IV	
Conclusiones y Recomendaciones	43
Recomendaciones	45
Bibliografía	46
Anexos	48

RESUMEN

El proceso de morir, para muchos individuos puede ser más temido que el reconocimiento de que la vida está llegando al final. La investigación más conocida sobre el proceso de la muerte es la de Elisabeth Kübler-Ross, una psiquiatra que ha observado y entrevistado a varios centenares de pacientes agonizantes, ella sugiere que la respuesta de cada persona ante la muerte supone la expresión de cuatro dimensiones esenciales del ser humano: la física, la emocional, la intelectual y la espiritual-intuitiva, ella identificó también cinco estadios de la muerte, cada uno caracterizado por una determinada actitud (DUGAS,1988:275-277)

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes, es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional. La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indeseada.

Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. Además de sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica, es el comportamiento sutil de comprensión al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

La investigación sobre la muerte se tiene que ampliar para estudiar un gran número de factores influyentes, por ejemplo la naturaleza de la enfermedad probablemente afecta a la forma en que muere una persona. Morir de cáncer según afirman muchos familiares es diferente a morir de un infarto de corazón, ya que la sola mención de la palabra cáncer suscita el temor de los pacientes. El paciente empieza a visualizar la muerte como un proceso que no tiene marcha atrás.

La presente investigación evidencia que el personal auxiliar de enfermería no posee un aprestamiento emocional sobre el manejo del paciente agonizante por lo que la experiencia obtenida en esta investigación es enriquecedora tanto para la investigadora como para la institución Escuela Privada para Auxiliares de enfermería y Técnicos en laboratorio “Villa del Sol, ya que brinda herramientas de conocimiento en el área de las etapas del paciente moribundo, a la vez es enriquecedora para futuros estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, debido a que actualmente no se cuenta con una preparación psicológica permanente para los profesionales quienes viven a diario el desenlace de los pacientes.

PRÓLOGO

La conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y el restablecimiento de la salud están íntimamente relacionados con la enfermería. La muerte es un tema que suele negarse, incluso cuando es inminente, no obstante no es raro que ocurra en las salas de hospitales y en la comunidad.

Por naturaleza intrínseca de su trabajo, las enfermeras y los médicos se encuentran con la muerte con mayor frecuencia que la mayoría de las personas en el curso normal de su vida. El cuidado de pacientes con enfermedades terminales y el comportamiento y consuelo de sus familiares sea por muerte repentina o después de una enfermedad prolongada, es una de las situaciones más difíciles en la práctica de la enfermería. Inquietará en particular a la estudiante joven que quizá nunca antes se haya enfrentado a esta realidad.

Con el avance de la técnica y el conocimiento de las enfermedades vemos que la “muerte pertenece cada vez menos al hombre, ya no es el final de una vida sino que el desenlace fatal de una enfermedad”(R.M. Rilke en <http://www.psiquiatria.com/psicología/reista/2006>) Por este motivo el médico y las enfermeras y el resto del personal pasan a ser sujetos de primera importancia en las relaciones de los pacientes que están viviendo sus últimos días pero ¿qué ocurre con ellos ante el paciente moribundo?

Médicos y enfermeras no están ajenos a las reacciones que provoca la muerte. Cualquiera que haya trabajado en un hospital ha tenido la experiencia de ver el distanciamiento del personal de un enfermo cuando se da a conocer el diagnóstico terminal. Las conversaciones se hacen más superficiales y en las visitas médicas se tiende a hablar sobre el enfermo más bien que con el enfermo, concentrándose la labor en el puro manejo de la enfermedad.

El personal debe resolver sus propias ansiedades y temores acerca de la muerte y el proceso de morir, debe revisar continuamente su versión de la enfermedad y de la muerte, su filosofía y su teología. Las condiciones del buen morir dependen de los que rodean al moribundo, es decir de los que están a su lado. Los profesionales deben junto a la competencia científica y técnica, dar importancia a otros elementos como la capacidad de conectarse con el enfermo y crear las condiciones para la comunicación y la confianza.

Es importante que los profesionales cuenten con la preparación previa para ayudar a los pacientes y muchas veces también a la familia, por ello la importancia de que los nuevos profesionales egresen con dicha preparación, que beneficiará no solo su actividad profesional sino su calidad de vida.

Por ello es primordial identificar las deficiencias teórico-prácticas, en relación a las etapas de la agonía, y elaborar un marco teórico que contenga aspectos que ayudarán a los nuevos profesionales de auxiliares de enfermería. El cual servirá para implementarlo en el pensum de estudios de dichos profesionales, en la Escuela Para Auxiliares de Enfermería y Técnicos en Laboratorio “Villa Del Sol”.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A pesar de que todos admitimos que algún día habremos de morir, en nuestra cultura evitamos tratar de cerca nuestra propia muerte o la de nuestros seres queridos. Cuando nos referimos a ella respecto a alguien cercano, utilizamos eufemismos como “pasar a mejor vida”, “irse al cielo”, “se fue de este mundo” etc. la idea de la muerte puede provocar cualquier reacción emocional, pero la más frecuente es la de temor. El temor frente a la muerte provoca una actitud evasiva en la mayoría, pero que varía con la edad.

Cada año egresan de los centros de formación profesionales para auxiliares de enfermería, personas de ambos sexos de clase social media, procedentes de diferentes áreas de la república, y dentro de las principales dificultades que conlleva el recién egresado, es el impacto con el paciente moribundo, la que trae como consecuencia, dolor, angustia, estrés, sentimiento de culpa entre otros, y la presencia de todos o alguno de estos sentimientos depende de la personalidad de cada uno, ya que como humanos se siente impotencia al ver que la vida de una persona se va de nuestras manos y la atención adecuada depende de esta integridad emocional.

Se necesita implementar dentro del currículo del estudiante de enfermería una guía para que al momento de estar en esta situación no se torne tan frustrante y dolorosa para el profesional, máxime cuando fallece el paciente.

La Escuela Privada Villa del Sol lleva una trayectoria de 15 años egresando entre 30 a 50 profesionales para auxiliares de enfermería cada año. Personas de ambos sexos, de edades comprendidas entre 18 a 45 años; y dentro de la preparación la atención de los pacientes moribundos es un área que debe enriquecerse más.

El presente estudio describe la serie de etapas por las que suelen pasar este tipo de pacientes. Los resultados de la investigación evidencian la gran importancia de que los profesionales en el área de enfermería cuenten con una formación integral teórica y práctica en el área psicológica para brindar la atención necesaria en los diferentes aspectos de los que se compone el ser humano.

MARCO TEÓRICO

Como parte de la vida en su etapa final aparece la muerte. Puede ocurrir a cualquier edad, de forma súbita o después de una larga enfermedad. A pesar de saber que somos mortales, el fallecimiento de un ser querido resulta un acontecimiento terrible, muy difícil de aceptar. La ruptura del vínculo, tan fuerte e importante, produce mucho sufrimiento y pone en cuestión los fundamentos del ser y existir humanos, afectando de manera importante a las relaciones familiares y sociales más básicas.

Para el hombre el proceso de morir no es un mero asunto biológico o un problema psíquico, se trata de un acto humano, la muerte viene a sellar definitivamente una manera de vivir. Cualquiera que sea el modo circunstancial de morir repentina o lentamente, violenta o naturalmente, la muerte tendrá sentido según haya o no tenido sentido la vida, si la vida no tiene sentido trascendente, la muerte se presenta como el final total y hace un poco absurda a la vida, porque ante un final sin perspectiva la vida misma se hace opaca, algo que hay que aprovechar al máximo antes que todo termine.

Vida plena no significa exitosa, puede haber contenido muchos fracasos y decepciones, he visto morir a muchas personas con fe en su subsistencia en el más allá y las he visto enfrentar tranquilas el difícil momento, incluso prepararse para ello y preparar a los suyos, siempre hay miedo, ante todo dolor o momento difícil lo tenemos pero hay una paz básica fundamental, si no se ha descubierto un sentido humano a la vida de poco sirven los consuelos de una agonía sin dolor, tratando de combatir el sufrimiento se dice que la comunicación con el médico y los familiares permite morir con dignidad, estos son aspectos adjetivos, que a lo más ayudan en las molestias de morir, pero que no satisfacen la pregunta del ser humano sobre el sentido de la vida y de la muerte.

ASPECTO HISTORICO

Diferentes observadores reconociendo que todas las partes de un organismo no morirán en forma simultánea y que específicamente ciertos órganos eran indispensables para la supervivencia del organismo. En el sitio <http://www.homeestread.com/montedeoya/historia.html> encontramos que los médicos griegos reconocían que el proceso de morir podía iniciarse en los pulmones, el cerebro o el corazón, pero era éste último el centro vital; para los hebreos y los cristianos, lo era la respiración. En el siglo XII se señala la cabeza, y la muerte se interpreta como la consciencia de la pérdida de la guía del alma; de todas formas se presentaban errores de diagnóstico y se cuestionaron la ausencia de pulsación cardíaca y de respiración como definiciones de muerte.

En el siglo XII en la edad media se habla de la muerte amaestrada, donde tanto para el cristiano como para el que no profesa religión, la muerte constituye un fenómeno necesario, no negado; a la muerte no queda otra que aceptarla, coincidentemente con la cultura moderna que se inicia en la baja edad media siglo XII se produce lo que denomina la muerte de uno mismo, que no es mas que enmarcar la confrontación de la vida con la muerte de uno mismo acompaña a esto una la apertura del cuerpo para saber las causas específicas de la muerte (necropsia).

