

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE AL
FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL
DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD
2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
INTENSIVA

AUTORA:

CARMEN ROSA CUBA PAUCAR

Callao, 2018

PERÚ

**“NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE AL
FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL
DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD
2018”**

AUTORA

CARMEN ROSA CUBA PAUCAR

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|----------------------------------|------------|
| • Dra Nancy Chalco Castillo | PRESIDENTE |
| • Mg. Raúl More Palacios | SECRETARIO |
| • Dr. César Augusto Ruiz Rivera | MIEMBRO |
| • Dra. Ana Elvira López de Gómez | SUPLENTE |

ASESOR: Lic. William Holden Horna Pizarro

N° de Libro:003

N° de Folio: 089

N° de Acta:186-2018

Fecha de aprobación de la tesis:

2-12-2018

Resolución de sustentación:

N°1475-2018-D/FCS

DEDICATORIA

A mis hijos por ser la motivación que me inclinan
a ser mejor persona y profesional cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar cada uno de mis pasos.

A mis hijos por motivar cada esfuerzo trazado.

A los docentes por su apoyo continuo en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

TABLAS DE CONTENIDO.....	10
FIGURAS DE CONTENIDO.....	13
RESUMEN	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1.Descripción de la realidad problemática.....	17
1.2.Formulación del problema.....	18
1.3.Objetivos.....	19
1.4.Limitantes.....	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes	21
2.2. Marco	25
2.2.1. Teórico.....	25
2.2.2. Conceptual.....	26
2.2.3. Teórico-conceptual.....	46
2.3. Definición de términos básicos	48
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	49
3.1. Hipótesis	49
3.2.1. Definición conceptual de las variables	49
3.2.2. Variable 1	49
CAPÍTULO IV :METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
4.1. Tipo y diseño de la investigación	52
4.2. Población y muestra	52
4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información documental	53
4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo	54
4.5. Análisis y procesamiento de datos.....	54

CAPÍTULO V: RESULTADOS	55
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	70
6.1. Contrastación de la hipótesis.....	70
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares.....	70
6.3. Responsabilidad ética.....	72
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

TABLAS DE CONTENIDO

	pág.
CUADRO 5.1 Intervención de la enfermera en la comprensión de sentimientos según el familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	47
CUADRO 5.2 Intervención de la enfermera en la interrogación sobre los sentimientos del familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud- 2018.....	48
CUADRO 5.3 Intervención de la enfermera en la reducción de miedos y temores del familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud- 2018.....	49
CUADRO 5.4 Intervención de la enfermera en la respuesta de dudas del familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	50

CUADRO 5.5	
Intervención de la enfermera en la disminución de la ansiedad del familiar frente a la muerte del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud -2018.....	51
CUADRO 5.6	
Intervención de la enfermera en la motivación en los momentos difíciles del familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	52
CUADRO 5.7	
Intervención de la enfermera en la impartición de esperanza al familiar tras la muerte del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	53
CUADRO 5.8	
Intervención de la enfermera en escucha al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud- 2018.....	54
CUADRO 5.9	
Sentimiento de comprensión por parte de la enfermera según el familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	55

CUADRO 5.10
Sentimiento de compañía por parte de la enfermera
en los momentos tristes según el familiar del paciente
en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo
Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....56

CUADRO 5.11
Conocimiento sobre el credo religioso que profesan
según el familiar del paciente en estado terminal del
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Essalud - 2018.....57

CUADRO 5.12
Respeto al credo religioso por parte de la enfermera
según el familiar del paciente en estado terminal del
hospital nacional guillermo almenara irigoyen
Essalud - 2018.....58

FIGURAS DE CONTENIDO

	pág.
GRÁFICO 5.1 Nivel de intervención de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud- 2018.....	59
GRÁFICO 5.2 Nivel de intervención de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos en la dimensión afectiva frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud- 2018.....	60
GRÁFICO 5.3 Nivel de intervención de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos en la dimensión espiritual frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.....	61

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Nivel de intervención de la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018; fue de tipo descriptivo y de corte trasversal, tuvo como objetivo determinar el nivel de intervención de la enfermera de unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal ,la muestra estuvo conformada por 30 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de dicho nosocomio, a las que se les aplicó una encuesta conformada por doce preguntas, obteniendo que el nivel de intervención de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud - 2018 es medianamente adecuado en un 63.3%(19) mientras que el 30 % (9) de los familiares manifestaron que es inadecuado y sólo un 6.7% lo consideró adecuado. En cuanto a la dimensión afectiva ese encontró que el 53.3%(16) de las enfermeras tienen un nivel de intervención inadecuado y finalmente en la dimensión espiritual se vio que el 83.3% (25) de las enfermeras tienen un nivel de intervención medianamente adecuado .Concluyéndose que se si bien la intervención a nivel global es medianamente adecuado se debe fortalecer la dimensión afectiva para mejorar la calidad de intervención frente a la familia como eje fundamental del paciente en estado terminal.

