

López, Macarena Celeste

# “El impacto que genera el cuidado de los pacientes terminales en enfermería”

2022

*Instituto: Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución – no comercial – compartir igual 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

López, M. C. (2022). *El impacto que genera el cuidado de los pacientes terminales en enfermería* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>

**UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

# **“EL IMPACTO QUE GENERA EL CUIDADO DE LOS PACIENTES TERMINALES EN ENFERMERIA”**

---

**Autora:** López, Macarena Celeste.

**Directora del trabajo:** Lic. En Enfermería Ottenheimer, Lina María

**Quilmes, septiembre de 2022.**

**Datos de la autora:**

López, Macarena Celeste: Enfermera Universitaria, 25 años de edad. Egresada de la Universidad Nacional Arturo Jauretche en el año 2018.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A la Licenciada Ottenheimer Lina María por su acompañamiento y tutoría durante este proyecto.

A las autoridades de la Universidad y personal del Instituto de Salud por su trabajo día a día, acompañando a los alumnos a transitar estos caminos, ayudando a resolver dudas, problemas, brindando las herramientas y soluciones necesarias para continuar y realizarse.

A todos y cada uno de los docentes de cátedra, tanto de teoría como de práctica que tuve el placer de conocer y ser alumna en la Universidad Nacional Arturo Jauretche, docentes que dejan todo de sí en las aulas para brindar sus conocimientos a los alumnos, enseñando, acompañando y guiando, por tantos años dedicados a sus alumnos, demostrando el amor y respeto hacia la profesión y colegas.

A mi familia y amistades de siempre y, a las que fui conociendo durante este camino que siguen conmigo, hermosas personas que la vida te va presentando y que comparten el amor por esta profesión con uno, por tantas palabras de aliento y apoyo, comprensión y sobre todo tolerancia.

También quiero aprovechar este espacio para agradecerle a una persona especial en mi vida que fue y es motivación, que me impulsa a seguir por más y me acompaña, apoyándome a cada paso que doy, brindándome lo mejor y fuerzas para continuar, creciendo a la par.

Agradecimiento especial y ahora sí, quiero dedicar este trabajo que cierra una etapa pero que abre miles de caminos más, a mi madre. Mi compañera desde el día en que esto solo era el sueño de una niña, una ilusión, un deseo por cumplir que comenzó justamente en la cama de una clínica y hoy, es más que una realidad, sin este apoyo incondicional no lo hubiera logrado. Si bien, siempre tenemos que creer en nosotros mismos, hay veces en que se necesita saber que hay alguien más que cree en uno y eso te motiva a seguir, más allá del cansancio, de las frustraciones que uno siente durante la carrera, esa persona es un motor y motivo para seguir, porque ahí está incondicionalmente, acompañando, apoyando a cada paso, tanto en los buenos momentos como en los malos.

## **INTRODUCCIÓN**

El siguiente proyecto de investigación se llevó a cabo con el objetivo de describir el impacto psicosocial que los pacientes terminales generan en el personal de enfermería. Cuando hablamos de psicosocial nos referimos a lo emocional, social, sentimental y espiritual. Es por ello, que se realiza una selección de aquellos con más de dos años de experiencia laboral, para poder conocer qué actitud toman en estos casos, si les afecta en lo personal y/o en lo profesional y de qué manera. Podemos encontrarnos con una variedad de respuestas, ya que a todos no les afecta de igual manera. Hay quienes frente a la muerte, sienten ansiedad, inseguridad, miedo y afrontar la situación se vuelve difícil. Por otro lado, tenemos a quienes enfrentan el proceso de muerte como algo natural, para ellos forma parte de la cotidianidad de la profesión de enfermería y hasta toman la muerte como un alivio para este tipo de pacientes y su entorno, ya que pudieron llegar al final de sus vidas de manera digna, con el acompañamiento de los enfermeros y con el apoyo de los familiares.

Se describe como es este proceso de acompañamiento de los enfermeros hasta la muerte digna de los pacientes y el apoyo emocional a sus familiares. En su gran mayoría los cuidados se encuentran bajo un protocolo de actuación pero, debe existir cierta flexibilización en ellos ya que cada paciente es un ser único e individual. Esta flexibilización en el cuidado se debe íntegramente a la actitud que cada enfermero adopta ante la persona que está bajo su cuidado, las mismas pueden ser negativas o positivas y tendrán consecuencias en el enfermo.

Lo que se busca en este trabajo es demostrar que los enfermeros, en ocasiones, también necesitan de un acompañamiento y una contención emocional, para poder sobrellevar estas situaciones lo mejor posible, debido a que el personal de enfermería es quien desarrolla un rol importante al momento del tratamiento del dolor y de los cuidados permanentes a los pacientes terminales, por lo que genera un vínculo o relación con estos pacientes y su entorno. Más allá de responder profesionalmente, los enfermeros deben ser capaces de responder humanamente a este tipo de pacientes.

## ÍNDICE

Datos de la autora	Página 01
Agradecimientos	Página 02
Introducción	Página 03
Título	Página 06
Pregunta/problema	Página 07
Marco teórico	
Muerte	Página 08
Paciente terminal	Página 10
Fisiopatología del dolor	Página 17
Tratamiento para el dolor	Página 18
Necesidades básicas del paciente en estado terminal	Página 22
Cuidados paliativos	Página 23
Eutanasia en la historia	Página 24
Situación en el país y en otros	Página 26
Cuidados de enfermería	Página 30
Actitud de enfermería	Página 37
Síndrome de Burnout	Página 39
Objetivo general	Página 42
Objetivos específicos	Página 43
Metodología	Página 44
Gráficos	Página 46
Cronograma de actividades	Página 56

Bibliografía	Página 57
Conclusión	Página 59
Anexos	Página 61
Carta de autorización	Página 62
Encuesta	Página 63

## **TÍTULO**

“El impacto psicosocial que genera el cuidado de los pacientes terminales en el personal de enfermería, con dos o más años de experiencia laboral, en servicios comunes del Sanatorio Regional Avellaneda, en el periodo de enero a julio de 2022.”



**PREGUNTA/PROBLEMA**

¿Cómo es el impacto psicosocial que genera el cuidado de los pacientes terminales en el personal de enfermería con dos o más años de experiencia en servicios comunes en el periodo de enero a julio de 2022?

## **MARCO TEÓRICO**

Muerte

Definición de paciente en estado terminal o irreversible

Definición de cuidados paliativos y tipos de cuidados de enfermería

Actitud de enfermería

Definición de psicosocial e impacto

Síndrome de Burnout

## **MUERTE**

El ser humano atraviesa diferentes etapas desde su nacimiento hasta la muerte, experimenta muchos cambios tanto físicos como psicológicos, los cuales son y forman parte del vivir. En el paso por la vida el ser humano experimenta el dolor y cada proceso o cambio que experimenta lo prepara o dirige hacia el acto final de su vida, la muerte.

La vida es un proceso de desarrollo constante del ser humano, cuando este llega a la edad adulta busca identificarse como persona, es decir, busca su yo. Esto lo logra mediante propósitos, metas, objetivos que se propone para llevar adelante su vida mientras esta no se detiene, el hombre lucha por superarse y seguir adelante, no olvidemos que la vida de las personas pueden estar condicionadas por factores económicos, culturales, sociales, ético morales, etc. El ser humano se enfrenta a la vida, a los problemas que trae y que son mera parte de este proceso llamado vivir. La teoría de la pirámide de Maslow, podría explicar de una manera más específica este comportamiento del humano, la motivación de su conducta frente a lo que busca en la vida y de sentirse autorrealizado. Esto lo logra una vez que satisface las necesidades básicas, cuando el ser humano logra el sentido de pertenencia, buscará el ser reconocido y una vez que lo logre, llegará por fin a lograr la autorrealización, el éxito personal y, cumplirá con su objetivo de vivir. De esta manera, la vida, el amor y la muerte forman parte de una sola unidad.

Siguiendo la línea anterior, entonces podemos decir que la muerte es un acontecimiento de la vida y por lo tanto, forma parte de ella.

Como bien sabemos la “muerte” sigue siendo un tabú sociocultural, aunque no para todos es igual y hasta se niegan a hablar sobre ello, se prefiere utilizar expresiones como “si algo me pasa” o “si algo le pasara a...” haciendo referencia a morir. Hay una sensación de incertidumbre

con respecto a la muerte aunque, puede haber una diferencia en la percepción individual o social. Algunos de los sentimientos que se pueden experimentar son la tristeza, el dolor, el enojo, angustia, rechazo, odio e inconformidad. Sin embargo, hay autores que dicen que el miedo que sienten algunas personas frente a la muerte no es más que un arrebatado de inseguridad que el humano experimenta ante la vida.

Dada la infinidad de definiciones o, la poca certeza de un único concepto sobre la muerte se elaboraron múltiples hipótesis o teorías sobre la vida después de la muerte, donde continúan vivos los espíritus o almas de los muertos. La teoría de que existe un cielo o un infierno, donde se cree que al morir uno se encuentra con Dios y va a parar a donde le corresponde por la eternidad, obteniendo lo positivo o lo negativo de lo que dejamos e hicimos en nuestro paso por la tierra. Y otras teorías que existen el cielo y el infierno, la luz y la oscuridad, lo bueno y lo malo.

Ahora bien, desde el punto de vista teológico, la muerte es ajena a Dios, él creó al hombre como ser vivo por lo tanto, la muerte no ha sido creada por él. En la biblia la muerte es el equivalente a la lejanía y ausencia de Dios, ese lugar llamado Sheol es descrito en el antiguo testamento como el lugar sin retorno, la tierra del olvido, el silencio total o, simplemente la oscuridad y Dios no se acuerda de los muertos. Lo que se quiere decir es que, la muerte y los muertos representan la lejanía del único Dios, que se define como “Dios de la vida.”

En términos biológicos, se considera a la muerte como la pérdida de la capacidad de autorregulación, pérdida irreversible del funcionamiento del organismo como un todo. Para la biología existen tres tipos de muertes y son:

- La muerte celular, la destrucción de todas las células del organismo, lo que sería la muerte biológicamente total.
- La muerte orgánica, de los órganos o muerte clínica.
- La muerte del individuo como un todo, por pérdida de las funciones del organismo.

Se presupone que antes de la muerte de un individuo, el organismo deja de funcionar como un todo, sin embargo algunos órganos siguen funcionando durante un periodo de tiempo al igual que las células que mantienen su funcionamiento. Para que la vida se prolongue es necesaria la nutrición y tres funciones muy importantes que están entrelazadas: la respiración, la circulación para la distribución de los nutrientes y oxígeno por el organismo y, la función nerviosa, que es la que regula estos procesos. El cese de una de estas, condiciona a las otras que cesarán al cabo de un tiempo. El cerebro es el órgano crítico que si falla determina la muerte, sin este el organismo deja de funcionar como un todo. El sistema nervioso a medida que va desarrollándose, es el principal responsable del funcionamiento del organismo en la coordinación e integración como un todo.

Otros conceptos a saber: muerte real, muerte aparente y muerte clínica. La muerte real, corresponde al momento en que la vida termina y no se puede determinar el porqué. En cambio,

la muerte aparente tiene que ver con los signos que se pueden observar externamente. Por otro lado, la muerte clínica es el equivalente a la muerte orgánica, los síntomas admitidos están relacionados al cese de las tres funciones vitales imprescindibles: Respiración, circulación y la función nerviosa. Estos son: la ausencia de aire espirado, falta de movimiento de la caja torácica, silencio cardíaco, ausencia de pulso, pérdida de la conciencia, enfriamiento, rigidez, ausencia de reflejos, pupilas dilatadas.

Algunas estructuras importantes a considerar son la corteza cerebral y el tronco del encéfalo. La corteza cerebral se encuentra implicada en los procesos de consciencia, el electroencefalograma (EEG) muestra la actividad eléctrica cortical. La integridad del tronco del encéfalo es esencial para el mantenimiento de la vida del individuo, en este se encuentran, los centros nerviosos cardiorrespiratorios. Si el tronco deja de funcionar no impide que la corteza cerebral siga funcionando por un breve tiempo. Por ello, la ausencia de actividad eléctrica en la corteza cerebral, es decir, un EEG plano, no es un criterio suficiente para diagnosticar la muerte, hay que obtener más datos.

Para la RAE (Real Academia Española) el concepto de muerte proviene del vocablo latino *mors, mortis*. Y con ello, adjunta una enumeración de diferentes significados de esta palabra y estos son:

1. f. Cesación o término de la vida.
2. f. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma.
3. f. Acción de dar muerte a alguien.
4. f. Destrucción, aniquilamiento, ruina. La muerte de un imperio.
5. f. Figura del esqueleto humano, a menudo provisto de una guadaña, como símbolo de la muerte. Se le apareció LA Muerte en sueños.
6. f. coloq. Cosa o persona en extremo molesta, enfadosa o insufrible

Los profesionales de enfermería son los que están desde el comienzo de la vida hasta que esta llega a su fin, acompañando, cuidando, educando, brindando su servicio al ser humano en diferentes partes de su vida. Por estas razones, se busca conocer cómo impacta de manera psicosocial la muerte de los pacientes en estado terminal o irreversible, a los enfermeros/as.

Es imprescindible para los profesionales de enfermería saber de la muerte, ya que está, el dolor y la enfermedad son parte y están presentes en los cuidados. Saber sobre la muerte se aprende en las relaciones con otras personas, donde se descubre cómo se manifiestan las rupturas en esas comunicaciones, entre grupos y en la comunidad en general. Como profesionales de la salud tienen la función de encontrar la explicación a los problemas que el individuo presenta en la vida y no encuentra solución. Se debe comprender para poder aliviar, cuidar y curar.

Cabe destacar que la muerte remueve las actitudes de los enfermeros/as y esas actitudes influyen positiva o negativamente en el proceso terminal de los pacientes asistidos y en sus familiares, esto pasa porque existe una relación de feed-back entre las actitudes del personal de enfermería y el proceso terminal. Por ello, es de vital importancia que se tomen actitudes positivas y lo más acertadas posibles para contribuir con los cuidados de manera efectiva a mejorar la calidad de vida de los enfermos terminales.

Aceptar la muerte del paciente contradice el objetivo de los profesionales de la salud que es conservar la salud y preservar la vida. En muchos casos, cuando una persona entra en proceso terminal se lo cuida para que se cure en lugar de hacerlo para que viva con su calidad de vida por el tiempo que le queda.

### **PACIENTE EN ESTADO TERMINAL O IRREVERSIBLE**

¿Cuándo se considera que un paciente es de estado terminal o irreversible? Cuando éste padezca de una enfermedad que no tenga un tratamiento específico o, la capacidad de retrasar la evolución y se espera como resultado, la muerte del paciente en un periodo corto de tiempo.

Para ser considerado un paciente terminal se deben cumplir con las condiciones enumeradas a continuación:

- a) ser portador de una enfermedad grave, diagnosticada de manera precisa por un médico.

El diagnóstico debe estar fundamentado y ser formulado por un médico con los debidos conocimientos, habilidad y experiencia. De presentar algún tipo de duda, el profesional a cargo del paciente debe consultar con otros profesionales.

- b) La enfermedad debe ser de carácter progresivo e irreversible, con un plazo de un breve periodo de tiempo para que el paciente muera.