En Francia entre 1740 y 1767 se iniciaron las maniobras de respiración artificial para reanimar víctimas de ahogamiento o sofocación; la resucitación eléctrica de humanos comenzó en 1774 y con la introducción hacia 1786 de la anestesia inhalatoria, se adicionaron nuevos argumentos para la confusión en los criterios que diferenciaban la vida de la muerte. A partir del siglo XVII la comunidad médica se esfuerza en determinar en forma más sensible a la muerte, el espejo, la pluma y la vela frente a la nariz y la inmersión en agua para detectar burbujas, fueron pruebas para determinar respiración. En 1959 neurólogos franceses reportan los primeros casos de pacientes con daño cerebral masivo que continúan “vivos” sin signos de actividad cerebral gracias a la ventilación mecánica, lo que cuestiona el entonces bien establecido concepto de muerte. En la década de los 60 aparecen más casos similares reportados en la literatura médica y en 1968 el comité de la facultad de medicina de Harvard constituido por 10 médicos, un abogado, un teólogo y un historiador formula el primer criterio para la determinación de muerte basados en un total y permanente daño cerebral.(op.cit.)

También el sitio <http://www.aghu.org/DOCU/muertema.doc> nos indica que la asociación americana de medicina (AMA) en 1981 aceptó como definición de muerto, individuos que presentan

- Cese irreversible de funciones circulatorias y cardiacas
- Cese irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyendo el tallo cerebral.

Las razones para delimitar los criterios de muerte es poderla diagnosticar y declarar muerta a una persona, así puede la sociedad iniciar los procesos de duelo, los ritos religiosos, los funerales y aceptar la muerte biológica, legalmente puede entonces leerse los testamentos, disponer de las herencias, reclamar seguros, establecer nuevas uniones y darle curso a diferentes procesos legales, médicamente puede suspenderse el cuidado y si hay criterios plenos de muerte cerebral, proceder a la donación de órganos (op cit)

TANATOLOGIA

Etimológicamente significa Thánatos muerte y Logos estudio o tratado, es decir estudio sobre la muerte y sus manifestaciones. Dicha ciencia humana tiene como objetivo ayudar al enfermo terminal y a sus familiares o amigos a afrontar el proceso de muerte o pérdida de diferentes tipos, promoviendo además el amor a la vida desde una perspectiva integral, concibiendo al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual. Contempla antes que todo al enfermo en fase terminal y luego a quienes le rodean, familia, amigos y equipo terapéutico interdisciplinario.

En el sitio http://www.uaem.mx/ufm/especiales04/img_2002 encontramos que el paciente en fase terminal pasa por un período de deterioro corporal y angustia mental, algunas de las necesidades físicas que debemos de tomar en cuenta al atenderlo son:

1. “LA SENSIBILIDAD” los movimientos y los reflejos, se empiezan a perder primero en las piernas y pies, por lo que debemos de vigilar que las sábanas estén lo suficientemente flojas.
2. “SUDACIÓN ABUNDANTE” señala el deterioro de la circulación periférica, el pie se enfría sin embargo la temperatura del organismo aumentará y eso se debe muchas veces a la agitación por el aumento del calor, por lo que muchos pacientes se quitan las sábanas.

3. “PERDIDA DE AUDICION Y VISION” solo ve lo que está muy cerca y oye nada más lo que se le dice muy directamente, procure que la habitación tenga luz suficiente, pedir a los familiares que no hablen en voz baja sino con voz clara al oído y sinceros.
4. La presencia de dolor físico puede ser continuo a lo largo de todo el proceso agónico.
5. Con frecuencia el paciente permanece con conciencia hasta el final, por lo que hasta el final hay que brindarle un cuidado integral.(op cit)

Las enfermeras conocen la importancia de la comunicación a través del contacto físico ya que constituye una forma de comunicación elemental y directa y en muchas ocasiones transmite mejor el mensaje, la comunicación no verbal permite a la enfermera descubrir una serie de sentimientos y emociones a través de los gestos la mirada o la postura, el descontento, la tristeza o el malestar físico de las personas cuando estas no pueden expresarlo con palabras, pero a su vez esta comunicación transmite al paciente el enojo, el desinterés, o la falta de atención de la enfermera, es por ello que es importante tomar en cuenta de las necesidades Psicológicas que presentan los pacientes en esta etapa, el mismo sitio describe las siguientes:

1. “Pérdida de salud” por lo que en enfermo pierde su seguridad y quizá la esperanza ya que su futuro es incierto, pierde también la tranquilidad.
2. “Pierde la libertad” de movimiento, de pensar y de privacidad ya que hay que estarlo evaluando constantemente por más vergüenza que sienta.
3. “Pérdida de la imagen propia” ante el deterioro físico aparece la pérdida de autoestima, principio de la depresión y con ella se negará de relación afectiva y se llenará de rabias y culpas.
4. “Pérdida de la paz interior” al acercarse la muerte inicia un autoanálisis de su vida.
5. “Miedos” a la destrucción de su cuerpo, al dolor, a lo desconocido, a la pérdida de la identidad, ya que en los hospitales se tildan como expediente o casos interesantes, pero muy pocas veces se mencionan nombres.(op cit)

A medida que la muerte se aproxima, los pacientes se debilitan progresivamente y a menudo aunque no siempre, permanecen en cama, tienden a dormir más y más durante el día, al final puede estar en un estado semiinconsciente e incapacitado para hablar. Sin embargo es probable que la mayoría de las personas continúen escuchando y comprendiendo cuando menos algo de lo que está sucediendo, a pesar de su incapacidad para darse a entender, esto puede generar un comportamiento de inquietud e intranquilidad,

ya que el paciente naturalmente tiene miedo, pero es incapaz de expresar su temor.

DEFINICIÓN DE MUERTE

Sonia Jara Trapegui en el sitio http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/el_proceso_de_duelo.pdf dice que la definición de muerte es algo que nadie conoce a ciencia cierta, su significado varia según el pueblo y la cultura, pero lo que sí podemos decir es que es algo delicado complejo, y a la vez absolutamente simple ya que es el dejar el mundo material. Vivir la muerte de un ser querido es unas de las etapas más traumáticas, dolorosos y difíciles de superar. La autora indica que Sigmund Freud en su texto de 1915 Duelo y Melancolía introdujo el término de duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como “reacción frente a la pérdida de una persona amada”.

Esta definición corresponde a lo que hoy conocemos como duelo normal, sin embargo existe una forma particular de vivir el duelo que S. Freud llamó melancolía, en este caso el deudo se siente empobrecido y la pérdida es experimentada en el propio Yo.

1) Muerte Biológica. Considera como un cese de las funciones corporales. Una persona se considera que muere cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o se detiene la actividad eléctrica del cerebro. 2) Muerte Social. Se relaciona con los rituales funerarios y de duelo, y a las disposiciones legales con respecto a la herencia de poder y riqueza. 3) Muerte Psicológica. Incluye los sentimientos de las personas acerca de su propio deceso cuando están próximos a este y la muerte de quienes están cerca, es importante la aceptación de la muerte como parte inherente a la existencia humana. (op.cit)

Warner y Willis indican que la comprensión completa del concepto de muerte requiere al menos de tres componentes

1. “la irreversibilidad” que implica el conocimiento de que una vez que un organismo vivo ha muerto no se puede devolver la vida física
2. “la no funcionalidad” que supone darse cuenta de que las funciones vitales cesan al morir,
3. “la universalidad” que implica comprender que todos los organismos vivos mueren.

La mayoría de las personas temen tanto a la muerte principalmente porque implica una pérdida, el final de la identidad personal, la pérdida del yo, y marca el final de una relación, muchas personas piensan en lo que su muerte podría significar para los otros, la pérdida que experimentarán los vivos y las dificultades que su muerte puede imponer a la familia. (Warner y Willis, 2003:494)

ASPECTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS DE LA MUERTE

Actualmente existen grandes variantes en las diferentes formas de practicar las religiones, a pesar de esto los familiares generalmente se sienten muy complacidos si el cuerpo médico manifiesta interés en sus creencias y en su cultura y reconoce que el paciente puede tener necesidades en estas áreas de su vida.

Sherr Lorraine describe características de algunas religiones:

Iglesia Cristiana: en el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien ante los cristianos ha sido tanto humano como divino, los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios; también creen que por la resurrección de cristo, él salvó al mundo de la muerte y del pecado, a la hora de la muerte los parientes pueden desear que un pastor o sacerdote esté presente para orar con o por el moribundo, así como para encomendar a Dios el cuidado de esa persona y ofrecer apoyo a los familiares. No existe objeción en realizar necropsia o donación de órganos y se toma la muerte como un paso hacia la vida eterna.

Budismo: El camino de la vida budista ofrece preceptos para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión por cualquier forma de vida, creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores, por tanto es importante que el individuo se comporte correctamente y esto incluye no matar, el aborto y la eutanasia activa no están permitidos, creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia.

Hinduismo y Sikhismo: Si un paciente hindú está agonizando en el hospital, algunos parientes aprovecharán la oportunidad para sentarse con él y leer un libro sagrado; si el sacerdote hindú está presente puede ayudar a las personas a que acepten la muerte de una manera fisiológica, puede así mismo atar un hilo alrededor del cuello o de la cintura del paciente como una bendición. El paciente puede desear acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar a la subsiguiente encarnación. Después de la muerte los parientes procederán a lavar el cuerpo y vestirlo con ropa nueva antes de sacarlo del hospital.