Palabras claves: Nivel de intervención, estado terminal, afectivo, espiritual

ABSTRACT

The present research work entitled "Level of intervention of the intensive care unit nurse in front of the relative of the terminal patient of the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud - 2018" was descriptive and of cross-sectional type, aimed at determine the level of intervention of the nurse of the intensive care unit compared to the relative of the patient in terminal condition, the sample consisted of 30 nurses of the intensive care unit of the hospital, who were given a survey consisting of twelve questions, obtaining that the level of intervention of the nurses of the intensive care unit in front of the family member of the terminal patient of the national hospital Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018 is moderately adequate in 63.3% (19) while 30% (9) of the family members stated that it is inadequate and only 6.7% He thought suitable. Regarding the affective dimension, he found that 53.3% (16) of the nurses have an inadequate level of intervention and finally in the spiritual dimension it was seen that 83.3% (25) of the nurses have a moderately adequate level of intervention. Concluding that although the intervention at a global level is moderately adequate, the affective dimension must be strengthened to improve the quality of intervention against the family as the fundamental axis of the terminal patient.

Keywords: Level of intervention, terminal, affective, spiritual state

INTRODUCCIÓN

El nivel de intervención al familiar del paciente en estado terminal es considerada como la respuesta hacia la ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte próxima de un miembro de un hogar, por lo que se configura con el componente esencial de la relación enfermo terminal-familia-personal de enfermería. Siendo este último el profesional de la salud que más tiempo está con el paciente y por ende conoce los pormenores de su situación.

La presente investigación tiene la finalidad de determinar el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018, para así proponer estrategias para mejorar dicha atención centrada en la familia, eje fundamental del paciente en estado terminal.

El presente informe final de investigación consta de siete capítulos; en el CAPÍTULO I: Planteamiento del problema, que incluye la determinación del problema, formulación del problema, objetivos y justificación, en el CAPÍTULO II: Incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el CAPÍTULO III: Considera las variables e hipótesis, así como la operacionalización de variables, el CAPÍTULO IV: Metodología; CAPITULO V: Cronograma, CAPITULO VI: Presupuesto y el CAPITULO VII: Referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Para la Organización mundial de la salud (1990) una enfermedad en etapa terminal es aquella que no tiene tratamiento específico o la capacidad de impedir su evolución que traerá como consecuencia una muerte inminente en un tiempo determinado que generalmente no supera los seis meses, generadoras de múltiples factores que abarca sufrimiento tanto al paciente como a la familia de este(1).

A nivel mundial está muy difundido lo relacionado a los cuidados paliativos para brindar calidad de vida en la fase terminal a los pacientes, en dónde está contemplado el trabajo conjunto con la familia, para lograr un adecuado afrontamiento por parte de ambas partes.

En el Perú se llevará a cabo el Congreso Internacional de Cuidados Paliativos, en octubre de este año precisamente buscando promover esta disciplina y aumentar el compromiso e interés de los profesionales del área, en beneficio de todos.

En la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud, se ha observado que muchas veces se omite la atención dirigida a los familiares del paciente en estado terminal, centrándose sólo en este y olvidando que tras el fallecimiento se generan una serie de alteraciones a nivel del núcleo familiar y que propician problemas de impacto no sólo conductual que se evidencia en conductas agresivas hacia el personal del servicio, sino que también contribuyen al deterioro de la imagen institucional. Generalmente el trabajador de salud responsable del cuidado del paciente, por las múltiples responsabilidades frente a este cuidado, en muchas ocasiones se olvida de la parte afectiva y espiritual que debe tener en cuenta para preparar a la familia del paciente cuando este atraviesa los últimos

momentos de vida, es aquí donde se produce la distorsión de funciones que degeneran en reacciones negativas.