Que la enfermedad tenga estas características es fundamental para diagnosticar a un enfermo como terminal. Puede haber variaciones en la evolución de la enfermedad en los individuos, depende de su naturaleza y otros factores.

El plazo del tiempo en que se produce la muerte es de menos de un mes, hasta seis meses.

- c) Al ser diagnosticada la enfermedad, no es susceptible a un tratamiento ya conocido o que resulte eficiente para revocar el pronóstico de muerte. Esta falta se refiere al momento actual y a los conocimientos médicos.

Existen tratamientos para enfermedades graves que permiten mantener al paciente con vida durante algunos años, lo que no quiere decir que en algún momento en la evolución de la enfermedad sigan siendo eficaces. Un ejemplo es la quimioterapia para algunos tipos de cáncer.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) lo define como: “enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses);

es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente”.

El personal de enfermería es quien continuamente se enfrenta a la muerte de otras personas. En el caso de tratar con enfermos terminales, ya no se trata solamente del arte de curar sino más bien de cuidar y acompañar a los pacientes y sus familias en el proceso hasta la muerte, previniendo el dolor y aliviando el sufrimiento. Cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia.

Este proceso hasta la muerte no es fácil, es difícil y doloroso pero, los enfermeros deben tomar una actitud equilibrada para poder cumplir con las necesidades de este tipo de pacientes. Se vuelve una tarea difícil despersonalizar una persona, un paciente o llamarlo como en muchos lugares “usuario de atención”. En ocasiones, es inevitable utilizar la exclamación “se me murió mi paciente” y el sentirse responsable de cierta manera por el suceso. Por otro lado, que un paciente en estas condiciones llegue de manera digna a su muerte, con la ayuda y el acompañamiento de los enfermeros, es un alivio para los mismos, la persona ya no sufre y su familia puede quedarse con la tranquilidad de que se los acompañó hasta el final haciendo todo lo que estuvo a su alcance.

Se debe permitir que el paciente en este estado sea activo ante su propia muerte, no hay que olvidarse que sigue siendo una persona viva y tiene derecho a una muerte digna, es decir, tener autonomía en el proceso, poder elegir, comunicarse, aceptar el proceso, etc.

Otro punto importante durante este proceso, es como compartir con el paciente su situación. Se le debe hablar claramente, dejando una puerta abierta a la esperanza, haciéndole entender que no está todo perdido, que no va a quedar desamparado y estará acompañado por su familia y el personal de salud sea cual sea el resultado final.

En algunos casos, esta condición del paciente se encuentra afectada por la imposibilidad de utilizar los recursos terapéuticos disponibles, limitados y costosos, como lo son los trasplantes de órganos. Esto puede modificar el pronóstico de la enfermedad. En otros casos, el aislamiento geográfico, dada la carencia de recursos terapéuticos y la imposibilidad de traslado a un centro de salud especializado.

Durante el proceso terminal se dan diferentes fases:

- 1° Fase: Negación y aislamiento
- 2° Fase: Ira
- 3° Fase: Pacto
- 4° Fase: Depresión
- 5° Fase: Aceptación

### **1° Fase: Negación y Aislamiento**

Es común la negación en aquellos a los que se les dice de un principio su condición y, en aquellos a los que no se les dijo específicamente desde el principio y llegan a su propia conclusión.

La negación funciona como un amortiguador a una noticia impresionante e inesperada. Es habitual la negación parcial en los pacientes en las primeras fases de la enfermedad, el proceso o al saber de su diagnóstico. Como así también, es normal que aparezca en ocasiones esta negación en etapas más avanzadas. Esta necesidad de negación está presente en todos los pacientes, cuando estos decidan hablar solos se abrirán y compartirán sus sentimientos con palabras o gestos.

### **2° Fase: Ira**

Esta fase procede a la de negación cuando ésta no se puede sostener más y el paciente entra en una situación de enfado, envidia, ira o resentimiento, preguntándose ¿por qué? Esta fase es una de las más difíciles de afrontar por la familia y el personal de salud, debido a que el enojo del paciente se proyecta en todas las direcciones y contra lo que sea que lo rodea.

### **3° Fase: Pacto**

Esta fase surge como efecto de intentar posponer los hechos, fija un plazo de vencimiento que impone el propio paciente y la promesa de que no pedirá nada más si se le concede dicho aplazamiento.

### **4° Fase: Depresión**

Durante esta fase el paciente ya no puede seguir negando su enfermedad, el enojo y rabia que sentía pasan a ser reemplazados por una sensación de pérdida. Toda la situación lleva la paciente a tener razones para deprimirse y le ocasiona un gran dolor. La depresión es un elemento de preparación ante la pérdida de todo lo que conocemos como objetos de amor, por lo que el ánimo y la seguridad no tienen sentido para facilitar la aceptación. Expresar el dolor, les permitirá encontrar más fácil la aceptación final.

El dolor que sienten, ese dolor preparatorio para lo que se viene, no es necesario que lo expresen con palabras o, en ocasiones se necesitan muy pocas. Está más relacionado a un sentimiento que puede entenderse mediante gestos como lo son, tocar una mano, acariciar el pelo o, simplemente el silencio.

### **5° Fase: Aceptación**

No hay que confundir esta fase con una fase feliz. De hecho el paciente llegará a esta fase luego de haber aceptado su condición y haber pasado por todas las etapas anteriores y aquí, su destino ya no lo enojara ni lo deprimirá. Tendrá la sensación de cansancio, debilidad y sentirá una necesidad de dormir más a menudo.

Durante esta fase, la familia del paciente es la que queda más desprotegida y son quienes necesitan más apoyo. Los pacientes necesitarán a alguien a su lado acompañándolo con comunicación oral o simplemente en el silencio.

Las fases del proceso del enfermo terminal son dinámicas, los pacientes pueden saltar de una fase a otra saltándose alguna de ellas. El paso por estas fases, facilita la aceptación de la muerte como algo natural como así también, ayuda a la familia en el duelo.

El único sentimiento común en todas estas fases es la esperanza, para aquellos pacientes que aceptaron de mejor manera su situación como para aquellos a los que les cuesta más. Existe la esperanza de la aparición del tratamiento que pueda cuidarlos o, de un medicamento. Los enfermeros en estos casos pueden compartir las esperanzas pero, sin mentirle a los pacientes. La familia es un factor importante en la respuesta del paciente a su situación, que ellos lo acompañen es fundamental.

#### **SÍNTOMAS EN PACIENTES TERMINALES. CARACTERÍSTICAS**

1. Múltiples, aparecen en periodos cortos, de manera precipitada, hay una variación en la intensidad a medida que progresa la enfermedad.
2. Intensos
3. Cambiantes
4. Multifactoriales, se ven condicionados por la intensidad de los mismos y factores físicos, emocionales, espirituales y económicos, que afectan la calidad de vida del paciente por lo que se los debe tener presentes para que el tratamiento sea lo más eficiente posible.

A continuación se enumeran los síntomas que los pacientes terminales en general, pueden experimentar en sus últimos momentos de la vida antes de que llegue el acto final, su muerte. Estos son:

- o Delirio
- o Fatiga
- o Falta de aliento
- o Tos
- o Estreñimiento
- o Dificultad para tragar
- o Estertor de muerte
- o Contracciones mioclónicas
- o Fiebre
- o Hemorragia

**Delirio:** También conocido como síndrome agudo de confusión, es muy común en los últimos días de vida ya que los pacientes tienen un grado menor de conciencia, parecen estar ausentes y menos alerta, tienen menos energía. Otros pacientes pueden presentar alucinaciones. En este momento es importante la seguridad de los pacientes, protegerlos durante su confusión para que



no se lastimen. El delirio puede tratarse cuando se encuentra la causa mediante administración de medicamentos, suspensión o disminución de las dosis de medicamentos que pueden causar el delirio o de aquellas que ya no sirven al final de la vida y, tratar la deshidratación. El objetivo de tratar el delirio es que el paciente se encuentre lo más cómodo posible.

Las alucinaciones que los pacientes pueden llegar a tener son frecuentes y no están relacionadas al delirio. Es común que vean a sus parientes o seres queridos ya fallecidos.

**Fatiga:** Sensación de cansancio, síntoma común en los últimos días de vida y que puede empeorar con el día a día. El paciente presenta somnolencia, debilidad y dificultad para conciliar el sueño.

**Falta de aliento:** Síntoma común que puede empeorar durante los últimos días de vida. Esto puede deberse entre otras cosas a la pérdida de la fuerza muscular, una hipoxemia (falta de oxígeno en la sangre), neumonía o infecciones.

Algunas de las maneras que existen y se pueden utilizar para aliviar a los pacientes por la falta de aliento son:

- ✓ Administración de oxígeno por hipoxemia
- ✓ Sentar al paciente
- ✓ Hacer que el paciente haga ejercicios de respiración
- ✓ Administración de antibióticos si cursa una infección

Los opioides pueden aliviar este síntoma, al tener espasmo en las vías respiratorias. Otros medicamentos como los broncodilatadores o los corticosteroides pueden aliviar los espasmos.

Si este síntoma no se puede aliviar con lo anterior mencionado, se puede recurrir a la sedación para que el paciente se sienta más cómodo.

**Tos:** Se puede presentar de manera crónica en la etapa final de la vida, lo que genera un aumento del malestar del paciente. Este tipo de tos causa dolor, pérdida del sueño, fatiga y falta de aliento.

En esta etapa final de la vida se busca tratar los síntomas de la tos y no buscar la cura de la misma. Se pueden utilizar diferentes tipos de medicamentos como:

- ✓ Expectorantes, para aumentar los líquidos en los bronquios y aflojar el moco.
- ✓ Medicamentos para disminuir el moco que causa la tos
- ✓ Opioides para su interrupción

**Estreñimiento:** Se puede presentar este síntoma en los últimos días de vida. Si es necesario se pueden administrar laxantes, orales o rectales, según la tolerancia del paciente.

**Dificultad para tragar:** Se presenta esta dificultad para tragar alimentos y líquidos en los últimos días de vida. Como consecuencia, el paciente puede tener también falta de apetito, pérdida de peso, atrofia muscular y debilidad. La nutrición enteral no es beneficiosa para este tipo de pacientes ya que aumenta la posibilidad de broncoaspiración e infecciones.

**Estertor de muerte:** Se produce por la acumulación de líquidos o, de la saliva misma en la garganta y las vías respiratorias altas están débiles para despejar la garganta.

Existen dos tipos de estertor y son los siguientes:

- ✓ Estertor de muerte, se produce por la acumulación de saliva en la parte de atrás de la garganta. Al aparecer este síntoma, es señal de que la muerte puede llegar en los próximos días u horas.
- ✓ El estertor es causado por la acumulación de líquidos en las vías respiratorias a causa de una infección, tumor o por un exceso de líquido en los tejidos corporales.

Una de las técnicas para tratar este síntoma en los pacientes, sin usar medicamentos, es cambiar al paciente de posición y regular la ingesta de líquidos. También, elevar la cabecera de la cama, levantar y acomodar al paciente con almohadas o, colocarlo de lateral puede ayudar a aliviar el estertor.

Si el estertor es de tipo, estertor de muerte, se puede extraer el líquido con cuidado utilizando un tubo de succión. Si es del tipo en las vías respiratorias, no se extrae porque puede generar una tensión física y mental en el paciente.

**Contracciones mioclónicas:** Movimientos espasmódicos o contracciones musculares que el paciente no puede controlar, en uno o más grupos musculares de cualquier parte del cuerpo. Una causa de estas contracciones se debe a dosis altas de opioides por un tiempo prolongado, como efecto secundario. De ser así, se cambia el opioide ya que los pacientes responden cada uno de manera diferente a este tipo de medicación. Si el paciente ya está próximo a la muerte, en lugar de cambiar el opioide, se administra una medicación para calmar las contracciones lo que ayuda a aliviar la ansiedad y a dormir al paciente.

**Fiebre:** Tratar la fiebre en los últimos días de vida depende de si causa sufrimiento o malestar al paciente. Esta puede presentarse por infecciones, medicamentos o por la enfermedad misma.

**Hemorragia:** Síntoma poco frecuente que se puede presentar en las últimas horas o minutos de vida. Cuando aparece un sagrado por lo general el paciente muere al instante, la reanimación no funciona.

## **SÍNTOMAS MÁS TEMIDOS ANTE LA MUERTE: DOLOR Y AHOGO**

Estos síntomas son los que generan más temor en los pacientes ¿por qué? Porque presentan miedo a padecer un dolor insoportable y la sensación de ahogo. Estos síntomas se pueden evitar

con medicamentos como la morfina y/o sus derivados, para aliviar ese dolor, en dosis suficientes para frenar estos síntomas pero no para avanzar la muerte.

Ante la muerte próxima, los pacientes pueden presentar deterioro cognitivo y pérdida de conciencia, esto funciona como mecanismo de defensa ante la agonía, por lo que no es necesario que reviva el tratamiento.

En cuanto al ahogo que los pacientes pueden sentir, se puede administrar oxígeno para que disminuya la sensación.

La sedación se da en última instancia, cuando las alternativas con medicamentos no surten efecto y el paciente no puede controlarse. Es importante saber que se habla de sedación no de eutanasia (un término que se verá más adelante) ya que el objetivo de los enfermeros es evitar el sufrimiento en el paciente y aliviar el dolor.

El dolor se identifica como un síntoma psicossomático que se produce por estímulos físicos y la percepción se da por factores individuales que tienen que ver con lo emocional, ambiental, moral y espiritual.

En la guía de Actuación Clínica en A.P, Paciente Terminal, encontraremos los diferentes tipos de dolor que un paciente de estas características puede presentar, la prevalencia, la fisiopatología del dolor, los tratamientos farmacológicos y los principios fundamentales a tener en cuenta sobre la elección de los mismos. A continuación se detalla más información sobre lo anteriormente mencionado.

El dolor es un problema de primera magnitud en los pacientes terminales, ya que es uno de los más frecuentes. En porcentajes, el 50% de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad que presenten, manifiestan sentir dolor. Un 70- 80% presentan dolor en las últimas fases de la enfermedad. En un 40-50% alcanza niveles intensos a moderados y, en un 25-30% de los casos, es insoportable.

Podemos diferenciar algunos tipos de dolor, que son:

- ✓ Dolor agudo
- ✓ Dolor crónico
- ✓ Dolor incidental, transitorio, esporádico. Está asociado al movimiento, aunque puede presentarse en pacientes con reposo.

## **FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR**

Dolor nociceptivo: este dolor se produce al activarse los nociceptores periféricos por la lesión tisular causada por la enfermedad o el tratamiento. Este dolor puede ser de tipo: somático

**DOLOR NOCICEPTIVO.** Producido por activación de los nociceptores periféricos por la lesión tisular provocada por la enfermedad o por su tratamiento. El dolor nociceptivo puede ser:

- **Tipo somático:** Dolor inflamatorio ocasionado por lesiones a nivel de estructuras somáticas, huesos y músculos. En este proceso intervienen las prostaglandinas que producen una sensibilización en las terminaciones nerviosas. Las características que presenta puede ser que sea sordo, opresivo, incisivo o pulsátil. Se localiza en un solo lugar, no suele irradiarse, de ser así, lo hace a nivel local.
- **Tipo visceral:** Dolor inflamatorio ocasionado por:

- o Distensión o compresión visceral, lo que genera un dolor de tipo cólico, tirante, distensivo, difícil de localizar y difuso.
- o Infiltración de órganos, genera un dolor de tipo sordo, opresivo, difícil de localizar y difuso.