Judaísmo: Los preceptos religiosos que siguen son muchos y muy complejos, incluyen el culto a un solo Dios cumpliendo con los tradicionales mandamientos que se le dieron a Moisés y explicados por el Rabino, practican la caridad y la tolerancia hacia sus semejantes; los judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para trasplante. El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible, y el cuerpo por lo general se entierra, un vigilante puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro, dependiendo del sexo del difunto se prepara el cuerpo con la presencia de 3 miembros de la comunidad, el cuerpo es lavado y amortajado de forma sencilla antes de ser ubicado en un ataúd sencillo, si hay necesidad de tocar el cuerpo esto se hará usando guantes.

Musulmanes: Su libro sagrado es el Corán y su día sagrado el viernes, en el momento de la muerte las últimas palabras en labios de un musulmán deberían ser “no existe ningún otro Dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta”. Cualquier practicante musulmán puede decir esto al oído del moribundo si éste es incapaz de decirlo por si mismo. Después del deceso el cuerpo no puede ser tocado ni lavado por nadie que no sea musulmán, se le vuelve la cabeza hacia el hombro derecho, las extremidades enderezadas y el cuerpo envuelto con una sábana sencilla, generalmente el entierro se lleva a cabo de preferencia en el transcurso de 24 horas. Algunos dolientes no manifiestan ningún sentimiento de dolor ya que hacerlo es visto como una señal de fe en Alá.

Humanistas y Ateos: “El hombre es la medida de todas las cosas”, es la piedra angular de la filosofía humanista, piensa que el hombre puede por si mismo mejorar su propia situación sin ninguna ayuda sobrenatural, un humanista tiene fe en la inteligencia del hombre para traer sabiduría y comprensión al mundo y poder resolver los problemas morales de libertad, tolerancia, justicia y felicidad, por la relación tan estrecha entre cuerpo y la mente es inevitable,

señala el humanista que al morir la vida de una persona se termine por completo.(Sherr,1992: 41-46)

El miedo a la muerte, es un miedo universal, compartido por las diferentes culturas y religiones, que han elaborado ritos y grados de negación diferentes. La muerte es especialmente difícil de entender en nuestra sociedad urbana y consumista, que fomenta la ilusión de que vamos a vivir muchos años y lleva a la negación de su realidad.

Las generaciones anteriores vivían en un mundo rural donde la muerte de las personas y de los animales se vivía como algo natural. Se moría en casa y desde niño, se aprendían patrones de conducta, al observar cómo se comportaban los otros en estas situaciones. Las convicciones religiosas profundas, los rituales y las ceremonias ayudaban a dar un sentido a la muerte. Los familiares, amigos y vecinos prestaban el necesario consuelo y apoyo al doliente.

Hoy, sin embargo la mayoría de los fallecimientos se producen en los hospitales y son los profesionales de la salud que han estado en contacto con el paciente y su familia, los primeros que informan y pueden ayudar puesto que la muerte, desencadena en los familiares respuestas de tipo emocional, físico y psíquico muy fuertes.

Witter Du Gas menciona a la autora Elisabeth Kübler-Ross quien se pregunta: ¿pero que sucede a la persona que sabe que va a morir?, basándose en la experiencia de pasar miles de horas junto a pacientes que se encontraban ante la muerte, describió las reacciones psicológicas que se darían como fases de un proceso ante el conocimiento de que se está pronto a morir y son:

La negación, la confrontación con la amenaza de muerte causa inquietud y angustia, con frecuencia el paciente busca que la enfermera le restituya la confianza y la interroga sobre lo que ha dicho el médico. Durante toda la etapa la enfermera debe aceptar que el paciente aún no está preparado para reconocer lo grave de su enfermedad, algunos conservan esta negación hasta el momento de la muerte inminente y continúa hablando de forma optimista de planes futuros y que harán cuando mejore.

Una vez que la persona ha pasado la etapa de negación, suele presentarse un período comprensible de enojo y hostilidad, ¿por qué me sucede esto a mi?, ¿qué hice para merecer este castigo?, en este punto es frecuente que se

desquiten con los que tienen más cerca médicos, enfermeras, hospital, familiares. Quizá critique mucho la atención que recibe, si la enfermera reconoce que sus ataques no son personales, que en realidad está enojado con Dios o cualquiera que sea su fe, en lugar de con quienes lo cuidan, es más fácil que tenga paciencia y tolere su conducta.

La tercera etapa del moribundo suele ser la de regateo, desde los inicios de la niñez las personas aprenden que la buena conducta se recompensa y las malas acciones se castigan, en consecuencia prometer ser muy bueno puede traer consigo una revocación de la decisión de que la muerte es inminente.

Kübler-Ross sigue diciendo que cuando el paciente se da cuenta de que sus esfuerzos de arrepentimiento son inútiles suele entrar en una fase de depresión que también es una reacción normal, que el individuo contempla todo lo que ha amado en la vida y lamenta perderlo. Durante esta etapa es posible que este muy preocupado sobre la forma en que sus familiares vivirán cuando él se haya ido y quizá sienta la ansiedad de poner en orden sus asuntos.

La etapa final del proceso de la agonía se presenta cuando el paciente ha aceptado que pronto va a morir y se prepara para ello, para entonces suele estar cansado pero tranquilo, en esta etapa son los familiares los que requieren el mayor apoyo. (Witter, 1988: 275-277)

Después de todo se dice que el paciente puede morir en cualquier momento y fomentar el control y la independencia de los pacientes puede exponernos a ser acusados por los pacientes y sus familiares de un total descuido, las enfermeras que se sienten en muchos casos incapaces de abordar sus propios conflictos de independencia/dependencia, pueden adoptar una actitud de ellos/nosotros, proyectando sus necesidades de dependencia en los pacientes y contemplarlos o en otros casos “abandonarlos” a pesar de esto cualquiera que trabaje con pacientes agonizantes y que sea honesto consigo mismo, aceptará que hay algunos pacientes que dificultan el trabajo con ellos, y a quienes se tiende a evitar.

La relación entre actitudes y conductas es compleja al enfrentarse con la enfermedad y la muerte, la conducta de las personas varía enormemente, la forma en que los sentimientos influyen en nuestros comportamientos variará de acuerdo con nuestra personalidad y creencias, la actitud del enfermo depende de múltiples factores, pero el individuo interactúa de continuo con el ambiente y con las personas que le rodean, por eso el ambiente del paciente y la persona que lo cuida son variables significativas junto con la personalidad para

establecer la actitud del enfermo, frente a la enfermedad y sus reacciones Psicológicas.

Hay algunas circunstancias que afectan la autonomía del paciente descritos en el sitio www.psiquiatria.com/psicología/revista/2006 los cuales son: “estados de debilitamiento extremo, acompañados de depresión o ansiedad, dificultan la comprensión del paciente”, también podemos mencionar lugares inadecuados, que no guardan un silencio respetuoso, espacios visualmente fríos, poco acogedores, que contribuyen a una comunicación poco profunda y confiable. Personal de salud que actúa precipitadamente, carente de tiempo, dedicación y contacto emocional insuficiente con el enfermo, actitud que lo aísla en su realidad y lo lleva a sentirse desprotegido (op.cit)

La avalancha de procedimientos científicos que incontrolablemente invaden al enfermo, lo convierten en un títere de la escena médica. Su voluntad no tiene validez ante la intención salvadora y triunfalista de los protagonistas.

El moribundo entra al "torbellino de la tecnología" con o sin conocimiento de su destino y de su probable fallecimiento. Muchas son las causas por la cual la muerte es vista con temor, y se pueden explicar a partir del conocimiento de lo que es la reencarnación, y la memoria de ese Ser que se ha venido reencarnando desde el principio y que se le llama comúnmente Alma si en el día de hoy, con todos los recursos que tenemos a nuestra disposición, a veces no logramos calmar al paciente, y por consiguiente no podemos sustraerlo del sufrimiento que le causa su vehículo físico, impidiéndole alcanzar la paz que necesita para efectuar la gran transición, imaginémonos lo doloroso que deben haber sido las muerte, cuando aún no se contaba con todos los elementos que tenemos hoy en día.

Lloyd y Cooper nos indica que las condiciones del buen morir dependen por tanto, en parte pero con toda seguridad de los que le rodean a su lado, sus familiares, sus amigos y los que le atienden profesionalmente. Los profesionales debemos junto a las competencia científica y técnica dar importancia a otros elementos como la capacidad de conectarnos con el enfermo y crear las condiciones para la comunicación y la confianza, además habrá situaciones como la de los enfermos sin curación, en la que apremie todavía más la necesidad de un acompañamiento más allá de lo técnico. (Lloyd y Cooper, 1996: 162)

En nuestro entorno cultural suele ser frecuente la conspiración del “silencio” que guarda de familia, pero debemos de recordar que la comunicación con la persona que se encuentra bajo nuestros cuidados es de suma importancia para la atención de calidad.

EL DUELO

Es el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que reproduce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa, necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal.