Una evidencia directa de esta apreciación se observa cuando el grupo familiar manifiestan no sentirse conformes por la atención recibida por parte del equipo de enfermería, refieren sentirse aislados por que no son informados oportunamente de la evolución del paciente, o que sólo se les limita a ser familiares pasivos, al realizarles algunas preguntas en sala de espera, estos responden: “Las enfermeras me explican a medias el estado de mi paciente”, “Sólo me llaman para pedirme materiales” ,”Lo único que nos dicen es que tenemos que salir del servicio”, “Mi esposa está ahí sola ,sin despertar y nadie me dice nada, sólo la tengo a ella y quisiera estar a su lado sus últimos días”.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos en la dimensión afectiva frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018?

- ¿Cuál es el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos en la dimensión espiritual frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Determinar el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos en la dimensión afectiva frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.
- Determinar el nivel de intervención de la enfermera de la unidad de cuidados intensivos en la dimensión espiritual frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018.

1.4. Limitantes

1.4.1 Limitante teórico

Para el presente trabajo de investigación se tuvo como limitante la falta de información a nivel nacional sobre las ocurrencias frente al familiar del paciente en general en instituciones de Essalud y Ministerio de Salud.

1.4.2 Limitante temporal

Para el presente trabajo de investigación no se presentó limitante espacial.

1.4.3 Limitante espacial

Para el presente trabajo de investigación no se presentó limitante espacial.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacional

FERNÁNDEZ Y OTROS (2018). España. Realizó el trabajo de investigación titulado Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería, con el objetivo de identificar actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. El método de estudio utilizado fue descriptivo. Los resultados fueron que el 27% de los enfermeros presentan un buen afrontamiento ante la muerte. Se analizó a través de los servicios y se obtuvo que un 47% de los profesionales del servicio de Paliativos presentan un buen afrontamiento, un 12% en Oncología y un 14% en Hematología; concluyendo que el personal de enfermería del Servicio de Paliativos presenta un mejor afrontamiento que el personal de Oncología y Hematología. Por lo que se recomendó aumentar el nivel de información para mejorar el afrontamiento y la actitud por parte del equipo enfermero(2).

GARCÍA (2018). México. Realizó un estudio titulado Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos. El método de estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo, en dónde en una muestra de 30 enfermeros se obtuvo la conclusión de que el profesional de enfermería realmente está preparado para el cuidado de la vida, y que acepta la muerte como un hecho inevitable. Asimismo de acuerdo a su percepción considera a la muerte como una sensación de alivio al observar que la carga familiar percibida llega a su etapa final (3).

LEO Y PULLIQUITIN (2014). Ecuador. Realizó el trabajo de investigación titulado Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés; con el objetivo de determinar la relación entre la actitud del personal de salud y la atención del personal de Enfermería. Los resultados fueron que en una muestra de 62 profesionales han evidenciado las actitudes más relevantes en el profesional sanitario relacionado con la aceptación (o negación) de la muerte como un proceso natural y el temor a informar a la familia de los pacientes moribundos sobre el estado de salud. Se concluyó que los componentes actitudinales (cognitivos, afectivos y comportamentales) concientizan en cuanto a la necesidad de elaborar y trabajar frente a la propia muerte para ayudar y asistir al paciente en su etapa terminal, de forma humanizada en la atención(4).

ESPINOZA VILLALTA, MARÍA PATRICIA (2016). Ecuador. En su trabajo titulado Percepción de los profesionales de Enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, enero-febrero 2016. Obtuvo que el 23% de enfermería brindó la atención espiritual en nivel general a los pacientes, mientras que la atención espiritual específica no obtuvo porcentaje alguno, es en este punto en donde al consultarle al personal enfermero sobre ello, se encontró que los factores que suma a ello fueron la falta de formación en ese campo, la carga laboral administrativa, la rutina y falta de tiempo en el cuidado de la fase terminal, por lo que se concluye en que los enfermeros no satisfacen los cuidados espirituales del usuario terminal, por lo que se recomendó tomar las medidas con premura de tiempo para brindar el cuidado holístico paliativo (5).

2.1.2. Nacional

GUTIÉRREZ (2018) en su trabajo titulado Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia Hospital Sergio Bernal, Comas 2018, quién obtuvo en una muestra de 45 enfermeros que el 87.5% de ellos presentaron una actitud indiferente frente a la muerte, en cuanto al componente afectivo se presentó en un 56.3% de la muestra, por otro lado, el componente afectivo tuvo el 50.0% y el componente cognitivo finalmente presenta un 87.5%. Lo cual ha llevado a concluir una alta prevalencia de la actitud indiferente en cuanto a este tema (6).