**DOLOR NEUROPÁTICO.** Producida por una lesión del sistema nervioso (central, periférico, simpático) por compresión, infiltración y/o destrucción nerviosa. Este tipo de dolor en ocasiones, resulta ser grave y refractario a su tratamiento, es de tipo paroxístico, lancinante, quemante, urente y punzante.

El dolor neuropático periférico, tiene una distribución metamórfica, se irradia por los dermatomas y se asocia a disestesias. El dolor es persistente más allá de la lesión tisular, debido a la hipersensibilidad de las fibras nerviosas se cree que este tipo de dolor, genera impulsos en ausencia de estímulos.

El dolor simpático o distrofia simpática, es severo. Este tipo de dolor frente a un daño tisular menor, tiene características de ser quemante, intenso, superficial, con cambios cutáneos, subcutáneos, hinchazón de las extremidades, edema muscular y cambios osteoporóticos. Su fisiopatología es de poco conocimiento y su aparición puede predecir una lesión nerviosa periférica. En algunos casos, este tipo de dolor es consecuencia de trastornos como fracturas, traumatismos de partes blandas, infarto agudo de miocardio e ictus. El tratamiento de este dolor, se basa en el bloqueo al sistema nervioso simpático.

La mayoría de los pacientes presentan varios tipos de dolor y saber esta diferenciación, nos permite distinguir que tipo de dolor es para saber si el tratamiento responderá a los opiáceos, en el caso de que el dolor sea de tipo nociceptivo, o si no lo hará, en caso que el dolor sea de tipo neuropático. Este último tiene mal pronóstico y para su tratamiento se recurre a fármacos adyuvantes o técnicas invasivas.

### **TRATAMIENTO GENERAL PARA EL DOLOR**

Para tratar este síntoma lo principal es definir el tipo de estrategia terapéutica a utilizar. Una vez que se tenga definido, es esencial informar al paciente y su familia sobre la enfermedad y los dolores que puede llegar a presentar. En base a esto informar sobre: las causas, los tratamientos posibles y alternativos, además de los efectos adversos esperados. En segundo lugar, se plantean los objetivos terapéuticos, los plazos y el periodo de los seguimientos.

Conocer los factores de la vida, que puedan generar un aumento en el umbral de la tolerancia al dolor para modificarlos y así, asegurar el descanso del paciente, disminuir la ansiedad y que el paciente se sienta acompañado.

### **MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS**

En este punto se distinguen tres opciones a tener en cuenta y son:

1. Métodos físicos: Con masajes para tratar el dolor articular que puede producirse por la inmovilización, frío, calor, etc.
2. Intervenciones psicosociales: Técnicas conductuales cognitivas, que proporcionan al paciente una sensación de control al desarrollar habilidades para convivir con él.

3. Electroestimulación.

### **PRINCIPIOS FARMACOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR**

1. Tratamiento precoz. Iniciar el tratamiento inmediatamente posterior a la evaluación del paciente.
2. Vía de administración fundamental: ORAL. Se hace una excepción en los casos de vómitos, problemas digestivos (obstrucciones, disfagia) y, paciente en estado de coma.
3. Individualizar el fármaco. Según:
  - o **Dolor nociceptivo:** Tratamiento con AINES.
  - o **Dolor Neuropático:** Tratamiento con antidepresivos tricíclicos.
  - o **Momento evolutivo:**
    - ✓ Tratamiento inicial: Fármacos de absorción rápida, dosis mínima eficaz.
    - ✓ Tratamiento de mantenimiento: Fármacos de efecto retardado.
    - ✓ Características individuales del paciente.
    - ✓ Intensidad del dolor. Escalera analgésica (1986) de la OMS (Organización Mundial de la Salud). La misma propone tres niveles:
      - o Nivel 1, dolor leve a moderado: Aines, recomienda aspirina.
      - o Nivel 2, dolor moderado a intenso: Opiáceos débiles (codeína).
      - o Nivel 3, dolor severo: Opiáceos potentes (morfina).
4. Prevenir efectos secundarios. Tratamiento precoz de ser necesario.
5. Seguimiento periódico. Evaluación de la eficacia del medicamento.
6. Administración regular. En un horario fijo, aumentando gradualmente la dosis hasta que el dolor desaparezca o sea tolerable. No es conveniente dejar ventanas terapéuticas, la analgesia debe cubrir las 24hs. Es importante, tener programado un tratamiento analgésico opcional como rescate. Evitar la administración a demanda.

### **FARMACOS ANALGESICOS**

#### **1. NO OPIÁCEOS: AINES**

Antiinflamatorios no esteroideos, de ahí sus siglas AINES. Estos son un conjunto de fármacos que se utilizan en casos donde el dolor se clasifica en una escala de ligero a moderado, pertenecen al primer escalón de la escalera farmacológica propuesta por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Estos medicamentos al bloquear la enzima ciclooxigenasa, impiden la producción de ácido araquidónico en prostaglandinas y tromboxanos, los componentes básicos de los procesos inflamatorios, dolorosos y productores de la fiebre. Algunas características de los aines son:

- Poseen diferentes grados de actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética.
- Poseen techo analgésico, es decir, que por encima de la dosis recomendada producen más efectos adversos que efectos analgésicos.
- Poseen ventaja sobre los opiáceos al no producir dependencia y tolerancia.
- Pueden combinarse con opioides débiles y potentes y, con fármacos adyuvantes.

- No se han encontrado diferencias entre los diferentes AINES con respecto a la respuesta analgésica.
- SI existen diferencias en cuanto a los efectos adversos entre los diferentes AINES.

A tener en cuenta en la elección de un AINE:

- Variedad individual en la respuesta. Observar la experiencia del paciente con este tipo de fármacos.
- Facilitar el cumplimiento. Dosis diarias de una o tres tomas.
- Valorar la relación costo beneficio.
- Valorar la capacidad de lesión gastrointestinal:
  - ✓ **Menor riesgo:** Paracetamol, Ibuprofeno, Propifenazona, Metamizol y aquellos con acción sobre la COX2: Nabumetona, Meloxicam, Celecoxib, Robecoxib.
  - ✓ **Mayor riesgo:** Indometacina (mayor complicación intestinal), Diclofenac, Piroxicam, Naproxeno y Sulindac.
- Valorar la respuesta antiinflamatoria. Los AINES con mayor riesgo de lesión gastrointestinal son los que presentan una respuesta antiinflamatoria más alta.
- Valorar el poder analgésico. Los de mayor poder analgésico son: Metamizol, Ibuprofeno, Arginina, Ketorolac y Ketoprofeno.

## 2. OPIÁCEOS

Fármacos agonistas de receptores opioides que al activarse proporcionan analgesia de gran intensidad por actuar sobre el SNC (Sistema Nervioso Central). La morfina y otros agonistas activan receptores en las terminaciones nerviosas periféricas, lo que genera un efecto a nivel local.

Características de este tipo de fármacos:

- Son hipnóticos
- Efecto analgésico con sensación de angustia por efecto central.
- No poseen techo analgésico.
- Producen dependencia y tolerancia. Lo que consiste en un aumento de la dosis progresivamente para poder conseguir el efecto analgésico.
- Farmacodinámico, al haber cambios en el número de receptores o por modificaciones en la afinidad de los mismos.
- Incrementa el proceso doloroso, al evolucionar la enfermedad y aumentar las dosis.
- Genera dependencia física por la aparición del síndrome de abstinencia, al interrumpir de manera brusca el tratamiento o, la administración de un antagonista. Se debe reducir la dosis progresivamente en dos semanas, nunca suspender de golpe un tratamiento de más de dos semanas.
- Dependencia psicológica, no es normal de presentarse. La prescripción debe ser con horarios fijos y nunca a demanda.

#### CLASIFICACIÓN:

- **Agonistas puros:** Morfina, Heroína, Petidina, Metadona, Fentanilo, Codeína y Tramadol. Actúan sobre el receptor mu.
- **Agonistas/Antagonistas:** Pentazocina, Nalorfina y Nalbufina. Agonistas kappa y antagonistas mu.
- **Agonistas parciales:** Buprenorfina. Actúan sobre el receptor mu.
- **Antagonistas:** Naloxona y Naltrexona.

### 3. OPIÁCEOS DÉBILES

Si el dolor que presenta el paciente no puede ser controlado por un AINE, o es de tipo moderado a intenso, se administran opiáceos de tipo débil. Se los puede asociar con un AINE o, con un fármaco coadyuvante. Dentro de estos encontramos:

- Dextropropoxifeno, derivado de la metadona. Se absorbe rápidamente, el tiempo de analgesia comienza a los 15-30 minutos de su administración.
- La codeína, derivado de la morfina con menor potencia analgésica y depresora del sistema nervioso central, no produce dependencia.
- Dihidrocodeína, posee las mismas propiedades analgésicas que la codeína, pero es más potente.
- Tramadol, opiáceo menor, agonista puro, estructura similar a la codeína, más potente, posee doble mecanismo de acción: Interacciona débilmente con los receptores opiáceos y, inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina en el asta posterior de la médula. Por lo que se supone que genera menos estreñimiento que los otros.

### 4. OPIACEOS POTENTES

Con la persistencia o aumento del dolor, se utilizan opiáceos potentes, los que pueden asociarse con analgésicos no opiáceos y con adyuvantes.

Los opiáceos de esta característica, poseen eficacia analgésica similar a los anteriores pero con más potencia.

- Morfina, de elección para dolor de tipo severo. Fácil de administrar correctamente, proporciona mayor alivio. Activa los receptores mu, lo que genera: sedación, sensación de bienestar y analgesia.  
Efectos adversos: Estreñimiento (tratar con laxantes), náuseas y vómitos (con dosis medias, al producir retraso en el vaciamiento gástrico, se trata con haloperidol, un antiemético) y, depresión respiratoria (ocasiona bradicardia e hipotensión por efecto vagal y vasodilatación arteriovenosa, hipertensión craneal).
- Fentanilo, agonista puro sobre el receptor mu. Interfiere en la transmisión de la sensibilidad nociceptiva, actuando sobre el neuroeje, desde el córtex hasta la médula espinal, provocando analgesia y sedación. Posee bajo peso molecular y una elevada liposolubilidad lo que proporciona la administración transdérmica.

Efectos adversos: bradicardia, hipotensión, rigidez muscular a dosis altas. Depresión respiratoria con hipoventilación si se lo asocia con otros depresores del sistema nervioso central.

## 5. FARMACOS COADYUVANTES

Este tipo de fármacos en sí, no tienen efecto analgésico propio pero, modifican factores relacionados al mismo, aumenta la tolerancia. Los principales son:

- **Antidepresivos:** En dolores de tipo neuropático lancinante, dolor por distrofia simpática, dolor neuropático perineal, dolor de miembro fantasma y dolores relacionados a depresión e insomnio.  
Para analgesia se utilizan los tricíclicos: Amitriptilina, Clorimipramina y Nortriptilina. Responden mejor a los dolores crónicos, se supone que actúan bloqueando los receptores de serotonina en el Sistema Nervioso Central, por síntesis de prostaglandinas. Su acción analgésica no depende de su acción antidepresiva.
- **Anticonvulsivantes:** En dolor neuropático fijo o continuo, sin respuesta a los antidepresivos. Se utilizan: Carbamacepina, Fenitoína y Valproato.
- **Neurolépticos:** Para dolor neuropático, dolor crónico y como potenciador de aines y opiáceos para tratar la ansiedad, el insomnio y la agitación. Se utilizan: Clorpromacina, Levomepromazina y Haloperidol, bloquean los receptores dopaminérgicos produciendo propiedades antipsicóticas, sedantes y ansiolíticas. Bloqueo de los receptores alfa adrenérgicos, produciendo analgesia y antieméticas.
- **Benzodiazepinas:** Para dolor neuropático lancinante, dolor asociado a la ansiedad, dolor asociado a espasmo muscular agudo. Se utilizan: Clonazepam, Alprazolam, Diazepam, Midazepam. Estos, no poseen acciones analgésicas directas, la acción está limitada al control de la ansiedad y la agitación en situaciones de dolor crónico.
- **Corticoides:** Para dolor nociceptivo óseo, visceral e infiltración tisular, dolor neuropático por compresión, infiltración y destrucción del tejido nervioso, dolor asociado a malestar general, dolor por anorexia. Se utilizan: Dexametasona, Prednisona, Metilprednisona. La característica de los corticoides es que elevan el humor, estimulan el apetito, tienen poder antiinflamatorio y analgésico, además tienen acción antiemética.

## NECESIDADES BÁSICAS DE UN PACIENTE EN LA FASE TERMINAL DE SU VIDA.

Virginia Henderson define la necesidad como un requisito, no como un problema o una carencia. Para ella es un elemento que integra diferentes aspectos de la vida de las personas, estos son: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todos son requisitos fundamentales y algunos son esenciales para la supervivencia y mantener la integridad.

Las necesidades básicas pueden ser de dos tipos:

- ✓ **Universales:** comunes a todos
- ✓ **Específicas:** se manifiestan de manera diferente en cada persona



Las catorce necesidades básicas que plantea Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas
5. Dormir y descansar
6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros del entorno
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

El paciente en situación terminal necesita cubrir la necesidad de eliminar los desechos corporales, movilización, dormir y descansar, mantener la temperatura corporal, higiene y confort y evitar los peligros del entorno.

La nutrición e hidratación de este tipo de pacientes al final de la vida, pasan a segundo plano. Si bien, se mantienen porque se entiende que la familia puede presentar inquietudes frente al retiro de ambas, para el paciente no son necesarias. La nutrición puede causar alteraciones al metabolismo, producir infecciones, lo que generaría una complicación del proceso.

La hidratación puede ocasionar efectos como un aumento de la cantidad de secreciones, lo que genera estertores y una prolongación de la agonía. Se pueden humidificar los labios y la cavidad bucal con una gasa empapada en agua.

Llevar adelante el cuidado con patrones y/o necesidades básicas es una metodología para brindar los cuidados correctos, en pacientes con enfermedad terminal, lo prioritario es la calidad de vida.

La calidad de vida se define como la percepción que el individuo presenta sobre su posición en la vida dentro de lo cultural y los valores con los que vive, en cuanto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Este concepto engloba la salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y la relación con su entorno. Depende de cada individuo por lo que, tiene mucho de subjetivo.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

Muchos de estos pacientes con enfermedades terminales reciben los llamados “cuidados paliativos” aquellos que son para el final de la vida. Inicialmente comenzaron en Inglaterra como un tipo de filosofía y en el año 1990 la OMS, los definió como: “cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define estos cuidados como: Un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases terminales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que le resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que los quiere”.

El subcomité Europeo de Cuidados Paliativos, el 5 de mayo de 1991 definió a los cuidados paliativos como: “La asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y su familia”

Si bien, en sus comienzos los cuidados paliativos se brindaban a personas enfermas terminales de cáncer, la existencia de muchos enfermos con patologías crónicas no cancerosas en situación avanzada pueden tener beneficios con cuidados paliativos ya que el objetivo del tratamiento es parecido.