Elisabeth Kübler-Ross describe diferentes tipos de pérdidas. Dice que muchos miles de personas no tienen ayuda verdadera en tiempos de crisis, ni alguien que esté dispuesto a hablar con ellas y compartir el dolor, la frustración, la ira y la angustia en forma saludable; hay centenares de personas a quienes se ha administrado y actualmente se prescribe Valium como un sustituto de cuidado humano para la exteriorización del dolor emocional. Ella se pregunta porque el trabajo con el paciente hace que las personas se vuelvan tan insensibles, descuidadas y poco dispuestas a tomar un poco de tiempo para ayudar a aquellos que necesitan encarar y resolver problemas cuando se presentan, en cambio se le proporcionan drogas para acallar su conciencia, atenuar las emociones o impedirles algunas veces que vivan plenamente, evitándoles que puedan superar su dolor y vivir la vida con toda su belleza, desafíos, dolores y placeres.(Kubler-Ross,1986: 31)

En el sitio <http://www.secuestro.freeservers.com/duelo.html> encontramos que las fases del duelo no ocurren una a otra en una secuencia simple, sino que los sentimientos y actitudes asociadas con una fase pueden estar presentes en otras, se puede pasar de una fase a la otra y luego regresar:

- **ENTUMECIMIENTO Y PROTESTA:** caracterizado por angustia, miedo, ira, pena, incredulidad, respiración suspirante, dolor, manos frías y sudorosas, repetición mental constante de los eventos que condujeron a la pérdida y la muerte misma.
- **ANHELO Y BUSQUEDA DE LA FIGURA PERDIDA:** a medida que los síntomas y reacciones iniciales pierden su intensidad y la persona acepta intelectualmente la nueva puede iniciar con inquietud física, llanto, ira, culpabilidad, resentimiento, desorganización emocional,

sensación constante de estar al borde de una crisis nerviosa y perder la cordura.

- **DESORGANIZACIÓN Y DESESPERACIÓN:** desasosiego, falta de objetivos, aumento de las preocupaciones somáticas, desinterés, apatía y tristeza, reiterada revivencia de recuerdos.
- **REORGANIZACIÓN:** con el establecimiento de nuevos patrones, objetivos y objetivos, el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados, reaparición de la esperanza y reorganización de la vida.(op.cit.)

En el sitio <http://web.jet.es/benevol/estudios/muerte/duelo/html> también encontramos los diferentes tipos de duelo que se describen a continuación:

1. **DUELO NORMAL:** es la capacidad de destrucción que todo ser humano tiene dentro, predominando la destructividad hacia fuera, es decir la agresividad y el odio.
2. **DUELO PATOLÓGICO:** la persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen predominando sentimientos autodestructivos
 - a. Duelo patológico por exceso: cursa con mucha ideación con mecanismos de defensa, con grandes fantasías con enorme dolor y con fuertes sentimientos de culpa.
 - b. Duelo patológico por defecto: es cuando se aplica la destrucción contra el propio funcionamiento mental y el individuo deja de sentir, de pensar, de percibir la falta de la persona que ha perdido y llega un momento en que tiene tal empobrecimiento psíquico que no puede hacer frente a la situación.
3. **DUELO ANTICIPADO:** ayuda a tomar conciencia de cuanto está sucediendo, a liberar los propios estados de ánimo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.
4. **DUELO RETARDADO:** Se manifiesta en aquellas personas que parecen mantener el control de la situación sin dar signos aparentes de sufrimiento.
5. **DUELO CRÓNICO:** el superviviente es absorbido por constantes recuerdos y es incapaz de reinsertarse a la sociedad.

Se acepta como fecha prudente para superar el duelo 2 años, dos signos concretos indican que la persona está recuperándose del duelo:

- a. La capacidad de recordar y hablar de la persona perdida sin llorar ni desconcentrarse
- b. La capacidad de establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.

Hay personas que nunca completan el duelo, reapareciendo la pena de vez en cuando. (op.cit.)

Cualquiera con una enfermedad progresiva e incurable enfrenta muchas pérdidas antes de que la muerte llegue, su familia participa de esas pérdidas, pero también tiene que anticipar su propia agonía, la persona que está agonizando tiene que lamentar el futuro que estaba esperando pero que ya no verá, puede estar dejando una familia detrás, puede haber otras áreas de su vida en las que sienta que no ha logrado todo aquello que había planeado. Durante una enfermedad terminal, la angustia psicológica puede desarrollarse como una reacción de adaptación, aparece severa ansiedad y depresión la cual puede requerir de medicamentos psicotrópicos. La psicoterapia puede ser de utilidad, una terapia con un enfoque orientado hacia la intervención en crisis que ofrezca apoyo y dirección es generalmente lo más apropiado.

Sherr dice que cada vez se defiende más que como profesionales, el trabajo involucra la atención psicológica de otros, y que los profesionales de la salud necesitan descargarse emocionalmente a través de un grupo de apoyo, los cuales pueden considerarse urgentes para los asistentes de personas que enfrentan pérdidas importantes, tanto los asistentes formales (profesionales graduados) como informales (estudiantes) pueden sentir una urgente necesidad de algún tipo de apoyo aunque parece menos probable que este se brinde (Sherr, 1992: 422)

Para las enfermeras sus primeros encuentros con la muerte y la agonía constituyen algo similar a un baño de agua helada, pero en el ejercicio de la profesión no se pueden escapar de tal enfrentamiento. La falta de una capacitación adecuada con énfasis en el aspecto emocional y el componente de la orientación relativo a los aspectos prácticos y médicos encierran muchas lagunas llenas tanto de dudas propias y caen, se desgastan y se retiran o adoptan y refuerzan una variedad de estrategias defensivas que les permitan seguir adelante, asistir a alguien que se está enfrentando a la muerte sugiere no

solo del interés sino de la atención y apertura a las necesidades temores y ansiedades del paciente

La frase “El síndrome de ayuda profesional” según indica Lorraine, fue empleada primeramente en 1979 para describir a los asistentes que consagraban su vida a cuidar y ocuparse de otros como lo hubieran deseado para ellos mismos, funcionar en esta forma como un máquina de apoyo puede ser nocivo tanto para los pacientes como para quienes lo apoyan ya que estos últimos son deficiente en habilidades emocionales para brindar cuidado (op.cit.)

La enfermera encamina sus actividades a los compromisos administrativos y burocráticos que cubran las necesidades económicas institucionales; tiene que cumplir con un sin número de funciones administrativas que la disipan de su acercamiento humano con el enfermo. Su disponibilidad de tiempo es mínima y generalmente escuchan al paciente con poca intención de comunicarse profundamente con él. Sus metas son cumplir con una serie de procedimientos profesionales para luego llenar los formularios que acreditan el cuidado legalmente reconocido por la institución hospitalaria. La práctica de enfermería está centrada en el manejo adecuado de las instrucciones y formulaciones médico - científicas.

La enfermera sobresaliente en el cumplimiento profesional de sus funciones, es aquella que practica los procedimientos de enfermería al "pie de la letra", coincidiendo con las técnicas y órdenes médico-hospitalarias. El tiempo dedicado a la comprensión y comunicación con el paciente, no se valora ni se estimula y tiende a malgastarse porque carece de planeación. Los momentos libres son valiosos para el personal de enfermería, cuando éste pretende disiparse del conflicto humano permanente que genera el sufrimiento de los pacientes y familiares en los ámbitos de la muerte. La negación de la muerte, primera defensa psicológica frente al dolor, es el común denominador de esta actitud de la enfermera, como de cualquier otra persona. Sin embargo, si al personal de enfermería se le valorara por su aporte humano de comprensión con el enfermo tanto sería su crecimiento interior personal, como efectivo para lograr un buen manejo del sufrimiento en el paciente en etapa terminal. (<http://www.psiquiatria.com/psicología/revista/2006>)

CARACTERIZACIÓN DE LO QUE ES UNA BUENA ENFERMERA

Sheehy y Harmon definen a una enfermera en los siguientes términos: “Una persona inteligente, de buen carácter y grata personalidad, adecuadamente formada y con el entendimiento en las técnicas de asistencia sanitaria requeridos para prestar el máximo servicio a los enfermos” (Sheehy y Harmon, 1963: 916)

Expone que la formación técnico profesional, es condición necesaria, pero no suficiente para un óptimo servicio. Para lograr este objetivo, se requiere además una personalidad sana y bien equilibrada, así como la capacidad para adaptarse fácilmente a situaciones nuevas y resolver los problemas que de ella se derivan. Los conocimientos serán de escaso valor si ella es mental o afectivamente inestable. Si una enfermera no posee estas cualidades, hay una merma en el rendimiento laboral lo que daría lugar a errores y condiciones para un problema de tipo legal al descubrir una mala práctica. (op.cit.)

La profesión de enfermería, exige mantener una excelente salud mental, la cual se conceptualiza como estado de ajuste favorable, que presupone características mentales y personales, ésta profesión también exige vocación y entrega total para la deseada recuperación del paciente. Para ello debe laborar conjuntamente con un grupo multidisciplinario con el cual llevará un a secuencia lógica de los diferentes procedimientos para lograr el objetivo principal como es la salud física del paciente.

Otra característica esencial es identificar al paciente llamándolo por su nombre, o bien como esta acostumbrado a que le llamen, lo cual estimula la comunicación, el acercamiento con los familiares quienes se sentirán confiados y seguros de la atención que se le proporciona al paciente.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL NO APRESTAMIENTO

Este mismo sitio <http://www.psiquiatria.com/psicología/revista/2006> nos detalla algunas circunstancias que no favorecen la atención al paciente:

1. “A los enfermos terminales no se los cuida en los lugares adecuados”. Generalmente son hospitalizados en los pabellones o unidades de medicina interna, donde se entremezclan absurdamente con enfermos curables o en estados crónicos, cuyo manejo difiere sustancialmente.

Otros son ubicados en cuidado intensivo, donde la enfermera dedica su tiempo al cuidado del "aparataje" y la tecnología avanzada que invaden al paciente. Su contacto físico se limita a mover el cuerpo del enfermo ya sea para evitar-le las escaras, bañarlo o manipular algún tubo o sonda que tenga introducido.