PALOMINO (2017) en su investigación titulada “Percepción del familiar sobre la atención domiciliar y actitud de enfermería frente al paciente terminal en Padomi del hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica - octubre 2016” Cuya muestra tuvo la conformación de veinte familias obtuvo que la percepción del familiar sobre la atención domiciliar es adecuada con 75%(15) mientras que la cuarta parte de la muestra 25%(5) sostuvieron que fue inadecuado. En cuanto a la actitud de enfermería frente al paciente terminal se obtuvo que un 67%(2) de las enfermeras observadas tienen una actitud positiva y un 33%(1) actitud negativa (7).

FARROÑAN (2014). En su investigación titulada “Actitud de la enfermera en el cuidado al final de la vida en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo”. La presente investigación con enfoque cualitativo tuvo una muestra de cinco enfermeras dando como resultados tras las observaciones al personal de enfermería, que algunas de las mencionadas profesionales experimentan sufrimiento y dolor frente

al proceso de muerte (20%), sin embargo para la mayoría (80%) está comprendido como un proceso natural en donde su actuar fluye con más naturalidad en el cumplimiento de su responsabilidad como la parte (8).

VIZCARRA (2013). Realizo una investigación titulada Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2012., con el objetivo de identificar Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue. En donde tuvo como resultados que el 36.2% de enfermeros presentan una actitud positiva frente la muerte de un usuario, mientras que el 35.4% una actitud negativa y un 28.7%de la muestra mostró una actitud de indiferencia (9).

FLORES (2018) en su trabajo titulado Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018, demostró en sus resultados que la actitud de los enfermeros y técnicos de enfermería, dirigidos al paciente terminal es un 66% favorable, de donde se concluye que las actitudes del profesional de enfermería son adecuadas hacia este tipo de usuarios en etapa terminal (10).

LIMACHI (2017) en su trabajo que llevó por nombre Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016 ,tras ocho sesiones dirigidas a los estudiantes de enfermería; concluyo que un cambio significativo en sus actitudes tanto en la parte cognitiva como en la afectiva ,sin embargo no se evidencio efectividad alguna en la dimensión conductual (11).

2.2. Marco

2.2.1. Teórico

Teoría de Virginia Henderson: las catorce necesidades del ser humano.

Virginia Henderson incorpora los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud. Virginia Henderson considera que la función de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana en la “realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que el realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios”. Henderson clasificó su trabajo como una definición más que como una teoría, la describió como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas. Para Henderson enfoca su atención al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible, propone que el trabajo de la enfermera se inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Considera que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que es necesario satisfacer, estas son cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson son los que tiene que supervisarla el profesional de enfermería, ya que por su estado de salud no pueden actuar independientemente. Un paciente terminal necesita ayuda para poder cumplir muchas necesidades, alimentarse, moverse, eliminar, descansar, vestirse, descansar, muchos

hasta para comunicarse. Necesitan del apoyo físico y psicológico, se sienten desvalidos con una serie de dudas, resentimientos y expectativas por lo que sucede a su alrededor. Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente (12).

2.2.2. Conceptual

Intervención de Enfermería

La ansiedad suscitada por la experiencia de la muerte se configura con el componente esencial de la relación enfermo terminal, familia, equipo de salud. Por parte del enfermo, al entender que la muerte es el acontecimiento personal por antonomasia, pero no siempre en estos pacientes terminales emerge el conocimiento de la verdad como principio al que ajustar su proyecto de vida. La vivencia depresiva o resignada de ese período angustioso le permite asumir aquella afirmación de Goethe, según la cual, no existe ninguna situación que no se pueda ennoblecer o por el actuar o por el soportar (13).

Por parte de la familia es difícil asimilar que aquel ser tan querido no pueda beneficiarse de los avances de la medicina, y admitir ese aforismo tan característico del médico, pero que tanto le afecta a él como a la familia, de que cuando no se pueda curar hay que aliviar, o al menos, hay que consolar. Es muy problemático proporcionar este consuelo al enfermo terminal, si por parte de la familia no se le ofrece el apoyo personal y afectivo que necesita. Eso sucede muchas veces cuando el familiar se bloquea y no sabe qué decirle al enfermo, o cuando adopta ante él una actitud demasiado solemne.

Lo que en definitiva dificulta la fluidez de la comunicación en la relación enfermo, familia, equipo de salud, es la ansiedad. De ahí la necesidad de dominarla para que el enfermo pueda reconocer la verdad de su situación, que la familia olvide sus sentimientos de culpa por desear que la situación terminal se resuelva cuanto antes y se vuelque en el consuelo y alivio del enfermo, y que el equipo de salud no caiga en el error de evitar las visitas tanto a la familia como al enfermo.