La OMS aplica una serie de criterios en los que basarse para considerar a una enfermedad terminal y tiene que ver con la situación del enfermo, nivel de autonomía, síntomas y capacidad de relación. Estos son:

1. Insuficiencias orgánicas avanzadas: Cardíacas, respiratorias, hepáticas y renales.
2. Enfermedades de carácter degenerativo al SNC (Sistema Nervioso Central): Demencias, Parkinson, Ictus, Coma.
3. Pacientes geriátricos con multi patologías terminales.
4. Pacientes terminales afectados de SIDA.
5. Poli ulcerados con inmovilidad irreversible.

Este tipo de cuidados no está asociado a la eutanasia, ya que se la misma está prohibida en el país y, conlleva a provocar la muerte de una persona.

## **LA EUTANASIA EN LA HISTORIA**

En Roma tenían la costumbre de arrojar a los niños deformes desde la Roca Tarpeya, entre los Celtas acostumbraban a acelerar la muerte de los ancianos, los enfermos y a los heridos de guerra.

Francis Bacon en 1623, afirmó que la función del médico es aliviar los dolores y devolver la salud, aunque esto no siempre implique la curación, sino que también asegurar una muerte tranquila y fácil.

En 1895 surgió la eutanasia en una obra de Jorst “El derecho a morir”. En 1920, Karl Binding y Alfred Hoche, un psiquiatra, publicaron “La licitud de destruir la vida que no merece vivir”, lo que dio paso a la ley que autorizaba la eutanasia en Alemania en los años veinte y treinta, aprobada para los enfermos terminales, sin distinción de raza. En 1930, Hitler amplió el alcance de la ley para ancianos, menores y veteranos de guerra, esto llevó al abuso de experimentos con humanos y genocidios.

En 1932, en Inglaterra, el médico Millart exigió la legalización del “mercy killing” y fundó la asociación Exit en 1935, que después paso a llamarse Voluntary Euthanasia Society, que hasta hoy día sigue impulsando la eutanasia en ese país.

En 1938, en Estados Unidos, se fundó una asociación parecida a la de Inglaterra bajo el nombre de Euthanasia Society of América. En 1973, en Holanda, se creó la asociación más activa en este tema y su precursor fue el Doctor Admiraal, quien además es autor de un manual sobre técnicas de suicidio sin dolor.

La eutanasia es la acción de provocar la muerte sin dolor, a una persona que padece de una enfermedad terminal. Existen y es importante saber las diferentes maneras de practicar la eutanasia, estas son:

- **Eutanasia voluntaria:** Administración médica de un agente letal, por pedido directo del paciente, con el objetivo de terminar con su vida.
- **Eutanasia involuntaria:** Administración de drogas para terminar con la vida del paciente, sin que este lo haya pedido directamente.
- **Perinatal:** Se aplica a recién nacidos deformes o deficientes.
- **Agónica:** Se aplica a los enfermos terminales ya desahuciados.
- **Psíquica o social:** También llamada eutanasia económico social, aplicada a quienes tienen lesiones irreversibles, ancianos, personas socialmente improductivas.
- **Eutanasia por efecto doble:** Provisión de drogas, como los opioides, para aliviar los síntomas, en dosis elevadas, acorta la vida del paciente y, su consecuencia fatal es la muerte.
- **Eutanasia activa:** Cuando por una acción se provoca la muerte del paciente.
- **Eutanasia pasiva:** Se refiere al abandono o a la no utilización de tratamientos, que pudiera alargar la vida del paciente, es decir, se produce por una omisión o falta.

- **Suicidio asistido:** Proveer al paciente, por medio de prescripciones o administración de drogas, los medios necesarios para terminar con su vida.
- **Eutanasia directa:** Busca que el resultado final sea la muerte.
- **Eutanasia indirecta:** busca aliviar el dolor físico, sabiendo que el tratamiento puede acortar la vida del paciente.
- **Eutanasia Positiva o Negativa:** También conocida como *Distanasia*, es aquella que pretende alejar la muerte del paciente, prolongando la vida sin esperanzas de recuperación.

Hay una diferencia entre la Eutanasia y la Distanasia, siendo la primera la acción de ocasionarle a otro la muerte, mitigando el dolor y la segunda, es totalmente lo opuesto. La Distanasia busca retrasar o suspender el proceso de la muerte del paciente. Pero, además entre las anteriormente mencionadas encontramos la Ortotanasia, que es la muerte en el momento adecuado, es decir, cuando y como debe ser.

Para la OMS la Eutanasia es: “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma” y, aclara que asistir o realizar una acción sobre una persona para acabar con su vida se llamó y se sigue llamando “homicidio”.

### **SITUACIÓN EN OTROS PAÍSES**

En abril del año 1992, el Parlamento Holandés, sancionó una ley que institucionalizó la práctica eutanásica garantizando inmunidad legal a los médicos que la ejercieran, siendo el primer estado en proporcionar esta garantía a los médicos. Hace casi treinta años, estas prácticas se encuentran centradas a la eutanasia activa. En otros países de Europa no existen antecedentes similares pero si, fallos judiciales que avalan la suspensión de tratamientos a pacientes terminales.

En el continente americano, especialmente en los países latinoamericanos hay muchas diferencias en cuanto a este tema, es escasa la discusión sobre temas relacionados al fin de la vida de los pacientes terminales en terreno judicial y legislativo. Por otro lado, en los Estados Unidos es un debate que crece diariamente. En 1976 se constituyó el primer fallo para apoyar la suspensión de tratamientos en pacientes terminales en el continente americano, luego de que la Corte Suprema del Estado de New Jersey permitiera la desconexión del ventilador a Karen Ann Quinlan. Esto trajo consigo que la mayoría de los Estados, crearan leyes que permitieran la suspensión de tratamientos a pacientes terminales y, que la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos de América falle a favor de la suspensión de tratamientos. En el estado de Oregón, el suicidio asistido es legal, por apoyo de la vía de consulta popular el Parlamento de ese estado aprobó el “Acta de Oregón de Muerte con Dignidad”. Sin embargo, en casi toda la extensión del territorio norteamericano, son ilegales las muertes asistidas.

## **SITUACIÓN DEL PAÍS**

En Argentina existe la Ley 23.464/87 y la Ley 24.193/93, que rigen solamente en los casos de diagnóstico de muerte cerebral, que justifican la solicitud de eutanasia, más allá de que los pacientes sean o no donantes de órganos. Estas leyes se formularon después de la Ley 21.541/77, que fue la primera en el país para legalizar la suspensión de asistencia respiratoria mecánica a pacientes con muerte cerebral diagnosticada y a diferencia de las anteriormente mencionadas, esta ley rige solo para los pacientes que son posibles donantes de órganos.

Otras leyes existentes en el país son la Ley 26.529 “Derecho del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado” y, la Ley 26.742 “Muerte Digna”.

La Ley 26.529 (Derecho del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado), sancionada el 21 de octubre del año 2009 y promulgada el 19 de noviembre de ese mismo año, nos muestra el ámbito de aplicación en cuanto a: la autonomía de voluntad, la información y la documentación clínica. En el capítulo 1, nos habla de los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud y estos derechos son los siguientes:

- a) Derecho a la asistencia: Con prioridad niños/as y adolescentes, sin menoscabo y distinción alguna, producto de ideas, creencias religiosas y políticas, condición económica, raza, sexo u orientación sexual, otras.
- b) Derecho a un trato digno y respetuoso: Con respeto a las convicciones personales y morales, condiciones socioculturales, género, pudor e intimidad.
- c) Derecho a la intimidad: Toda actividad médico asistencial debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de voluntad, resguardo del mismo y confidencialidad de datos sensibles.
- d) Derecho a la confidencialidad: Toda persona que participe en la manipulación de la documentación clínica o, que tenga acceso a ella, guarde la debida reserva, salvo disposición de autoridad competente o autorización del paciente.
- e) Derecho a la autonomía de la voluntad: Aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin excepción de causa. Revocar su manifestación de voluntad, los niños/as y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061, a la toma de decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.
- f) Derecho a la información sanitaria: Recibir la información necesaria vinculada a su salud. Incluye NO recibir la mencionada.
- g) Derecho a la interconsulta médica: Recibir la información por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su salud.

En los capítulos siguientes esta Ley hace definiciones para tener en cuenta a que se refiere cuando habla de: Información Sanitaria, Consentimiento Informado e Historia clínica.

## Capítulo 2.

- Artículo 3- Información Sanitaria: Aquella que de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, estudios y tratamientos que son menester realizarle, evolución, riesgos complicaciones o secuelas de los mismos.
- Artículo 4- Esta información sólo puede ser brindada a terceras personas con la autorización del paciente. En caso que el paciente se encuentre incapacitado para recibir la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será dada a un representante legal, conyugue o, a quien esté a cargo de la asistencia.

## Capítulo 3.

- Artículo 5- Consentimiento Informado: Es la declaración de voluntad efectuada por el paciente o, por sus representantes legales, emitido posterior a recibir por parte de los profesionales intervinientes, información clara, precisa y adecuada en relación a su estado de salud, el procedimiento propuesto con especificación de objetivos, los beneficios esperados del tratamiento, los riesgos, molestias y efectos adversos posibles, los procedimientos alternativos, riesgos, beneficios y perjuicios y, las consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento propuesto o sus alternativas.
- Artículo 6- Toda actividad profesional en el ámbito sanitario, público o privado, requiere previamente este tipo de consentimiento del paciente.
- Artículo 7- El consentimiento es verbal con excepciones que será escrito y suscrito para: Internaciones, intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos, terapias invasivas y procedimientos que impliquen riesgos según la ley y, para la revocación del mismo.
- Artículo 8- Consentimiento informado del paciente o su representante legal y, del profesional de la salud interviniente ante la exposición para fines académicos.
- Artículo 9- Los profesionales de la salud quedan eximidos de requerir el consentimiento informado cuando, hay grave peligro para la salud pública o, en caso de situación de emergencia con grave o peligro para la salud pública o vida del paciente.
- Artículo 10- La decisión del paciente o su representante legal, puede ser revocada. El profesional debe acatar dicha decisión y dejar constancia de ello en la historia clínica, con el fin de acreditar dicha manifestación y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previstos que la misma implica.
- Artículo 11- Toda persona mayor y capaz puede disponer de directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos paliativos o preventivos, las cuales deberán ser acatadas por los médicos salvo aquellas que indiquen desarrollar prácticas eutanasicas, que se tendrán en cuenta como inexistentes

## Capítulo 4.

- Artículo 12- Historia Clínica: Documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.
- Artículo 13- Historia clínica informatizada. Siempre teniendo en cuenta los medios para su seguridad, integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en tiempo y forma.
- Artículo 14- El paciente es el titular de la misma, por lo que si este lo requiere puede solicitar una copia y se le debe entregar en un plazo de 48 horas, autenticada por la autoridad competente.
- Artículo 15- Debe aparecer la fecha de inicio de la confección, los datos del paciente y su núcleo familiar, los datos del profesional interviniente y su especialidad, registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes, antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos (si los hubiere) y, todo acto médico realizado o indicado.
- Artículo 16- También forma parte de la historia clínica el consentimiento informado, indicaciones médicas, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, prescripciones dietarias, estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, breve sumarios de acto, actuación con fecha, firma y sello del profesional.

Por otro lado, la Ley 26.742 (Muerte digna), sancionada el 9 de mayo del año 2012 y promulgada en 24 de mayo del mismo año, llegó a modificar algunos de los artículos e incisos de la Ley 26.529.

Artículo 1- Modificase inciso e del artículo 2 de la Ley 26.529

El paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tiene derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos de reanimación artificial o al retiro del soporte vital. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estado terminal irreversible o incurable. No significa la interrupción de medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Artículo 2- Modificase el artículo 5 de la Ley 26.529

El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable o cuando se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, reanimación artificial o al retiro del soporte vital.

El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el procedimiento de atención de la enfermedad o padecimiento.

Artículo 3- Modificase el artículo 6 de la Ley 26.529

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado a las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley 24.193.

Debe garantizarse que el paciente participe en las medidas de sus posibilidades, en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 4- Incorpórase en el artículo 7 de la Ley 26.529

En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5 deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acta.

Artículo 5- Modificase el artículo 10 de la Ley 26.529

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y orden allí establecido.

Artículo 6- Modificase el artículo 11 de la Ley 26.529

La declaración de la voluntad deberá formalizarse por escrito ante un escribano público o juzgado de primera instancia, para la cual se requerirá de la presencia de dos testigos. Dicha declaración puede ser revocada en todo momento por quien lo manifiesta.

Artículo 7- Incorpórase como artículo 11 bis a la Ley 26.529

Ningún profesional interviniente que haya actuado de acuerdo a las disposiciones de la presente ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa, derivadas en el cumplimiento de la misma.

El Código Penal Argentino, en el artículo 83 nos dice “Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado”.

No hay en nuestro país legislación alguna que avale las prácticas eutanásicas. Nuestro sistema democrático y constitucional, respeta la vida humana y los derechos de las personas, por ello es que se debe respetar el curso de la naturaleza para que las personas enfermas puedan morir con dignidad. La dignidad de la persona adquiere un significado particular en el momento de tomar decisiones sobre la realización o no, de un tratamiento.

Con la Reforma constitucional del año 1994, el artículo 75 inciso 22, otorga jerarquía constitucional a diferentes instrumentos institucionales y regionales en materia de derechos humanos, por lo que de esta manera las cuestiones atinentes al derecho de la salud, deben ser resueltas bajo ciertos criterios provenientes de esos instrumentos.



## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES TERMINALES**

Las intervenciones que realiza enfermería en esta etapa, se definen como tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza el profesional para favorecer el resultado esperado por el paciente. Estas pueden ser de manera directa o indirecta, dirigidas a la persona, su familia y comunidad. El objetivo de dichas intervenciones no es curar al paciente sino, ayudarlo a tener una muerte digna, entendiendo y atendiendo a las necesidades emocionales y espirituales tanto del enfermo como del enfermero/a que lo cuida, promoviendo el autocuidado, involucrando a la familia y ofreciendo soportes de ayuda formal o informal, el primero son los recursos sanitarios y el segundo, asociaciones, grupos de ayuda y voluntarios.

Las intervenciones van centradas en los cuidados a las últimas semanas o meses de vida del paciente, que presenta un cuadro clínico de deterioro físico y psíquico, debilidad, postración, una disminución de la conciencia, presenta confusión y dificultad para comunicarse, también en la ingesta de medicamentos y alimentos.

La enfermería basa su asistencia en un enfoque holístico, con el objetivo de conocer los sentimientos de la persona acerca de la enfermedad y así, poder identificar las prioridades en la atención.

Los principios de atención en cuidados paliativos deberían estar dentro del concepto de atención primaria por la perspectiva integral de asistencia de esta última etapa, por la accesibilidad y el conocimiento biográfico y clínico del paciente pero, la dependencia progresiva de los pacientes al servicio hospitalario, la falta de coordinación entre los niveles de atención, los problemas organizacionales y la falta de formación específica, generan una pérdida de protagonismo como atención primaria. Organismos internacionales, en los últimos años han insistido en propiciar de programas de cuidados paliativos a todos los niveles de atención, programas que faciliten la atención coordinada a estos pacientes al final de su vida y, que actúen conforme a cada caso

Dentro de los cuidados de enfermería para pacientes terminales, se trata la mente, el cuerpo y el espíritu, además de una serie de cuidados que abarcan lo siguiente:

- Apoyo para el paciente y su familia.
- Alivio y control del dolor
- Tratamiento de los síntomas, que pueden incluir dificultad respiratoria, estreñimiento o ansiedad.
- Atención espiritual si lo necesita.
- Asistencia de salud en el hogar y servicios domésticos.
- Consejería.