Las personas que laboran en Cuidado Intensivo se notan aceleradas y sobrecargadas de trabajo, deben cumplir con sus funciones a "contra reloj" para evitar la muerte de los pacientes en estado crítico.

2. “La participación de la enfermera en el equipo de salud es limitada”. El médico sigue siendo el único manipulador de la información. Es él quien comunica, según su criterio, el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al paciente; toma la mayoría de las decisiones acerca del manejo de la enfermedad, que influyen directamente en la calidad y cantidad de vida del enfermo. Algunas veces desatiende el dolor, la angustia y el sufrimiento del moribundo, porque dedica su atención a supervisar los tratamientos que le generarán un triunfo ante la muerte, además de un sustancioso aporte económico. (op.cit.)

En parte esta actitud médica prohíbe a la enfermera informar o aconsejar al enfermo y familiares respecto al desarrollo de su patología. Quizás su percepción acerca del estado del enfermo interfiere en la toma de sus decisiones, creen que la actitud participativa de la enfermera puede influir en la voluntad del paciente, así mismo, si su actitud es pasiva impide que ella contribuya a otorgar el derecho que tiene toda persona de hacer uso de su autonomía.

Su comportamiento profesional sigue siendo distante. Prevalece en la enfermera esa posición profesional insinuada por el cuerpo médico, de cumplir a cabalidad sus órdenes y formulaciones. Como si su función fuese ante todo, ser una servidora incondicional y una ciega cumplidora de una serie de protocolos preestablecidos.

Generalmente no se tienen en cuenta sus criterios, basados con acierto en las experiencias diarias y en la observación constante del estado físico y anímico de sus pacientes.

El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo, la enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar estos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que le brinda al moribundo.

Actualmente dentro de el pensum del profesional de enfermería no se cuenta con una preparación científica para la atención de estos pacientes los cuales no podemos evadir dentro del ejercicio de la profesión, en el perfil del egreso de auxiliar de enfermería descrito por la ORMAE (oficina nacional de registro y métodos para auxiliares de enfermería) podemos ver que esta área emocional ha sido descuidada y que han pasado tantas generaciones de estudiantes y que ya en los hospitales podemos ver que hay tantos profesionales que se vuelven “inhumanos”, “insensibles”, al dolor ajeno, que cuando la familia esta pasando por los momentos difíciles de la separación en lugar de encontrar un apoyo se encuentran con una personalidad muchas veces hostil.

Santizo y Hernández dicen que los pacientes indiferentemente de su condición, edad, conocimientos, religión, etc. cuando buscan una institución de salud, se entregan confiados en busca de ayuda, su vida y su salud en este caso dependen de otros, pero más particularmente de la enfermera.

Esto significa que la enfermera es responsable del paciente como de la proporcionarle la ayuda necesaria en busca de un estado de equilibrio en todos

los aspectos de su personalidad, equilibrio que puede ser mantenido por cada paciente de acuerdo a sus propias capacidades. (Santizo y Hernández, 1973:50-51)

En el boletín epidemiológico, que lo encontramos en el sitio www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-perfil-guatemala.htm, nos indica que Guatemala tiene una extensión de 108.880 km², 22 departamentos, y 331 municipios, en donde el 65% viven en área rural, la esperanza de vida en el 2006 fue de 67.2 años para hombres y 69.8 para mujeres. La tasa de médicos es de 9 por 10,000 habitantes, menciono esto ya que la relación enfermera profesional/médico es de 1 a 3 y de enfermera profesional/auxiliar de enfermería de 1 a 14, observándose una concentración en el área urbana.

La realidad en cuanto al número de enfermeras auxiliares es poca en cuanto a la demanda de pacientes, muchos de ellos trabajan en dobles jornadas seguidas unas de otras, el desempeño laboral no es administrativo sino que se dedica al cuidado directo del paciente, el cansancio mental y el agotamiento físico de la mayoría de ellos hace que no se cuente con un aprestamiento adecuado para la atención del paciente moribundo, cuando en una sala de 20 pacientes está a cargo de una enfermera profesional (si hay plaza) y dos o tres auxiliares de enfermería, o en la mayoría de casos solo dos auxiliares, además de ello labora en turnos rotativos de mañana tarde y noche, incluyendo fines de semana y días festivos, de lo anterior se desprende que es muy poco el tiempo que dispone para estar con su familia lo que le crea ansiedad y depresión siendo este el motivo para que además genere mal humor y distracción en el área laboral, lo que trae como consecuencia malas relaciones interpersonales que a su vez afectan al paciente directamente quien sentirá esa negativa y desconfianza hacia la enfermera.

Se evidencia pues en la investigación la urgente necesidad de adoptar una capacitación emocional para el profesional de la salud, pero acompañado de esto también se debe de reestructurar las condiciones actuales en las que los profesionales laboran, tomando en cuenta que la atención, la estabilidad emocional y económica de los mismos es una necesidad urgente de cubrir y con ello podremos encontrar en nuestros hospitales no unas máquinas para la atención de salud, sino una verdadera atención humanizada en cada paciente y no solo para los que se encuentran a un paso de la muerte.

PREMISAS

- La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que constituye un derecho a todas las personas, cualquiera que sea su condición económica.
- El personal de enfermería debe prepararse adecuadamente para afrontar las diferentes situaciones que se le presenten en su desempeño laboral
- Los enfermeros son personas vulnerables a la ansiedad
- Las personas que están a cargo de los pacientes moribundos deben de primero conocer el proceso normal de la enfermedad
- La preparación emocional de los auxiliares de enfermería ante el paciente moribundo es necesaria para brindar un cuidado de calidad
- Es necesario un grupo de apoyo para los profesionales que asisten a las personas que enfrentan pérdidas
- El conocimiento del proceso del paciente moribundo contribuye a disminuir la ansiedad.
- Según la personalidad de los profesionales contribuye a afrontar de una mejor manera las situaciones de dolor.
- La atención a los pacientes moribundos es una responsabilidad que se debe de afrontar con dedicación.
- El paciente moribundo tiene derecho a un trato digno.

PROPOSICIÓN FUNDAMENTAL

Los profesionales en auxiliares de enfermería recién egresado de la escuela privada de enfermería “Villa del Sol” no cuentan con la preparación teórico-práctica en la atención al paciente moribundo.

CONCEPTUALES

PREPARACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICAS: Entendiéndose como la falta de conocimiento de las diferentes etapas de los pacientes moribundos y la aceptación de la muerte como un proceso normal de la vida.

INDICADORES

- No se cuenta con información necesaria para brindar una adecuada atención
- El pensum de estudios no contempla este contenido
- Falta de una guía específica para la atención del paciente moribundo
- Poco apoyo en el vínculo social y familiar para solucionar el problema.

PACIENTE MORIBUNDO: Es el que padece una enfermedad incurable, por la cual posiblemente va a morir en un tiempo relativamente breve.

INDICADORES

- Tabú social
- Falta de comunicación enfermero-paciente
- Recargo de trabajo
- Poco o nulo conocimiento del tema
- Terapias de apoyo inexistentes.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICAS DE MUESTREO

La población seleccionada es la totalidad de alumnos cursantes en el ciclo escolar año 2005 quienes realizaron sus estudios en la escuela privada para auxiliares de enfermería “Villa del Sol” de las jornadas de sábado por la tarde y domingo por la mañana, 30 personas, que realizaron su practica hospitalaria en los meses de enero a marzo 2006 en diferentes centros hospitalarios privados de la ciudad capital.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una serie de visitas a la escuela de enfermería “Villa del Sol” para entrevistar a los recién egresados para conocer las vivencias y reacciones ante los pacientes moribundos, se analizó la conducta de los 30 recién egresados quienes no han recibido la capacitación adecuada y necesaria para enfrentarse a estas situaciones de duelo.

Se utilizó una encuesta de preguntas cerradas dirigida al personal auxiliar de enfermería donde se conoció que tipo de información empírica tienen del tema, en algún momento se harán algunas preguntas para enriquecer más la información, y sus actitudes y sentimientos ante las etapas del paciente moribundo.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se utilizó la estadística descriptiva sobre todo el trabajo de los datos a través de porcentajes, medias aritméticas y moda.

INSTRUMENTOS

Se aplicó una encuesta de 10 preguntas orales cerradas que se respondieron de forma individual. El encuestador anotó las respuestas correspondientes según la encuesta escrita. La forma de calificarse es por medio de la cantidad de respuestas que se le dé a cada ítem. Se interpretó a través de la estadística descriptiva, donde se tabularon los datos de acuerdo a cada ítem y se sacó el porcentaje de cada respuesta la media aritmética y la moda tanto de lo que se respondió como de los que no se respondieron. La prueba fue hecha por la investigadora del presente estudio.