Entre los métodos de trabajo que se deben utilizar y los indicadores de evaluación de los médicos, es importante aportar elementos de observación y de reflexión sobre la intervención multidisciplinaria que es necesario llevar a cabo sobre la familia y su entorno social. Así, cuando aparece la enfermedad terminal puede ocurrir que: la persona afectada encuentre que vive sola, que vive con una persona mayor, o por último, que vive en el seno de una familia extensa. Igualmente, sea cual sea la circunstancia, hay que tener en cuenta el apoyo que el enfermo necesita (14).

a) Observación en los familiares cuidadores

- Falta de información sobre el proceso de enfermedad (diagnóstico, evolución, descompensación, complicaciones posibles, actuación ante el paciente y recursos sanitarios de que disponen).
- Angustia y tensión ante la enfermedad, hechos que van a repercutir sobre el hogar y la familia, sobre su trabajo y la vida social.
- Sensación de pérdida de control e importancia ante las conductas del enfermo en cada momento.
- Falta de soluciones a las propias necesidades psicológicas del cuidado.
- Dificultades económicas o materiales (vivienda). (15)

b) Factores que influyen sobre la familia

Este impacto de la enfermedad tendrá más o menos repercusión en la familia dependiendo de que el enfermo esté hospitalizado o no, y la presencia o déficit de los factores siguientes: nivel o situación económica o material del entorno, número de miembros disponibles para la ayuda en el seno de la familia, los vínculos entre ellos, el nivel cultural, el medio social en que residen (urbano o rural), el estado de salud de los pacientes que cuidan la evolución del propio proceso, las alternativas sociosanitarias, y finalmente el régimen y horario de trabajo.

Hay otros factores de índole psicosocial que generan mayor grado de estrés, como son, las ideas de culpa de la familia, el hecho de encontrarse simultáneamente frente a otras situaciones estresantes (divorcio, separaciones, relaciones anómalas con hijos, o problemas de pareja)(16).

Dimensiones del nivel de intervención.

a) Dimensión afectiva

Este componente es definido como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social considerado por autores como Fichen y Raven (1962) como el único componente característico de las actitudes. Pero también como el más enraizado y el que más se resiste al cambio.

Las actitudes se distinguen de las creencias y opiniones, las cuales algunas veces integran una actitud provocando reacciones afectivas ya sean positivas o negativas hacia un objeto, es decir, las creencias y opiniones comprenden solamente un nivel cognoscitivo de la conducta humana. En tanto interactúan los componentes cognoscitivos y afectivos dan la posibilidad de ir conformando lo que el término actitud significa. Mc David y Harare (1979) señalan que el elemento afectivo en las actitudes

incluye los sentimientos y emociones que acompañan a una creencia o idea nuclear.

Una de las ideas básicas en el análisis de las fuerzas que dirigen la conducta humana es el concepto de hedonismo, es decir, la búsqueda de placer y su opuesto: la evitación del dolor.

En síntesis, el componente afectivo, se refiere al sentimiento ya sea en pro o en contra de un objeto o situación social para lo cual es necesario que exista un componente cognoscitivo.

b)Indicadores de medición de la dimensión afectiva.

Sensibilidad: Capacidad de captar valores estéticos y morales, facultad para tener sensaciones. Capacidad para percibir el estado de ánimo, el modo de ser y de actuar de las personas y comprenderlo, así como la naturaleza de las circunstancias y los ambientes para actuar correctamente en beneficio de los demás.

Temor: Sentimiento desagradable provocado por la percepción de un peligro real o supuesto.

Ansiedad: Sentimiento de miedo desasosiego y preocupación. Respuesta emocional displacentera que engloba aspectos subjetivos o cognitivos, implica comportamientos poco adaptativos.

Apatía: Falta de emoción, motivación o entusiasmo, estado de indiferencia psicológico en el que un individuo no responde a aspectos de la vida emocional, social o física. Asociado a falta de energía. Puede ser específico hacia una persona, actividad o entorno (17).

c)Dimensión espiritual

La Organización Mundial de la Salud dice que lo espiritual se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias

que trascienden los fenómenos sensoriales. No es lo mismo que "religioso", aunque para muchas personas la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso. El aspecto espiritual de la vida humana puede ser visto como un componente integrado junto con los componentes físicos, psicológicos y sociales. A menudo se percibe como vinculado con el significado y el propósito.