Tanto el personal de enfermería como todo el equipo de salud interviniente, está preparado para ayudar al paciente y su familia a:

- Saber qué esperar
- Hacerle frente a la soledad y al miedo
- Compartir sentimientos
- Cómo enfrentar la muerte, atención para el duelo.

Hay dos aspectos que son fundamentales, para brindar una mejor calidad de vida a estos pacientes en su última etapa: La comunicación como forma de cuidado y las acciones directas sobre las necesidades que el paciente presenta alteradas.

### **Comunicación como forma de cuidado**

Es de vital importancia la comunicación en los cuidados a pacientes terminales, pudiendo ser una forma de cubrir las necesidades de la persona afectada. La comunicación es un proceso activo, hablar, como pasivo, escuchar. Entonces se puede definir como: Hacer partícipe o transmitir algo a una persona, información, sentimientos, pensamientos.

Emplear la comunicación en el cuidado de una persona ante la muerte, es de enorme importancia. Lo primero es informar, asesorar y enseñar al paciente como a su familia, modos y formas de cuidado. Segundo, que el personal de enfermería se informe, aprenda y comprenda cuales son las prioridades del paciente y su familia, identificar los temores, preferencias, conocer sus calores y saber que es bueno para ellos. Nunca se podrá brindar un buen cuidado, si se le impide a la persona ejercer su autonomía, expresar sus opiniones, deseos y preferencias, que servirán para aconsejar, asesorar y educarlo en los cuidados que debe llevar a cabo.

Los enfermeros/as deben integrar la comunicación en la relación con el paciente y su familia. Si bien, es una tarea difícil ya que la muerte y el proceso de morir provocan reacciones psicológicas que impulsan a evitar la comunicación ¿por qué? Porque no es fácil responder a preguntas como ¿Cuánto tiempo de vida me queda? ¿Cómo voy a morir? Estas preguntas dejan sin respuesta a los profesionales.

Existen tres tipos de diálogo: Auténtico, técnico y el monólogo.

- Diálogo auténtico: Bidireccional, se aprende y se enseña. Hay una retroalimentación de la información por lo que hay comunicación. Positivo para interlocutores.
- Diálogo técnico: Unidireccional, uno habla y el otro escucha. No hay una retroalimentación de la información, por ende, no se puede saber si el paciente comprendió lo que se le comunicó.
- El monólogo: las personas hablan consigo mismas, aunque piensan en intercambiar información. Sirve para desahogarse de las tensiones.

### **Recomendaciones**

En su labor diaria los enfermeros tienen que informarse e informarse, lo que facilita el hecho de comunicarse para descubrir los temores y desilusiones del enfermo y su familia. Hay algunas recomendaciones que se deben tener en cuenta al momento de utilizar la comunicación, y son:

- **La comunicación no es un acto único:** Proceso que dura toda la relación. Gradual y paulatina, dosificar la información.
- **Esperar a que el paciente hable y pregunte:** Es importante saber lo que el paciente sabe para no dar una información errada.
- **Saber usar los silencios:** No invadir de palabras al paciente, saber qué es lo que hay que decir y, en caso de no saber cuál es la respuesta, o no sentirse seguro de que decir, es mejor responder “no sé” en lugar de hablar y que el paciente al final no entienda nada o se quede con más dudas.
- **Simpleza y no usar palabras malsonantes:** Usar un lenguaje sencillo y comprensible para el paciente, olvidarse del tecnicismo y evitar el uso de palabras como “muerte” o frases como “no hay tratamiento” las que se conocen como malsonantes. El paciente o su familia frente a este tipo de palabras o frases, puede bloquearse y dejar de prestar atención al resto de la información que se le está dando. Tampoco se debe mentir ya que esto se podría volver en contra, lo que llevaría a perder la confianza del paciente y su familia.
- **Usar correctamente el lenguaje no verbal:** Importa cómo lo decimos, los gestos y movimientos que se emplean al comunicarse. La comunicación es un conjunto de contenido verbal (tono, volumen de la voz) y no verbal, la forma en que se expresa, los gestos, la expresión corporal, que nos confirman si existe una contradicción entre lo que se está diciendo y en cómo se dice. Este tipo de comunicación es delator. No es lo mismo hablar mirando a los ojos a la persona que está recibiendo la información a, hablarle y correr la mirada.

### **Cuidar con cuidado**

Los profesionales de enfermería son responsables de los cuidados del día a día y deben de satisfacer las necesidades más básicas de los enfermos: nutrición, oxigenación, la higiene y la eliminación. Estas necesidades forman parte de la intimidad del paciente.

El cuidado de enfermería pasa a ser más cauteloso, con el objetivo de no dañar ni molestar al paciente, como así también, con la discreción que este requiere para no invadir la intimidad más de lo necesario. Debe fundamentarse en el aprecio y reconocimiento de la dignidad y el valor de la persona enferma, hacerle saber a la persona en el último tramo de su vida y a la familia, que el personal de enfermería está ahí, quizás solo sea necesaria la presencia, una caricia, un apretón de manos, acompañar en el silencio.

Existen dos aspectos básicos a tener en cuenta, para el cuidado a un paciente con enfermedad terminal:

- Enfoque integral de la persona enferma: Abarca aspectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.
- Apoyo a la familia o a su entorno afectivo: Para evitar la claudicación emocional y física en ocasiones.

### **Cuidando la intimidad con cuidado**

Al hablar de intimidad nos referimos a, el espacio de la privacidad personal que cada ser humano tiene y debe proteger a través del sentido común. Si bien los seres humanos confían parte de su intimidad en sus amistades y personas de confianza, la realidad es que existe un ámbito que es propio e intransferible. La confianza se deposita en personas que se ganan el respeto de la persona, ya que la intimidad no tiene precio por lo que no se comparte con cualquier persona, un secreto, un tema confidencial o algún dato relevante. Por lo tanto, es la parte reservada, lo que lleva a encontrar la felicidad, lo más particular de los pensamientos, afectos ocultos, el interior de una persona, los enfermeros no entran en lo íntimo de la persona desde este punto de vista, pero deben saber de su existencia y respetarlo.

La intimidad en el cuidado se ve caracterizada por la relación de proximidad, el paciente se ve en la obligación de exponer su intimidad para su cuidado, confiando en que el personal de enfermería entrará en su intimidad desde la confidencialidad, para ser utilizado únicamente para el cuidado. Se debe tener siempre presente lo íntimo, aquello que el paciente no muestra y constituye lo más propio, que lo acompañan en la vida y en los momentos de su muerte.

La confianza, la capacidad de comunicación y escucha y la comprensión del personal de enfermería ante el paciente, son los condicionantes que determinan la relación necesaria para que surja la intimidad del cuidado.

Dos aspectos de la intimidad:

- Cuidado de la persona con la debida atención, sensibilidad y respeto a su intimidad: Brindar los medios necesarios para preservar la intimidad del paciente, en cuanto a los cuidados que llevan al paciente a verse descubierto físicamente, se debe hacer en el espacio y momento adecuado.
- La protección de lo íntimo de la persona cuidada: Los enfermeros desde la planificación del cuidado, brindan ayuda a los pacientes para preservar lo íntimo, lo que este no quiere que se conozca. Es decir, esta parte incluye no revelar aspectos de la intimidad del paciente que se conocen por medio de los cuidados.

Se presenta la discreción, es decir, no ir más allá de lo que se requiere para el cuidado de la persona o, de lo que la persona quiera compartir.

### **La técnica como medio del cuidado con cuidado**

Los cuidados a los pacientes terminales se basan fundamentalmente en: el confort y calidad de vida. Para esto se elabora un plan de atención utilizando como metodología, las Necesidades Básicas de Virginia Henderson, los Patrones de Gordon o cualquiera que asuma el equipo interdisciplinario. Lo primero que se debe realizar es, un diagnóstico enfermero del paciente para poder definir el plan de cuidados que permita responder y brindar soluciones a las molestias y sufrimiento del paciente.

La valoración del paciente se basa en tres parámetros fundamentales:

- Observación
- Entrevista (si es posible)
- Evaluación continua, monitorización de los síntomas, seguimiento y evaluar si se resuelven o no.

En pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal, el objetivo de enfermería ya no es curar, sino más bien cuidar, brindar la mayor calidad de vida.

### **Funciones específica del cuidado**

- **Función cuidadora:** Contemplar tres vertientes:
  - o Cuidados básicos: Aquellos que son para brindar el mayor confort al paciente.
  - o Cuidados preventivos: Aquellos destinados a evitar los problemas que desarrollan estos pacientes.
  - o Cuidados sintomáticos: Aquellos con el objetivo de resolver o paliar los estados patológicos que van apareciendo.
- **Función protectora o de garante**
  - o Mantener un ambiente seguro: Prevenir lesiones y proteger al paciente de los posibles efectos adversos del tratamiento.
  - o Defender los derechos humanos y legales del paciente: Teniendo siempre en cuenta el principio de autonomía, como eje fundamental del cuidado.

En relación a los cuidados a los pacientes agónicos, aunque los sentidos disminuyen, hay que tener en cuenta que no hay que dejar de hablar, tocar o acariciar al paciente, no hay que dejarlo solo. Si el paciente no puede responder de forma verbal, lo hará de otras maneras, cerrando las manos, los ojos, emitiendo lágrimas. El tacto es importante para la unión con la persona, es el último eslabón del contacto humano. Permanecer al lado de la persona, favorece la comodidad de todos, en especial de la persona. Tener cuidado con el habla, que sea en tono suave y claro, evitar los ruidos y conversaciones ajenas al paciente.

En el libro Avances de los Cuidados Paliativos, hay un apartado de cuidados de enfermería a personas en fase terminal que nos indica que se puede aprender de estos cuidados y, esto es lo siguiente:

Cuidando a un paciente en fase terminal podemos aprender a descubrirlos, a superar nuestros prejuicios y temores ante el proceso del morir y de la muerte misma. Aprendemos a escuchar con atención, a brindar la información correspondiente que solicitan sin mentir. A mantenernos serenos frente al sufrimiento y la muerte, a reflexionar y pensar en aquellos que su muerte produjo un alivio tras un proceso de morir difícil de soportar y por último, pero no menos importante, a darle la mano hasta el final.

Los pacientes en situación terminal nos enseñaran lo que se necesita aprender para lograr así cuidar con cuidado, porque de la misma manera en que damos, vamos a recibir.

### **La responsabilidad moral en el cuidado al paciente en situación terminal**

Para hablar de responsabilidad moral y profesional, primero debemos aclarar el significado de la palabra profesional y, de responsabilidad o del ser responsable.

Un profesional es aquella persona que ejerce una profesión para la que se formó y adquirió conocimientos por medio de instrucción universitaria u instituciones que forman profesionales, estas personas trabajan en un área laboral específica y especializada.

Se entiende como responsabilidad al hecho de cumplir con obligaciones de responder ante un hecho por ejemplo o, tener cuidado al tomar decisiones o, realizar algo. Incluye también el ser responsable por algo o alguien.

La palabra proviene del latín *responsum*, del verbo responderé. Se forma con el prefijo re- que hace alusión a la idea de repetición, volver atrás y, del verbo *spondere* que significa prometer, obligarse o comprometerse.

Es considerada un valor humano, una cualidad, una característica positiva de las personas que son capaces de comprometerse y actuar de manera correcta. En muchas ocasiones viene dado por un cargo, rol o circunstancia como lo es un puesto de trabajo o la paternidad.

Dentro de una sociedad se espera que las personas obren de manera responsable, ejerciendo sus derechos y obligaciones como ciudadanos. En ocasiones la responsabilidad responde a cuestiones éticas y morales.

Los profesionales de enfermería van adquiriendo esta responsabilidad a medida que se van formando, comienza en la universidad y se va complementando a lo largo de los estudios posteriores y a medida que adquieren experiencia. Las acciones que desarrolla van destinadas a las personas, de manera individual o colectiva. Es decir, que las actuaciones de la profesión de enfermería son actos responsables ya de por sí y requieren de mucha responsabilidad, las cuales tienen varias connotaciones: moral, social y legal.

Los diferentes tipos de responsabilidad sobre las que incurre un profesional pueden ser:

- Responsabilidad ético moral
- Responsabilidad legal, incluyendo esta la responsabilidad penal, civil y administrativa.

**La responsabilidad moral:** Caracterizada por la propia conciencia moral, guiada por los principios de uno mismo, haciéndonos responsables de nuestros actos ante nosotros mismo, ante nuestra conciencia y valores.

Históricamente se basaba en la “ética de sumisión”, donde se respondía únicamente a la autoridad profesional, en el orden técnico y moral, del médico, de la institución y de las jerarquías religiosas. Se esperaba que quienes brindaban los cuidados no tuvieran decisión propia, que actuarán sin pensarlo, obedeciendo a quien correspondía. La autoridad y la responsabilidad eran del “dirigente” que podía ser el médico u órdenes religiosas, los enfermeros no tenían responsabilidad propia.

Ya en el siglo XXI, la profesión se encuentra consolidada, con autonomía, forma parte de los equipos de asistencia, por lo que queda lejos de basar su ética en la sumisión. Asume su responsabilidad moral ante el ser cuidado y para ello debe ser preciso que tengan presentes tres criterios:

- Libertad: Actuar de manera libre.
- Conducta intencional: Ser consciente de las acciones que realiza.
- Acción u omisión: Realiza o deja de realizar algo.

Con respecto de los pacientes terminales, la responsabilidad moral es un ejemplo de la conciencia moral, las decisiones y actividades nacen de las convicciones de los enfermeros, los que asumen el compromiso con el paciente, antes que con las normas de la institución o los requerimientos de los demás profesionales.

### **ACTITUD DE ENFERMERÍA**

Definición de actitud: Proviene del latín “actitudo”. Para la RAE, es el estado de ánimo representado de cierta manera (actitud conciliadora). También hace referencia a la postura del cuerpo de una persona (cuando transmite algo de manera eficaz o, cuando está asociado a la forma anímica) o, un animal (lograr la atención por alguna razón)

Los profesionales de enfermería tienen un rol fundamental en el desarrollo del cuidado y tratamiento del dolor de los pacientes terminales. Estos, son quienes pueden comprender tanto a los pacientes como a sus familias y brindarles un apoyo físico y psicológico.

De alguna manera el trato continuo los lleva a establecer una relación cercana, brindando respuestas humanamente más allá de lo profesional debido a que estos pacientes están pasando por una situación particular y especial viviendo sus últimos momentos, a diferencia de aquellas personas que mueren de manera repentina o que pasan sus últimos días en un estado de coma en una cama en terapia intensiva. Si bien, la mayoría de los cuidados que reciben estos pacientes siguen un protocolo, en ocasiones debe existir una cierta flexibilización ya que cada paciente es un ser individual y único y, cada uno de ellos tiene su propia historia.