Luego de verificar la información recabada en la encuesta, se procedió a realizar una propuesta de guía con el fin de apoyar a los auxiliares de enfermería de dicho establecimiento y poder así mejorar el aprendizaje en general.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

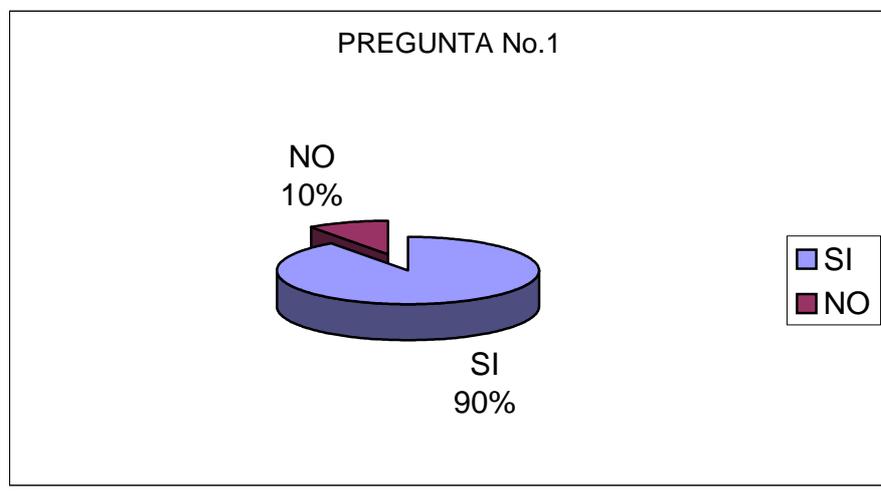
Los resultados se presentan en gráficas individuales y comparativas, para presentar una visión específica y general de las deficiencias encontradas en la investigación y en base a ello proponer la guía, que se puede incluir en el pensum de estudios de este centro educativo, elevando con ello la preparación de los futuros profesionales.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados se presentan en gráficas individuales, de cada una de las preguntas realizadas en la encuesta, para presentar la poca o nula preparación con que cuentan los recién egresados de la Escuela Privada para Auxiliares de Enfermería “Villa Del Sol”, estas gráficas nos demuestran es de suma importancia para el nuevo profesional contar con una capacitación integral, no solo el aspecto orgánico , sino también en el aspecto emocional y psicológico de los pacientes a su cargo involucrando también el aspecto familiar.

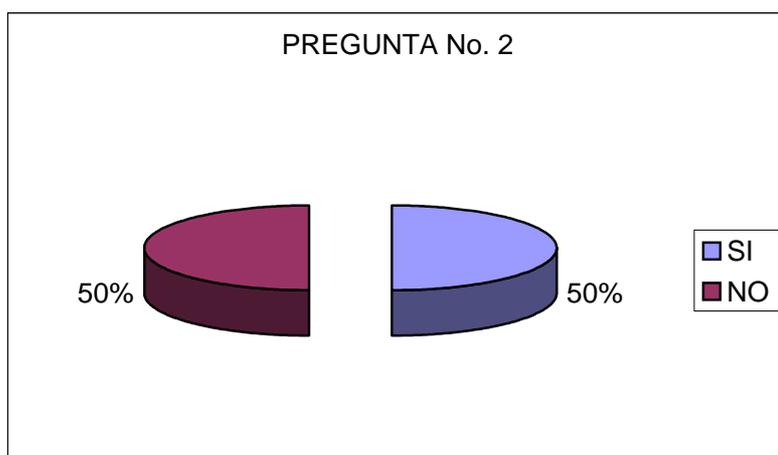
GRAFICA NO.1



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

En la gráfica se puede observar que la mayoría de auxiliares indicó serles difícil enfrentar a los familiares de un paciente moribundo, por múltiples situaciones tales como el hecho de no sentirse plenamente preparados para poder comunicarse con ellos, se tornan muy sensibles al dolor ajeno o ven al paciente con un cariño especial que los hace ser más susceptibles al dolor. La sensibilidad dentro del trabajo de enfermería es un sentimiento importante que no debe de reprimirse, porque esto nos identifica con la profesión que es humanista, por el contrario se debe de buscar ayuda profesional para canalizar este sentimiento y que sirva de ayuda tanto al paciente como a la familia.

GRAFICA NO.2

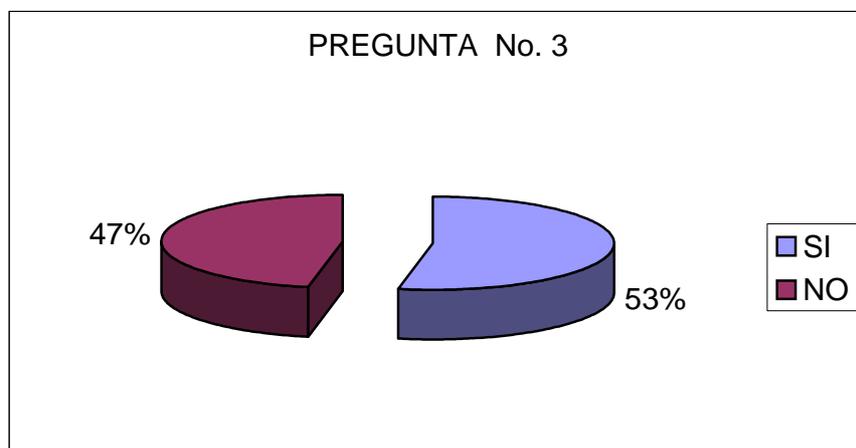


FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

El 50% de los entrevistados informaron sentirse preparados para atender al paciente moribundo, esto se debe a que este porcentaje de personas en su vida familiar ya han tenido la experiencia del duelo en algunos casos más de una vez en el ámbito familiar, el otro 50% no han tenido la preparación

personal dentro de la familia, pero concuerdan ambos en que no cuentan con una preparación dentro de su formación profesional, lo cual es de importancia para la atención de calidad de los pacientes. Y evitar con ello que en algún momento se sientan invadidos por el sentimiento de angustia y culpa por no saber como ayudar al paciente en esta área tan importante en la vida de todo ser humano.

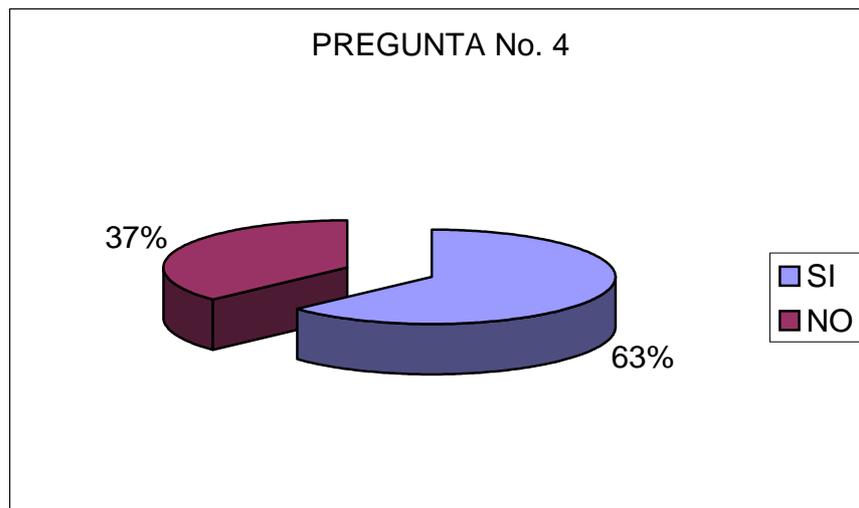
GRAFICA NO.3



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

En esta gráfica podemos observar que un poco más del 50% de los entrevistados informaron que ven la etapa de la muerte como algo natural, ya que muchos de ellos se encuentran laborando en áreas críticas de los hospitales tales como emergencias, intensivos, en donde la posibilidad de desenlace de los pacientes es más frecuente que otras áreas del hospital, la importancia de poder visualizar el proceso de muerte, no es desensibilizar a las personas sino que con ello se evite que las personas sientan dolor, tristeza o angustia, al tratar este tema que aún se encuentra en nuestra población como difícil de conversar.

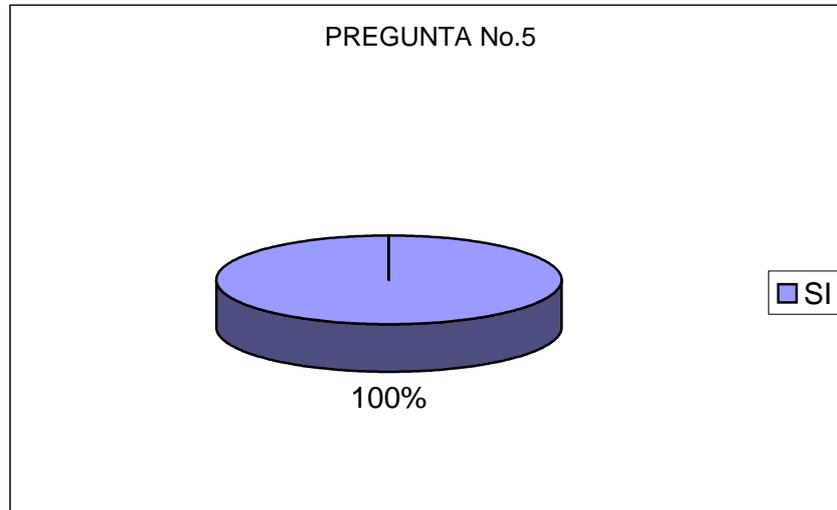
GRAFICA NO.4



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

La mayoría de las profesionales entrevistadas indican que el hablar de la muerte en un tema angustiante, doloroso, en algún momento se torna con falta de serenidad y que depende de la fe y vocación religiosa que se torne un poco más tolerante hablar de este tema en particular. Algunas personas piensan que hablar de la muerte es convocarla y por tal se prefiere no tocar estos temas, que dependen de la personalidad de cada individuo y la preparación religiosa y emocional que se tenga en el seno familiar hace que en el momento de hablar vuelvan a vivir los momentos de duelo.

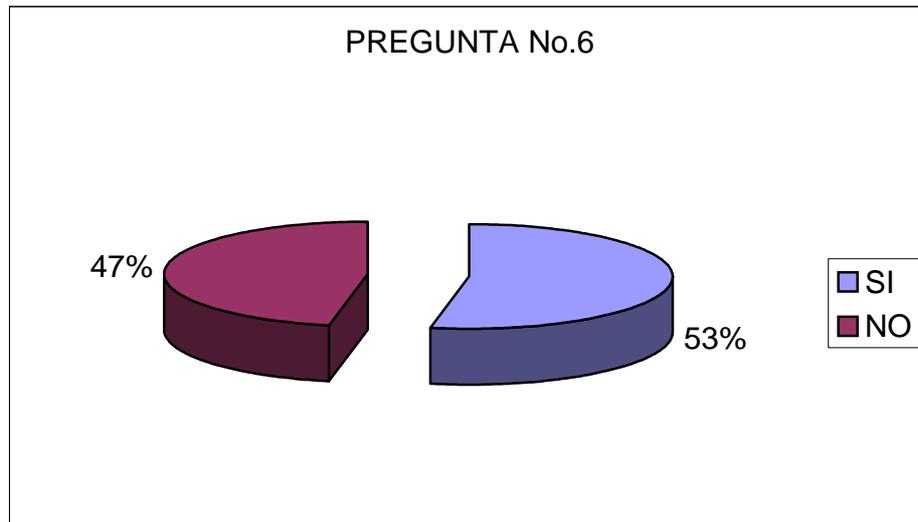
GRAFICA NO.5



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

La totalidad de la personas entrevistadas indicaron que ven la muerte como un paso a la eternidad, todos indicaron tener su fe puesta en un ser supremo y que esto ayuda a aceptar la muerte como algo destinado por Dios, un descanso al sufrimiento y no como un castigo, este sentimiento a su vez contribuye a que el paciente moribundo encuentren en la enfermera una ayuda y en algunos casos un consuelo que alivia el dolor de la separación con los seres que él ama. Si bien de la preparación de las que se habla para el profesional de enfermería auxiliar es psicológica no podemos dejar de establecer un vínculo religiosos el cual contribuye enormemente a entender el proceso del bien morir.

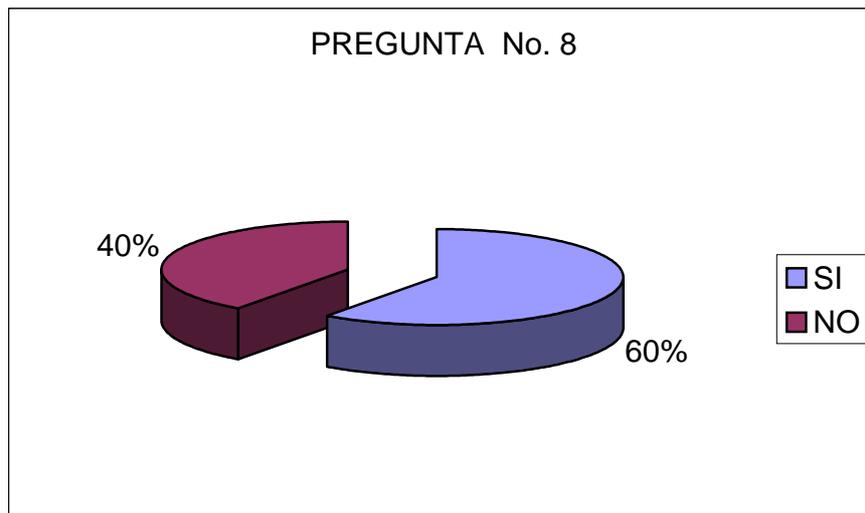
GRAFICA NO.6



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

Un poco más del 50% de los entrevistados indicó que se sienten más cómodos si la petición de atención de un paciente moribundo en las diferentes salas de los hospitales proviene de los familiares, ya que esto les hace fortalecer su ejercicio profesional porque se siente con más confianza, aceptación y seguridad, ya que se ve como una manera más de colaborar con la atención del paciente, eleva el grado de compromiso emocional, físico, técnico y espiritual, del individuo en fase de agonía. El otro porcentaje de profesionales entrevistados planteo la poca o nula preparación emocional y psicológica para atender a este tipo de pacientes por lo que desearían no hacerlo.

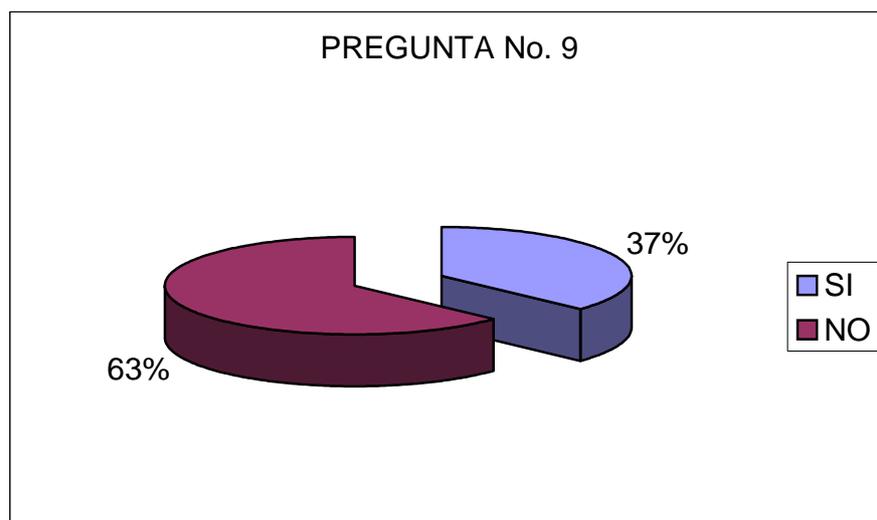
GRAFICA NO.7



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

Sin embargo en ésta gráfica se evidencia que más del 50% de los profesionales entrevistados indicaron no desear estar presentes al desenlace de un paciente de su áreas, debido a que ya le han tomado cariño y evitan sufrir junto con la familia, se tornan muy sensibles, no se sentirían capaces de apoyar en esos momentos y que no cuentan con la preparación necesaria para manejar el dolor de los sobrevivientes y para facilitar la continuación de la vida después de tal pérdida. Es por ello que el conocer el proceso de las etapas de la agonía es parte importante dentro de la formación de los auxiliares de enfermería. El enfermo terminal necesita ser escuchado, sin juzgar y en un primer momento sin interpretar ni traducir, sino escuchar sus propias palabras. El enfermo necesita confiar en nosotros, y que nosotros confiemos en ello, que confiemos en su fortaleza interior y que nosotros debemos intentar recuperarla si está perdida.

GRAFICA NO.8



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

La mayoría de los auxiliares de enfermería entrevistados indicó que hablar de la muerte no es un tema agradable de conversación, ya que se cree que la vida es un proceso que se apaga con la muerte biológica de los individuos, y se nos olvida que somos también seres culturales y espirituales, y trascendemos a través del recuerdo, ya que somos cuerpo, mente y espíritu, la preparación que tengamos previo a presenciar un desenlace de algún familiar o paciente es importante para que veamos este proceso como algo que todo ser humano debe de sobrellevar, sin tener que pensar que el hablar de la muerte es una sacrilegio o algo de lo que nunca se debe de hablar.

GRAFICA NO.9



FUENTE: DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA PRIVADA “VILLA DEL SOL”

Cuando un ser humano se encuentra ante una enfermedad grave, un nuevo grupo de personas se vuelven fundamentales en su vida, son los profesionales que los atienden; en ellos recae en muchas ocasiones la demanda de los enfermos y familiares para aliviar sus angustias y temores; esta confrontación se hace demasiado densa emocionalmente y se hace necesaria una formación continua. El personal debe resolver sus propias ansiedades y temores acerca de la muerte y el proceso de morir y debe de revisar continuamente su versión de la enfermedad y de la muerte, y cada vez se evidencia más la necesidad urgente de que se creen terapias de apoyo continuas para que los profesionales brinden una ayuda de calidad, el 100% de los entrevistados ve necesaria la ayuda psicológica.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los profesionales de auxiliares de enfermería egresados en mayo de 2005, identificaron tener deficiencias teórico-prácticas, en la atención de los pacientes en etapa de agonía, las cuales son necesarias para la atención de calidad de los pacientes. Por lo tanto es ACEPTADA la hipótesis de la presente investigación que decía:

LOS PROFESIONALES EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA RECIÉN EGRESADO DE LA ESCUELA PRIVADA DE ENFERMERÍA Y TÉCNICOS EN LABORATORIO “VILLA DEL SOL” NO CUENTAN CON LA PREPARACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MORIBUNDO.

2. Con ésta investigación se detectó que los recién egresados se catalogan como muy “sensibles” en la atención de los pacientes moribundos debido a que muchos de ellos no han tenido una experiencia dentro del ámbito familiar.
3. La falta de conocimiento en cuanto a las diferentes etapas en las que el paciente en agonía suele pasar, hace que los nuevos profesionales se sientan en algún momento como no capacitados para brindar una atención integral al paciente, sin involucrarse emocionalmente con cada uno de ellos.
4. Para la escuela de Enfermería y Técnicos en Laboratorio “Villa Del Sol” esta investigación es de gran importancia ya que desea egresar cada año profesionales mejor capacitados para la atención de los pacientes en las distintas etapas del ser humano.