Uno de los objetivos de los enfermeros para este tipo de cuidados es, promover la independencia de los pacientes y que ellos se adapten de la mejor manera a las limitaciones que la propia patología les impone. Como así también, que obtengan la mayor comodidad,

Kimball Young (Psicólogo y Presidente de la Asociación Estadounidense de Sociología en 1945) definió la actitud como: “La tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas”

Las actitudes individuales ante el proceso de morir o la muerte en sí, generan en los enfermeros emociones de variada intensidad y factores como el dolor y el sufrimiento pueden causar una modificación en la práctica profesional. La negación de la muerte puede ser trasladada al personal de salud porque estos, no están exentos de la influencia de la sociedad.

Si bien, la muerte es un alivio ya que termina con el sufrimiento del paciente, muchas culturas aún se niegan a aceptarla y más aún desde los avances de la medicina que permiten prolongar la vida y curar enfermedades pero, se sabe que prolongar la vida de un paciente terminal, es prolongar el sufrimiento y el dolor para el mismo y su familia. Por esto, debemos hablar de que

en esta etapa o en este tipo de pacientes, hacer más hincapié en el cuidado y no en la cura, para que pase sus últimos momentos de la manera más aceptable y menos dolorosa.

El cuidado humanizado se basa en la presencia del diálogo entre las personas. Una relación donde se requiere de la presencia activa y predispuesta de los enfermeros, estando atentos a las necesidades de los pacientes para brindarles la mayor respuesta.

La actitud está compuesta por tres componentes:

- **Cognitivo:** Se trata de aquellas que funcionan como mediadores entre un estímulo y una respuesta. Son parte de un proceso de selección, codificación e interpretación. Para que esto ocurra, se requiere de la existencia de una representación cognoscitiva de dicho objeto o situación. El conocimiento previo de los objetos o experiencias almacenadas en la memoria son componentes cognoscitivos que constituyen una actitud. Las creencias, los valores y el conocimiento son los indicadores o elementos fundamentales del componente cognitivo.
  - **Creencias:** No tiene una base científica, es expresada a través de la afirmación. Es un estado mental donde la persona tiene como verdadero el conocimiento o la experiencia de un suceso o cosa.
  - **Valores:** Estados a los que los individuos le dan importancia como lo son: seguridad, amor, felicidad
  - **Conocimiento:** Adquirido a través de la experiencia o educación.
- **Afectivo:** Es considerado el único componente característico de las actitudes, aquel que más se resiste al cambio. Está definido por el sentimiento a favor o en contra de un objeto social.

Las opiniones integran una actitud provocando reacciones ya sean positivas o negativas hacia un objeto por lo que se dice que junto con las creencias, las opiniones comprenden un nivel cognoscitivo de la conducta humana.

Con la interacción de los componentes cognoscitivos y afectivos, tenemos la posibilidad de ir formando el concepto de actitud.

La actitud puede contener sentimientos positivos, favorables o placenteros, negativos o desfavorables y/o dolorosos.

Para resumir, el componente afectivo está referido al sentimiento a favor o en contra de un objeto o situación social, que para que suceda debe existir un componente cognoscitivo.

Los indicadores que se usan para medirlo son:

- **Sensibilidad:** Capacidad de percibir el estado de ánimo, modo de ser y actuar de las personas y comprenderlo. Captar valores estéticos y morales.
  - **Apatía:** Estado psicológico de indiferencia, el individuo no responde a aspectos emocionales. Falta de motivación o entusiasmo. De carácter específico hacia una persona, actividad o entorno
  - **Temor:** La percepción de un peligro real o supuesto
  - **Ansiedad:** Es una respuesta emocional que engloba aspectos subjetivos o cognitivos. Sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación.
- 
- **Conductual:** Se refiere a la conducta en sí, expresiones verbales, acciones.

Entonces podemos decir que las actitudes son la fuerza motivadora de la acción, se encuentran constituidas por lo que las personas piensan y sienten sobre un objeto o estímulo y, la forma en que se le da vida a ese sentimiento y pensamiento mediante la acción.



Los enfermeros no quedan exentos de accionar más allá de lo que piensan o puedan sentir ya que en ocasiones, su pensar o accionar va a estar condicionado por diferentes factores, por el accionar de la profesión propiamente dicha, basada en la atención y cuidado de las personas que padecen una enfermedad, en este caso, pacientes terminales que tienen un cuidado especial, requieren de contención tanto ellos como sus familias y es de esta manera, donde el accionar o la actitud del enfermero/a se va a ver condicionado por diferentes factores que tienen que ver también en cómo se siente el enfermero/a que brinda la atención.

### **SÍNDROME DE BURNOUT**

Hace referencia al estrés laboral generado en profesiones con relación constante o directa con personas. Este síndrome probablemente es el causante de la desmotivación en los profesionales de la salud. Como rasgos principales se encuentran el agotamiento físico y psicológico, actitud fría, despersonalización e inadecuación a las tareas que realiza.

- **ESTRÉS:** Hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales difíciles de realizar o satisfacer. Depende de las discrepancias entre las demandas del medio, los propios recursos y la manera en que se responde.

La respuesta de estrés es una reacción adaptativa que brinda una cantidad de recursos excepcionales. Si es duradera puede tener consecuencias negativas. El organismo no mantiene un ritmo constante y se producen trastornos en los diferentes niveles, problemas digestivos, trastorno del sueño, úlceras, ansiedad, depresión, apatía, consumo de sustancias.

La exposición a situaciones estresantes provocan una respuesta en aumento de 3 niveles: Fisiológico, cognitivo y motor.

- **ESTRÉS LABORAL:** Trabajos y organizaciones en la que por determinadas circunstancias la incidencia del estrés es mayor que en otras, representan un componente objetivo de estrés. Destacan condiciones físicas, horarios, demandas del puesto de trabajo, desempeño del rol laboral, relaciones interpersonales, variables organizacionales y situaciones de la empresa entre otras. Para las personas con profesiones de carácter asistencial, trabajar con personas cansa el doble, ya que la tarea abarca atención, cuidado, orientación y acompañamiento.

Para Maslach y Jackson, es una respuesta inadecuada de un estrés emocional crónico, del cual las características principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalización con relación a los demás y, un sentimiento de inadecuación de las tareas que se realizan.

Los profesionales de salud tienen una filosofía humanística del trabajo pero la realidad es que se enfrentan a un sistema deshumanizado y despersonalizado, al cual deben adaptarse que condiciona o determina su comportamiento. Experimentar esta diferencia entre la expectativa del servicio humano y la realidad, contribuye al estrés que sufren los profesionales.

El estrés en los profesionales de la salud es un problema al que se le está dando más importancia, en especial a los que trabajan en el área de oncología debido al desencanto por el penoso proceso hacia la muerte y la elevada tasa de mortalidad de los pacientes.

La aparición del síndrome de Burnout está asociada con más frecuencia al consumo de alcohol y el suicidio en los profesionales que lo padecen.

Características personales como la edad, sexo, variables familiares, ser padre o madre y la personalidad son medidores en la aparición del burnout.

El inventario de burnout de Maslach (MBI) es el más utilizado en el mundo. Es un cuestionario de 22 ítems sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y clientes. Tiene una estructura tridimensional de la que se pueden destacar tres subescalas para designar a un sujeto “quemado”. Estas escalas son:

- ❖ **Cansancio emocional (CE):** Se define como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga. Se manifiesta física, psíquicamente o una combinación de los dos. Describe los sentimientos de una persona exhausta.
- ❖ **Despersonalización (DP):** Manifiesta un cambio negativo en las actitudes y respuesta a otras personas, acompañando de aumento en la irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el mismo. Sus elementos responden a una respuesta fría hacia quienes reciben el servicio o cuidados del profesional.
- ❖ **Realización personal (RP):** Elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el propio trabajo con otras personas. Son respuestas negativas sobre uno mismo y el trabajo que realiza, que tienen que ver con la depresión, la moral y el autoestima baja, evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, una baja productividad e incapacidad para soportar la presión.

Estas escalas se han considerado separadas sin combinarse para formar una entidad superior. Partiendo de esta base se utiliza una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados para los profesionales de la salud.

Obtener una puntuación alta en CE y DP y una baja en RP, nos permite diagnosticar el trastorno. Las dos primeras apuntan a un mayor estrés ocupacional y la última, tiene una incidencia inversa en el síndrome ya que obtener una alta puntuación indica la existencia de menor estrés, una mejor RP.

Si bien el MBI es lo más utilizado para evaluar el grado de estrés en los profesionales de la salud, no está exento de críticas. Diversos autores encontraron que el CE es la dimensión con más acuerdo mientras que las otras dos, tienen que ver más con rasgos de la personalidad.

Pese a las críticas por las deficiencias que pueden hallarse en el MBI, no hay otro instrumento más preciso para diagnosticar el síndrome y el grado de severidad. Si bien existen otros instrumentos de medida como: La Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) y El Cuestionario Breve de Burnout (CBB), el MBI es el más utilizado en los estudios.

### **SÍNTOMAS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE BURNOUT**

- **Psicosomáticos:** Fatiga, dolor de cabeza frecuente, problemas para dormir, úlceras o desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, hipertensión, dolores musculares, irregularidades del ciclo menstrual, problemas respiratorios.
- **Conductuales:** Consumo de drogas, conductas violentas, ausentismo laboral y comportamientos de alto riesgo como puede ser una conducta suicida.
- **Emocionales:** Actitud fría, despersonalización, irritabilidad, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo, ideas suicidas, dificultad para concentrarse.
- **Defensivos:** Ironía, negación de las emociones, desplazamiento de afectos.

### **MEDIDAS PARA COMBATIR LA APARICIÓN DEL BURNOUT**

Se llevan a cabo en tres niveles de actuación:

1. **Individual:** Mejorando los recursos de protección para afrontar situaciones estresantes, de la siguiente manera:
  - ❖ Técnicas cognitivas conductuales, autocontrol
  - ❖ Aprender y controlar el burnout con técnicas como yoga
  - ❖ Adoptar una actitud equilibrada ante los problemas de los usuarios
  - ❖ Grupos de apoyo
  - ❖ Orientación previa al inicio del trabajo
  - ❖ Formación continua
  - ❖ Entrenamiento en el manejo del estrés y ansiedad
  - ❖ Cambios en el ambiente laboral
  - ❖ Supervisión
  - ❖ Adaptarse a las necesidades de los trabajadores
2. **Grupos de apoyo:** Tratar la relación del profesional con el trabajo. Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores es esencial para afrontar el burnout.
3. **Institucional:** Soporte asistencial para el personal por grupos capacitados que ofrecen ayuda eficaz y no disciplinaria.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir el impacto psicosocial que genera el cuidado de los pacientes terminales en el personal de enfermería, con más de dos o más años de experiencia laboral en servicios comunes del Sanatorio Regional de Avellaneda en el periodo de enero a julio de 2022.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la población de enfermeros del área de servicios comunes del propio instituto.
- Identificar el tipo de cuidado que brindan a los pacientes en situación terminal.
- Describir cómo vivencian el cuidado de la persona en el proceso de morir.
- Conocer los diferentes estados de ánimo que manifiestan los enfermeros, frente a las condiciones y situación de estos pacientes.
- Determinar la presencia de factores emocionales y espirituales en los enfermeros que ayudan a sobrellevar la muerte de los pacientes.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño de investigación**

El siguiente estudio es un trabajo de investigación no experimental, ya que no se realizan experimentos con cada unidad de análisis.

Es descriptivo, porque se describen los factores asociados y es transversal ya que ocurre en un periodo de tiempo determinado, con una fecha de inicio y fin actuales.

Es de tipo prospectivo, porque la investigación ocurre desde este momento hacia adelante en el tiempo.

Se considera un abordaje cualitativo, porque brinda cualidades de las unidades de análisis.

### **Enfoque de la investigación**

Se busca conocer o identificar factores psicosociales, es decir, emocionales, sociales y sentimentales en las unidades de análisis, que interfieran o modifiquen la manera en que abordan a un paciente terminal y a su entorno.

### **Tipo de recolección de datos**

Para la recolección de datos, se utilizarán entrevistas abiertas, es decir, con preguntas para que el personal de enfermería desarrolle las respuestas acorde a sus vivencias y experiencias con este tipo de pacientes.

### **Tipo de recolección de muestras**

La muestra es aleatoria, simple, siempre y cuando se cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

**Universo de estudio:** Todo el personal de enfermería de servicios comunes del Sanatorio Regional Avellaneda

**Muestra:** El personal de enfermería de servicios comunes, que tengan dos años o más de experiencia laboral y, brindan cuidados a pacientes terminales.

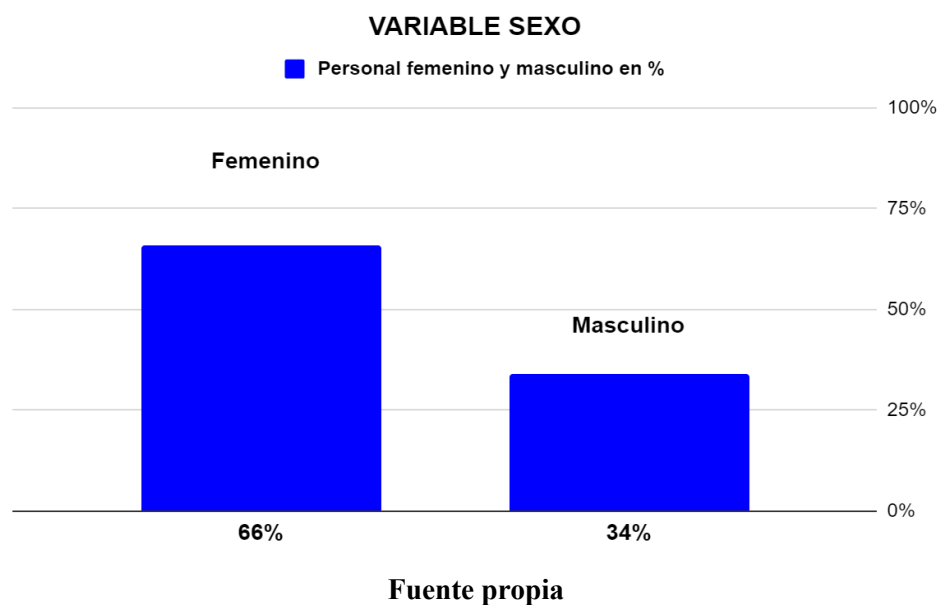
**Unidad de análisis:** Cada enfermero/a que cumpla con las características determinadas en la muestra.

**Criterios de inclusión:** Todos los enfermeros/as que trabajan en áreas o servicios comunes con dos o más años de experiencia laboral y que tratan con pacientes terminales y deseen participar contestando la entrevista

**Criterios de exclusión:**

- Enfermeros/as de áreas cerradas
- Enfermeros/as con menos de dos años de experiencia laboral
- Enfermeros/as que no traten con pacientes terminales
- Personal que no sea profesional de enfermería
- Enfermeros/as de otros hospitales o instituciones

**GRÁFICOS SEGÚN LOS DATOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN**

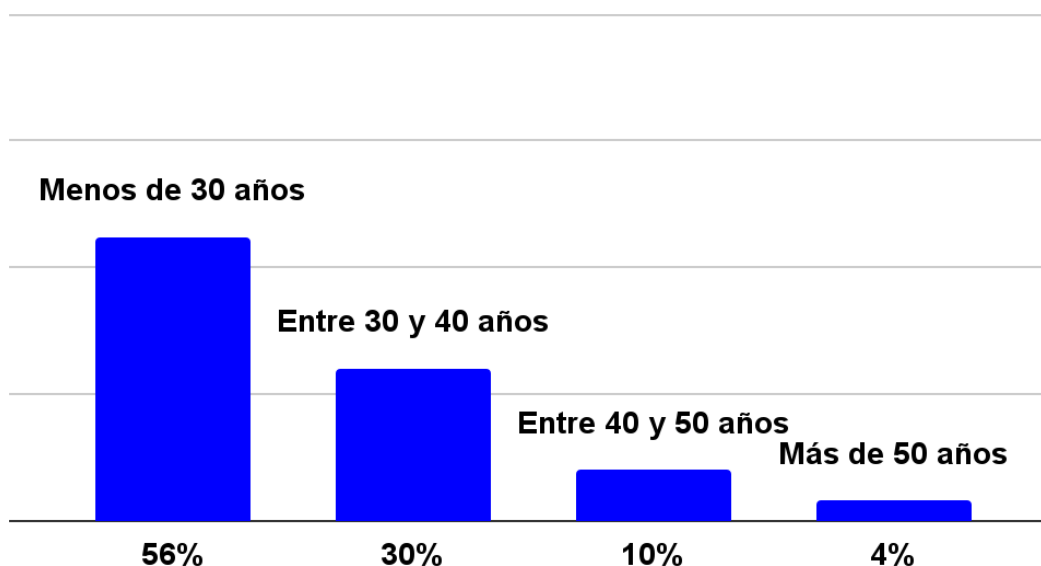


Del total de personas encuestadas podemos observar que el personal femenino abarca la mayor parte con un 66% y el masculino tan solo un 34%.

VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Sexo declarado al momento de realizar la encuesta	Se	Femenino	33	66%
		Masculino	17	34%

### VARIABLE EDAD

■ Edad declarada al momento de realizar la encuesta



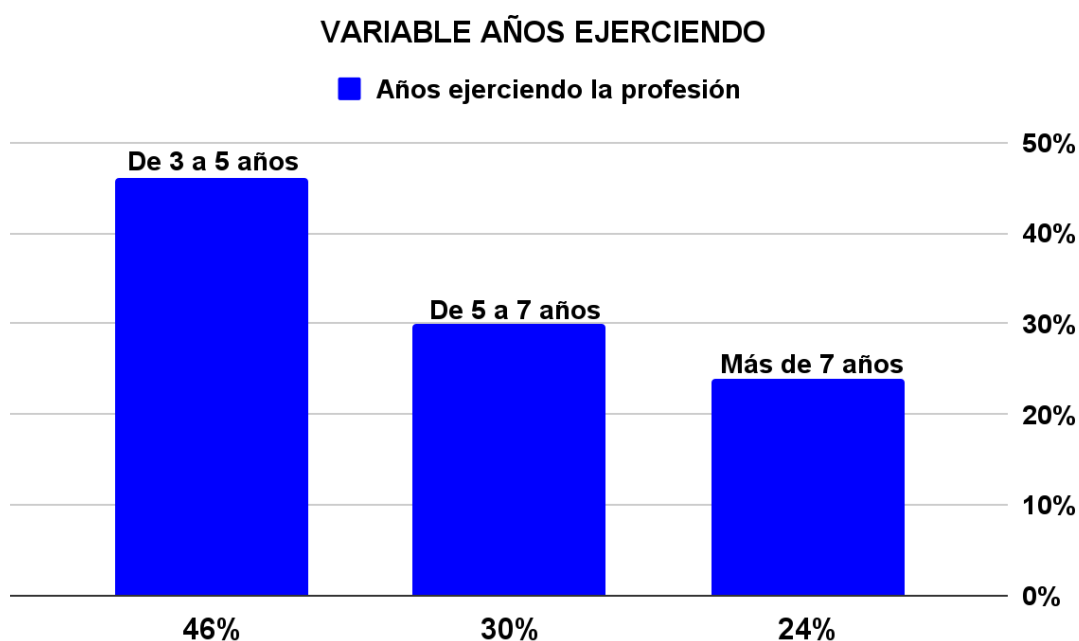
Fuente propia

A partir de este gráfico podemos observar que el personal de enfermería que más alto porcentaje tiene son aquellos con menos de 30 años con un 56%, seguido con un 30% por



el personal de entre 30 a 40 años, un 10% para los que están entre los 40 y 50 años y con un 4% el personal mayor de 50 años.

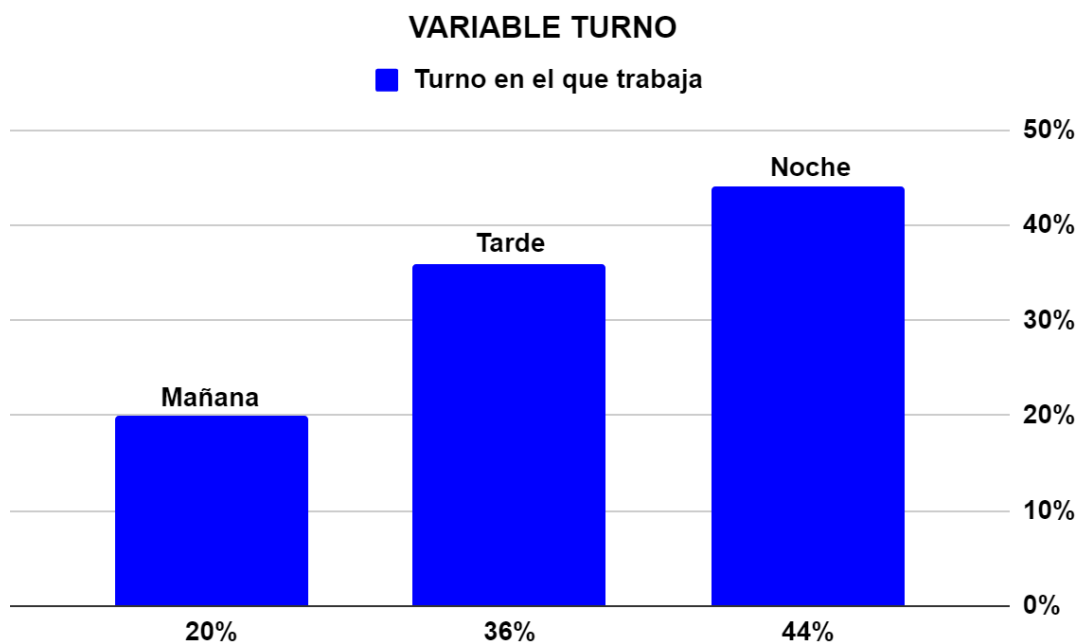
VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Edad declarada al momento de realizar la encuesta	Edad	Menos de 30	28	56%
		Entre 30 y 40	15	30%
		Entre 40 y 50	5	10%
		Más de 50	2	4%



Fuente propia

Podemos observar que 24% de los encuestados ejerce hace más de 7 años mientras que un 46% ejerce en un promedio de 3 a 5 años siendo el porcentaje más alto y el 30% restante de 5 a 7 años.

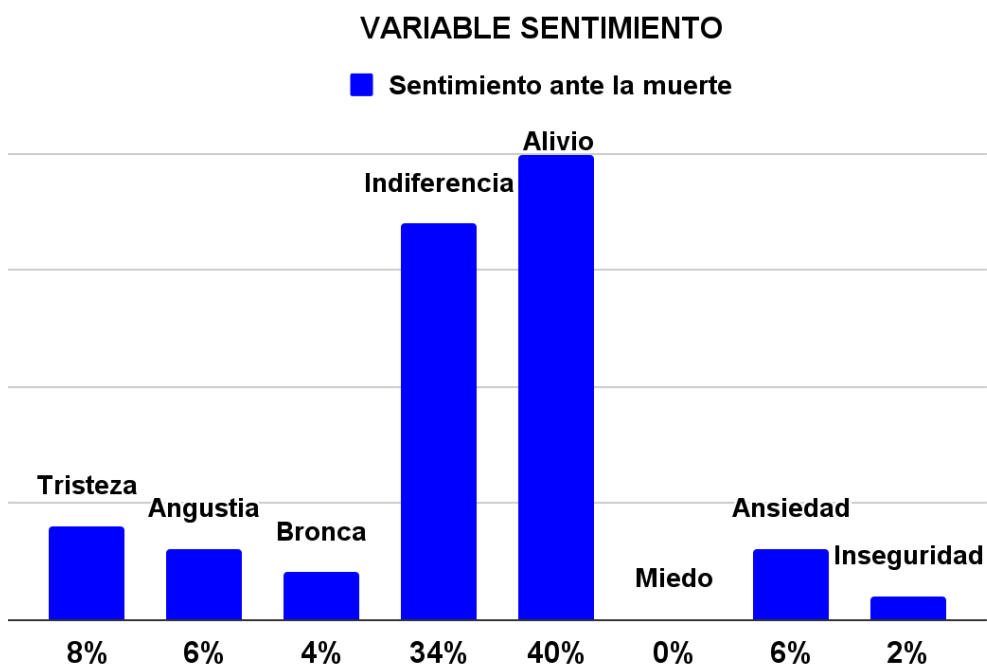
VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Años ejerciendo la profesión	Años	3 a 5 años	23	46%
		5 a 7 años	15	30%
		Más de 7 años	12	24%



Fuente propia

El siguiente gráfico nos muestra que la mayoría del personal encuestado trabaja en el turno noche ocupando el 44%, sigue el turno tarde con 36% y por último el turno mañana con un 20%.

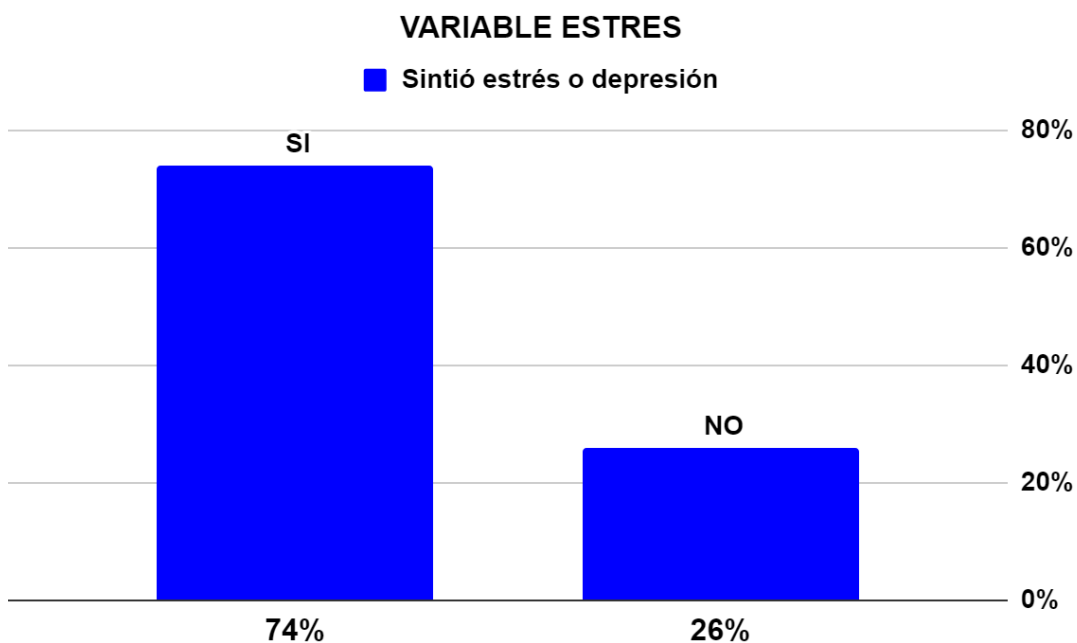
VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Turno en el que trabaja	Turno	Mañana	10	20%
		Tarde	18	36%
		Noche	22	44%



**Fuente propia**

En este gráfico se evidencia que un 40% de los encuestados siente un alivio frente a la muerte de un paciente terminal seguido de un 34% que siente indiferencia o, no expresa su sentir. El porcentaje más bajo es en respuesta al miedo con 0%, sigue un 2% que expresa inseguridad, el 4% bronca, el 6% angustia y ansiedad y un 8% tristeza.

VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Sentimiento al trabajar con este tipo de pacientes	Sentimiento	Tristeza	4	8%
		Angustia	3	6%
		Bronca	2	4%
		Indiferencia	17	34%
		Alivio	20	40%
		Miedo	0	0%
		Ansiedad	3	6%
		Inseguridad	1	2%



Fuente propia

Se puede observar que un 74% del personal encuestado siente o sintió estrés/depresión al trabajar con este tipo de pacientes.

VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Sintió o siente estrés o depresión al trabajar con este tipo de pacientes	Estrés/ depresión	Si	37	74%
		No	13	26%

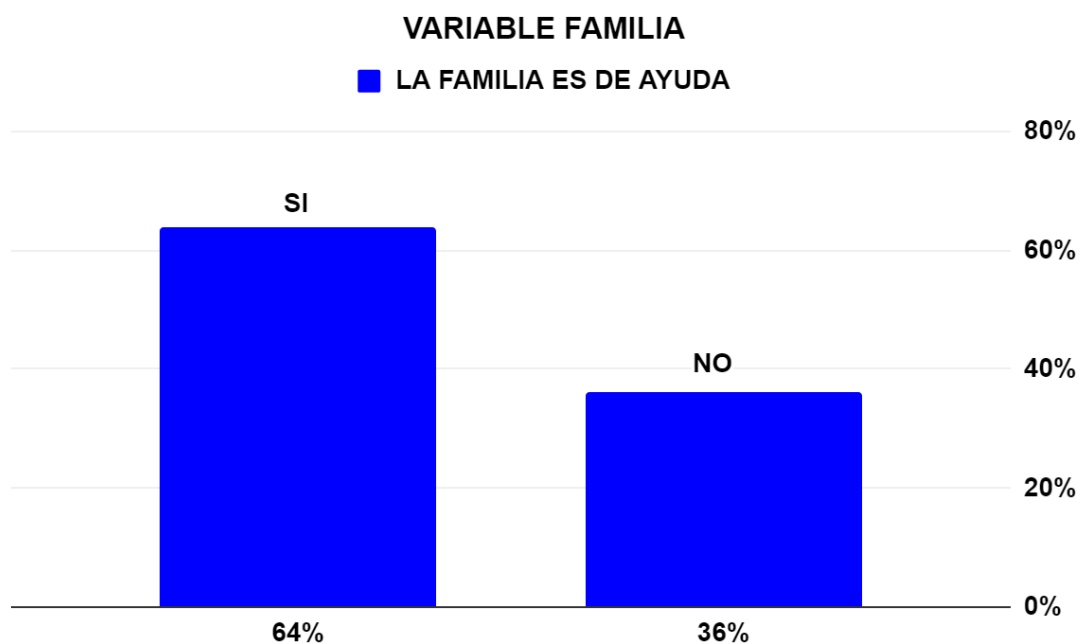
**VARIABLE APOYO DE UN PROFESIONAL**



Fuente propia

A partir del siguiente gráfico podemos observar que del total de los encuestados tan solo un 22% considera la ayuda externa de un psicólogo.