5. Esta investigación también contribuye a que los profesionales ya con una trayectoria laboral puedan enriquecer sus conocimientos y los actualicen para brindar al paciente y a sus familiares un apoyo emocional, ya que es inevitable que dentro de su desempeño laboral se encuentren de un proceso de duelo.
6. Las actitudes de la enfermera como se mencionó, constituyen un electo importante dentro de la comunicación y confianza hacia el paciente, quien es el objetivo de nuestra profesión.
7. Para la escuela de Psicología es de sumo interés este tipo de investigaciones ya que abre las puertas a otras instituciones que también forman profesionales en el ramo de la medicina, para que puedan identificar otros aspectos emocionales, también importantes de este tipo de profesionales.
8. Para la universidad de San Carlos de Guatemala es importante la realización de estudios e investigaciones como esta para poder compartir y multiplicar conocimientos que adquieren los estudiantes durante su profesionalización y que reitera esto en una población más educada y con deseos de superación. A la vez retroalimenta información obtenida de la población para el enriquecimiento de los nuevos estudiantes en el área de psicología social.
9. La confianza en Dios, contribuye a que los recién egresados cuenten con un alivio a sus almas en las etapas difíciles de la vida.

RECOMENDACIONES

1. Implementar dentro del pensum de estudios 2007 de la Escuela Privada para Auxiliares y Técnicos en Laboratorio “Villa Del Sol” está investigación, para así capacitar al personal que laborará en los diferentes hospitales privados de nuestro país, brindando una atención integral y de calidad al paciente.
2. Que la escuela privada cuente con apoyo psicológico permanente en sus instalaciones para que antes durante y posteriormente a la formación de profesionales, encuentren un apoyo emocional profesional para las diferentes situaciones de angustia y estrés vividas dentro de la profesión.
3. Que las terapias de apoyo para los profesionales sean en forma continua en relación a las áreas emocionales del individuo ya que también ellos son entes biopsicosociales, que necesitan la ayuda necesaria para sobrellevar las distintas etapas de la vida.
4. Impartir talleres vivenciales para que los futuros profesionales y ya profesionales, puedan enriquecer sus conocimientos prácticos dentro de la carrera de enfermería auxiliar.
5. Invitar a otras escuelas privadas a que implementen dentro de su pensum de estudios esta investigación ya que en los diferentes centros médicos en el área privada se encuentran profesionales de distintas escuelas existentes en nuestro país.
6. Incitar a otros investigadores a que continúen con este estudio, para profundizar en las áreas que se encuentren deficientes emocionalmente en los estudiantes de auxiliares de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LLOYD CH. Bender M. y A. Cooper (1996)

Calidad de Muerte

1era. Edición

Madrid, editorial TEA

KÜBLER-ROSS, Elisabeth (1986)

Una luz que se apaga

1era. Edición en español

Traducción por Pilar Angulo

México D.F. editorial Pax

ORMAE

Oficina Nacional de Registro y Métodos para auxiliares de enfermería

1997 (s.a.)

SANTIZO DE ALVAREZ, Dolores y Lidia Aída Hernández (1973)

En que medida las necesidades anotadas en el plan de cuidados de enfermería, refleja las necesidades expresadas verbalmente por el paciente del hospital general de la ciudad.

Guatemala, Escuela Nacional de enfermería. Tesis.

SHEEHY Mauricie y Francis Harmon (1963)

Psicología para enfermeras

2da. Edición

Madrid, editorial Real

SHERR, Lorraine (1992)

Agonía, muerte y duelo

Traducción por Sra. Sonia Flores

1era. Edición

México, editorial El Manual Moderno S.A.

WARNER K. Schaie, Sherry L. Willis (2003)

Psicología de la edad adulta y la vejez.

5ta. Edición

Traducción Maria Olmos Soria

Madrid, editorial Pearson educación S.A.

WITTER DU GAS, Beverly (1988)

Tratado de Enfermería práctica.

4ta. Edición

Traducción por Dr. Jorge Orizaba Samperio

México, editorial Interamericana S.A.de C.V.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO

http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n2-perfil-guatemala.html

BESSON JUAN. EL DUELO

<http://www.homeestread.com/montedeoya/historia.html>

COBO, CARLOS LA MUERTE

<http://web.jet.es/benevol/estudios/muerte/duelo/html>

EL PROCESO DE DUELO

http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/el_proceso_de_duelo.pdf

MUERTE Y MORIR HUMANO

<http://www.aghu.org/DOCU/muertema.doc>

TANATOLOGIA

http://www.uaem.mx/ufm/especiales04/img_2002

TRUJILLO, VENCE EL DUELO

http://www.el_secuestro.freeservers.com/duelo.html

PSIQUIATRIA

<http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/2006>

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA

ENCUESTA PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

ÁREAS DE EXPERIENCIA LABORAL _____

EDAD _____

SEXO M _____ F _____

1. ¿Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

2. ¿Me siento emocional preparado para atender a un paciente moribundo?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

3. ¿El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

4. ¿Encuentro difícil encarar la muerte?

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

5. ¿Veo la muerte como un paso a la eternidad?

SI _____ NO _____

¿Por qué ? _____

6. ¿Me siento más cómodo si la petición de asistir a un paciente moribundo de mi área proviene de sus familiares?

SI _____ NO _____

¿Por qué ? _____

8. ¿No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área?

SI _____ NO _____

¿Por qué ? _____

9. ¿Creo que hablar de la muerte no es un tema agradable de conversación?

SI _____ NO _____

¿Por qué ? _____

10. ¿Me gustaría contar con una terapia de apoyo para los profesionales de enfermería al tratar con los pacientes moribundos?

SI _____ NO _____

¿Por qué ? _____

PERFIL DEL EGRESADO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN GUATEMALA

La ORMAE (oficina nacional de registro y métodos para auxiliares de enfermería) en el año de 1997 describió las funciones que los egresados de las escuelas para auxiliares de enfermería están capacitados al finalizar el proceso educativo.

1. Actuar permanentemente, con base a la filosofía de enfermería.
2. Aplicar principios éticos y morales en todas sus acciones y reconocer sus limitaciones.
3. Actuar con apego a sus obligaciones y derechos, de acuerdo con las leyes del país, normas y reglamentos vigentes en las instituciones.
4. Asumir la responsabilidad que tiene su participación en el mejoramiento de las condiciones de salud del país a través del cumplimiento de las actividades definidas dentro del sistema Integrado de Atención de Salud y el Código de Salud vigente.
5. Promover la autogestión y organización comunitaria para su desarrollo utilizando los lineamientos definidos del Sistema Integrado de atención en Salud.
6. Asumir el liderazgo en el primer nivel de atención para orientar las acciones de los grupos interesados en mejorar la salud de los miembros de la comunidad, la familia y el individuo.
7. Mantener buenas relaciones interpersonales con miembros de las instituciones, comunidad y en su área de trabajo, identificando y respetando las líneas de autoridad.
8. velar por el respeto permanente de los derechos humanos del usuario, familia y comunidad en cualquier área y nivel de desempeño.
9. Conocer el contexto nacional, regional y local para apoyar las acciones prioritarias de salud, respetando la cultura y creencias de la comunidad que atiende.
10. Participar de acuerdo a normas establecidas, en la promoción, ejecución y evaluación de los diferentes programas de salud, en cualquier nivel de atención en el que se desempeñe.
11. Participar en actividades que fortalezcan su salud mental para desarrollar una mayor capacidad de desempeño, en el equipo de salud y la población a su cargo.

12. Analizar, con el equipo de salud y miembros de la comunidad, la situación de salud de la población a su cargo, aplicando el enfoque de riesgo.
13. Orientar a la comunidad a su cargo en la participación en las acciones de salud.
14. Analizar con el equipo de trabajo, la información de la situación de salud, para la toma de decisiones, de acuerdo a su nivel de desempeño.
15. Coordinar su trabajo con los demás miembros del equipo de salud, miembros de otras organizaciones, representantes de la comunidad y autoridades locales, para fortalecer las acciones de salud, en el área asignada.
16. Participar en la organización de la población para prevenir daños colectivos y brindar atención en situaciones de emergencia y desastres.
17. Participar en el monitoreo y evaluación de las actividades desarrolladas por el personal comunitario a su cargo.
18. Participar en acciones de recolección de información y elaboración de registros e informes con fines de planteamiento y evaluación de acciones de salud.
19. Trasladar información que por su complejidad, debe ser analizada en otros niveles de decisión.
20. Promover y participar en la capacitación de recursos comunitarios de salud.
21. Proporcionar cuidado humanizado de enfermería tomando en cuenta las necesidades básicas del usuario y utilización técnica y procedimientos establecidos.
22. Participar, con el equipo de salud en la atención integral del usuario en las diferentes etapas de la vida.
23. Participar en actividades de vigilancia epidemiológica, de acuerdo a normas establecidas en los programas de salud.
24. Utilizar los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública al brindar consulta.
25. Realizar acciones educativas en salud, dirigidas al individuo, familia y comunidad para promover el auto cuidado.
26. Aprovechar oportunidades de aprendizaje en su desempeño, que mejoren su eficiencia y calidad de atención.
27. Promover acciones de preservación, recuperación y mejoramiento del medio ambiente del lugar en donde se desempeña.
28. Realizar acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

29. Apoya la utilización de la medicina natural, en la atención que brinda al usuario, familia y comunidad.
30. Participar en procedimientos de diagnóstico y tratamiento médico en base a normas establecidas.
31. Realizar procedimientos básicos de enfermería, utilizando la técnica adecuada.