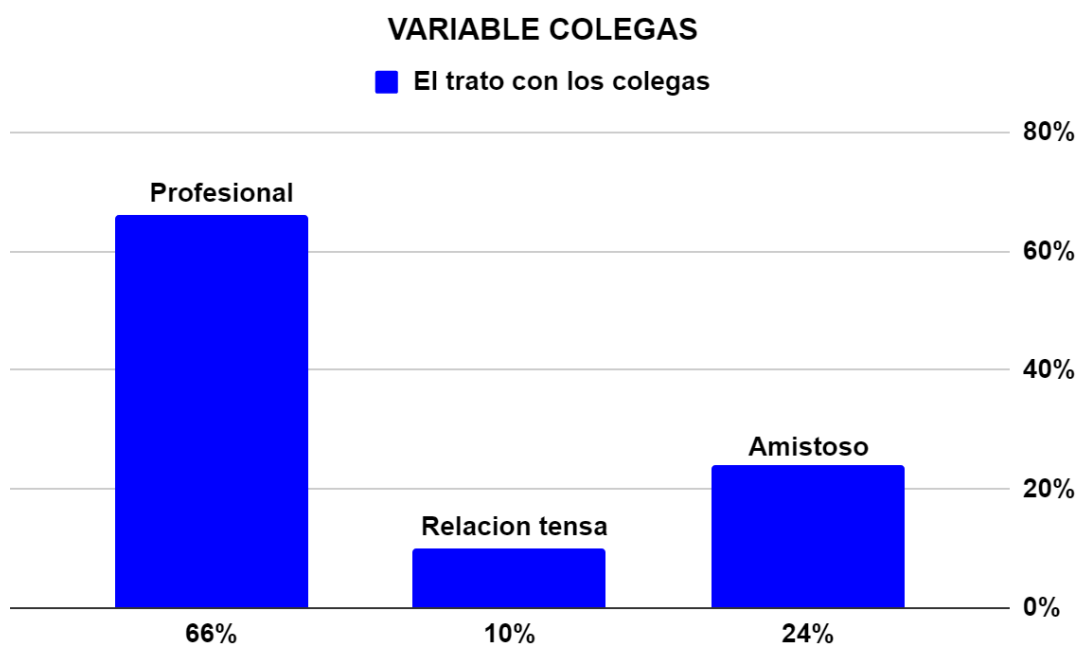
VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Apoyo de un profesional externo (psicólogo)	Psicólogo	si	11	22%
		no	39	78%



**Fuente propia**

Podemos observar que un 64% del total de enfermeros encuestados dice que la familia es de ayuda para trabajar con este tipo de pacientes mientras que el 36% dice que no.

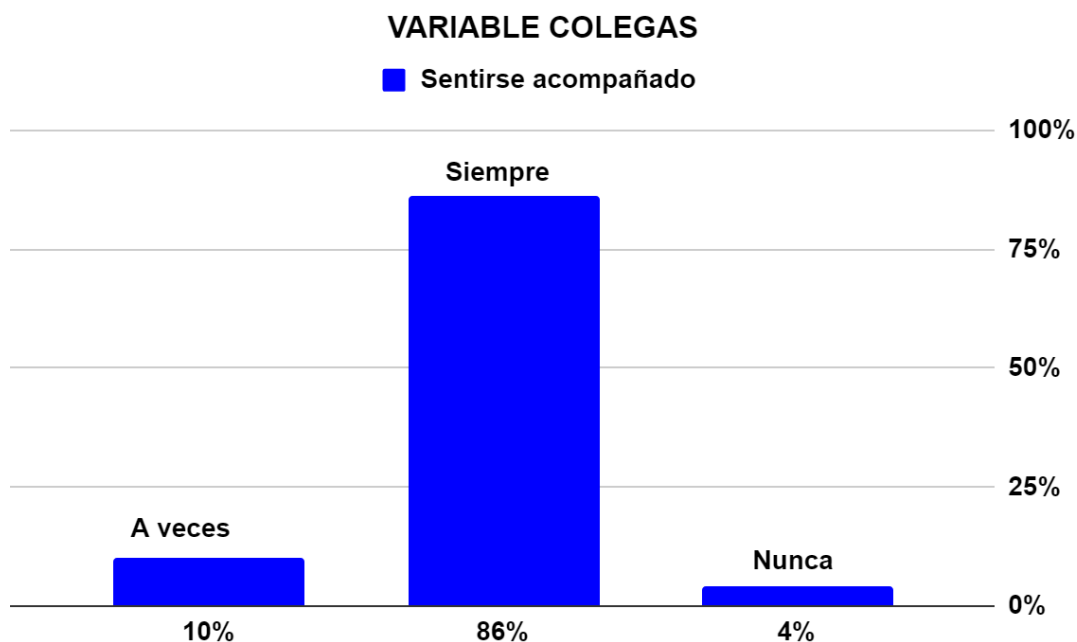
VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
La familia es de ayuda para trabajar con este tipo de pacientes.	Familia	Si	32	64%
		No	18	36%



Fuente propia.

En este gráfico podemos ver que del total de los encuestados un 24% manifiesta tener un trato amistoso con los colegas, un 10% tener una relación tensa y, un 66% una relación profesional.

VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
El trato con los colegas	Colegas	Profesional	33	66%
		Relación tensa	5	10%
		Amistoso	12	24%



Fuente propia.

En este último gráfico podemos observar que del total un 86% siempre sintió el acompañamiento y apoyo de sus colegas, un 10% a veces y el 4% restante manifestó no haberse sentido acompañado.



VARIABLE	CÓDIGO	VALOR	N°	%
Se sintió acompañado por sus colegas	Colegas	A veces	5	10%
		Siempre	43	86%
		Nunca	2	4%

### **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elección del tema												
Modalidad												
Título												
Pregunta												
Introducción												
Marco Teórico												
Objetivos												
Metodología												
Cronograma												
Bibliografía												

## **BIBLIOGRAFÍA**

**“Concepto biológico y médico de la muerte” Disponible en:**

<http://antonio-joseserrano.blogspot.com/2011/10/concepto-biologico-y-medico-de-la.html>

**“Significado psicológico de vida y muerte en jóvenes” Disponible en :**

<https://www.redalyc.org/pdf/104/10402405.pdf>

**“Vida y muerte una reflexión teológica fundamental ” Disponible en:**

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0049-34492007000100004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492007000100004)

**“Etapa final de la vida” Disponible en :**

[https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq#\\_138](https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/cuidadores/planificacion/etapa-final-pdq#_138)

**“Paciente terminal. Guía de actuación clínica en AP” Disponible en:**

<http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>

**“Enfermería y el paciente en situación terminal” Disponible en:**

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200018](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018)

**“El enfermo terminal” Disponible en:**

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000500015](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000500015)

**“El cuidado del paciente terminal” Disponible en :**

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008)

**“Cuando la muerte está cerca: los síntomas agonía” Disponible en:**

<https://www.consumer.es/salud/cuando-la-muerte-esta-cerca-los-sintomas-de-la-agonia.html>

**“Virginia Henderson” Disponible en:** <http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>

**“Cuidados para pacientes terminales” Disponible en:**

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm>

**“Razones del “no” a la eutanasia” Disponible en :**  
[https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/Razones\\_del\\_no\\_a\\_la\\_eutanasia.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf)

**“La eutanasia y el suicidio asistido en Argentina y otros países” Disponible en:**

<http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol59-99/2/eutanasia.htm>

**“Eutanasia” Disponible en:**

<http://www.sajj.gob.ar/doctrina/daoc050056-pasquini-eutanasia.htm?bsrc=ci>

**“Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012” Disponible en:**

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003700>

**“Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal” Disponible en:**

<https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadellInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2016/vol24/no2/3.pdf>

**“El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida” de R. M. LÓPEZ LORENTE, C. M. MARTÍN MONTERO, C. I. FUENTES GONZÁLEZ, E. GARCÍA GARCÍA, R. ORTEGA TRILLO, A. D. CORTÉS PENDÓN, J. L. GARCÍA PUCHE. En: MED PAL (MADRID) MEDICINA PALIATIVA Vol. 7: N.º 3; 94-100, 2000**

## **Conclusión final**

Para terminar con este trabajo de investigación y en base a los datos obtenidos de las encuestas podemos decir que hay una marcada diferencia donde el personal femenino sigue superando al masculino y, este último tiempo, personal dentro de todo joven es el que más abarca la profesión. Esta diferencia en edades y tiempo trabajando como enfermeros, es importante a la hora de enfrentar la muerte de los pacientes, en este caso, pacientes terminales y, el brindar la contención a la familia. Los enfermeros con más años de experiencia “la tienen más clara” por así decirlo, al momento de tratar con esta situación pero, eso no quita que no sienta estrés o tal vez requiera de un apoyo extra para sobrellevar dicha situación.

También quiero destacar, la importancia de tener buen trato con los colegas y sentirse acompañado pero por sobre todo, sentir que el otro te entiende, te acompaña y apoya, hechos que sirven mucho a la hora de sobrellevar una muerte y más en los primeros pasos por esta profesión.

Los y las enfermeros, somos humanos que también sentimos y nos cansamos, y no porque no nos guste lo que hacemos, sino por el simple hecho de querer siempre dar más, hacer más y de ahí llegan las frustraciones y decepciones. También cuando tenemos sobrecarga de personas a nuestro cuidado y no damos a basto pero hacemos todo y más por nuestros pacientes, así el cuerpo está arruinado, cansado, seguimos y seguimos.

Hoy por hoy contar con un buen equipo de trabajo es fundamental para el desarrollo de nuestras tareas como enfermeros y tener ese apoyo, del otro que nos entiende, es excepcional para poder cumplir con nuestros objetivos al final del día y brindar la calidad de atención que el paciente

merece. Lamentablemente, si estamos solos, nadie nos acompaña, por más que demos todo la calidad de atención no será la misma, el estrés y cansancio que se sufre es mucho más grande.

Desde el comienzo de este trabajo no podía basarme más que en suposiciones, hipótesis o teorías. Leer acá, leer allá pero, el verdadero escenario uno lo vive en carne propia cuando comienza a trabajar y recorrer el día a día el ejercicio de esta profesión. Desde mi experiencia personal puedo decir que, uno cuando comienza a estudiar tiene ilusiones y muchas, creemos que vamos a ser esos enfermeros modelos pero, cuando comenzamos a trabajar lejos estamos de eso y el mismo sistema es el que te da un sopapo de realidad cuando te das cuenta que el campo de guerra no es como en los libros. En los pasillos de los hospitales y clínicas es donde se ve el verdadero trabajo de la profesión, en otras palabras hacemos magia, trabajamos incluso hasta con lo que no tenemos pero nos arreglamos como podemos porque somos los artesanos de la medicina y lo damos todo por esos pacientes que día a día esperan recibir lo mejor de nosotros y más, aquellos que se encuentran en la etapa final de su vida. Deberíamos no poner tanto el corazón pero ahí lo dejamos, sin miedo a cómo termine porque amamos lo que hacemos y el porqué lo hacemos, somos humanos que también sentimos, enfermero no se hace, se nace. Es ponerse en el lugar del otro, empatizar, aliviar, sanar, curar y si no podemos curar, cuidar, acompañar hasta el final, con una sonrisa pese a las dificultades que enfrentamos todos los días, porque no siempre tenemos nuestros offices llenos de materiales para trabajar, esa es una realidad, la salud es cada vez más olvidada, pero el paciente se merece una buena calidad de atención y nos la rebuscamos, dejamos el corazón en los pasillos, porque no somos máquinas y porque trabajamos con personas, que son el amor de alguien, el padre, la madre, el abuelo, la abuela, la hermana, hermano, tío o tía y así como esperan que los tratemos es como nosotros esperamos que traten a los nuestros.

No sabemos todo, día a día aprendemos cosas nuevas y seguimos. Enfermería es una profesión que no descansa, que no frena, que se prepara todos los días, que se perfecciona y sigue adquiriendo conocimientos. Si no estás dispuesto a dejar el corazón y parte de tu vida por esta profesión, entonces no seas enfermero, porque nosotros estamos desde el nacimiento hasta el último minuto de vida, acompañando, cuidando, somos los ojos del no vidente, las piernas del que no puede caminar y la voz de aquel que no se puede hacer escuchar, enfermería es una profesión solo para aquel que está dispuesto a entregar el corazón, sin miedo, por más que en ocasiones vuelva destrozado y el alma cansada, el cuerpo duela del cansancio y los ojos pesen, pero sentir la satisfacción de que diste todo por esos pacientes que necesitaron de tu asistencia y le brindaste lo mejor, es sentir pleno. Que un paciente te diga “gracias” tan solo por el mínimo acto de escucharlo, ya es una caricia al alma.

El agotamiento físico y mental existe, ¡sí existe! y más para nosotros que trabajamos con personas enfermas en etapa final de vida que requieren el doble de nuestra atención. Pero, llegar a casa al finalizar cada jornada sabiendo que diste todo lo mejor de vos por y para esas personas que lo necesitan, es un cansancio que vale la pena sentir, pensar qué cosas mejorar y así, al otro día volver a dar lo mejor y más.

## **ANEXOS**

### **Carta de autorización**

Avellaneda, 25 junio de 2022

A quien corresponda:

Por la presente, me presento mi nombre es López Macarena soy enfermera en esta institución y solicito de su autorización para poder realizar una breve encuesta al personal de enfermería de carácter anónimo y con respuestas abiertas, el resultado será utilizado para un trabajo de investigación que estoy realizando para la Universidad Nacional Arturo Jauretche, como materia de trabajo final para obtener el título de la licenciatura.

El trabajo a presentar es sobre “El impacto psicosocial que causa en los enfermeros trabajar con pacientes terminales”

¡Desde ya muchas gracias!

Saludos cordiales, López Macarena.

**UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

La siguiente es una encuesta dirigida a los profesionales de la salud, en este caso, los enfermeros/as con dos o más años de experiencia trabajando con pacientes terminales en el Sanatorio Regional Avellaneda

El objetivo de esta encuesta, es obtener datos que luego serán utilizados para el proyecto de investigación “EL IMPACTO PSICOSOCIAL QUE GENERA EL CUIDADO DE LOS PACIENTES TERMINALES EN ENFERMERÍA”, los datos expuestos en la misma, serán anónimos y recolectados por una estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

¡Muchas gracias!

**1. Sexo:**

- Femenino

- Masculino
- Otro

**2. Edad:**

- Entre 25-30 años
- Entre 30-40 años
- Entre 40-50 años
- Más de 50 años

**3. Años ejerciendo la profesión:**

- De 2 a 5 años
- De 5 a 7 años
- Más de 7 años

**4. Servicio:**

**5. Turno:**

- Mañana
- Tarde
- Noche

**6. ¿Ante la muerte de un paciente terminal, siente o sintió ?**

- Tristeza
- Angustia
- Bronca
- Indiferencia
- Alivio
- Miedo
- Ansiedad
- Inseguridad

**7. ¿Sintió estrés o depresión por trabajar con este tipo de pacientes?**

- Si
- No



**8. ¿Consideró el apoyo de un profesional externo (psicólogo) para sobrellevar la muerte de estos pacientes?**

- Si
- No

**9. En cuanto a la familia de los pacientes:**

**La familia... ¿Es de ayuda para trabajar con estos pacientes? Fundamente su respuesta.**

- Si
- No

**En cuanto a los colegas:**

**10. El trato con sus colegas es:**

- Profesional
- Hay una relación tensa
- Amistoso

**11. Se sintió acompañado por sus colegas:**

- A veces
- Siempre
- Nunca