Se entiende como la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas.

Todas las Guías de Cuidados Paliativos consultadas subrayan la importancia de tener en cuenta la dimensión espiritual en los pacientes terminales.

No existe evidencia apropiada que determine cuál es la mejor forma de proporcionar apoyo espiritual. Tampoco se dispone de estudios con el diseño apropiado para medir el impacto de la intervención sobre el sufrimiento espiritual, pero en lo que la literatura consultada coincide es en la importancia de tener en cuenta esta dimensión por sus repercusiones en el bienestar general y calidad de vida del paciente terminal.

Una petición de eutanasia, el rechazo a comunicarse, el sentimiento de culpabilidad, un deseo de reconciliación que no ha podido expresar o terminar, la rigidez ante un acontecimiento ya pasado, etc. son a veces signo de un sufrimiento espiritual que podemos atender.

No solo es importante la atención del equipo de profesionales que componen el equipo de CP, sino también la dedicación de los miembros de la familia y comunidad cercana. En palabras de Astudillo y Mendinueta "la terminalidad es demasiado importante para que esté sólo en manos de sanitarios". El enfermo tiene necesidad de un confidente, pero es él quien

lo escoge y no se puede prever quien será el escogido, incluso puede recaer en aquel que desempeña las tareas más humildes sin la pantalla de un aparato médico o clerical (18).

d)Indicadores de medición de la dimensión espiritual

Escucha: La necesidad de ser escuchado, como base para ser comprendido y ayudado de manera efectiva no es identificada de manera explícita por las enfermeras, lo que sugiere una falta de conciencia de los efectos terapéuticos de la escucha activa (19).

La referencia explícita a la expresión no verbal (gestual, corporal o conductual) de los sentimientos se hace escasamente por parte de las enfermeras, existiendo incluso algunas contradicciones entre lo que parecen identificar y el lenguaje ("lo está sintiendo, pero no lo está expresando" cuándo se refiere a que lo está expresando de manera no verbal).

Sin embargo, la observación atenta -que es parte integrante de la escucha activa - de todos los signos no verbales, de la expresión de sentimientos mediante lenguaje gestual, corporal o conductual.

Comprensión: La necesidad de empatizar con el paciente sí es explicitada por otras enfermeras, aunque no lo definen en término de la necesidad del paciente de ser comprendido.

Acompañamiento: Desde el plano espiritual, entendemos que el fin del acompañamiento consiste en detectar las necesidades e intentar acompañar a la persona en su satisfacción. La no satisfacción de necesidades, habitualmente entraña sufrimiento. Las necesidades

fisiológicas se satisfacen con objetos; las necesidades psicológicas hacen referencia a relaciones interpersonales, especialmente. Las necesidades espirituales se refieren al cuestionamiento del hombre sobre sí mismo y su satisfacción requiere un camino relacional, simbólico, con relación al mundo más íntimo y trascendente a la vez.

En el acompañamiento espiritual, los objetivos fundamentales son la eliminación del sufrimiento innecesario, luchar contra el sufrimiento injusto y evitable, mitigar en lo posible el sufrimiento inevitable, asumir el sufrimiento que no se puede superar en actitud sana. Es decir, se trata de acompañar a vivir el morir de manera apropiada -no expropiada por el ayudante-, en clave de relación sana consigo mismo, con los demás, con el mundo y para el creyente con Dios, manteniendo en todo lo posible el protagonismo(20).

Credo: El concepto de credo puede emplearse con referencia al conjunto de convicciones, opiniones y principios de un individuo o de una comunidad. La noción alude a las creencias que, por lo general, rigen las acciones de una persona.

La idea de credo también se emplea con referencia al dogma de una religión.

Por ende, en el caso del paciente terminal y su familiar es de suma importancia que la enfermera conozca y respete dicho credo para que tanto la familia como el usuario puedan afrontar mejor la situación y pueda continuar con sus rituales, oraciones y creencias propias de su religión, mientras esperan el momento final.

Unidad de Cuidados intensivos: La unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de vigilancia intensiva (UVI), unidad de cuidados críticos (UCC), centro de tratamiento intensivo (CTI), unidad de medicina intensiva (UMI) o unidad de terapia intensiva (UTI) es una instalación

especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas.

Familiar del paciente terminal

a) Atención de la familia del enfermo terminal.

Como profesionales no solo hemos de saber reconocer, sino también manejar toda problemática que será diferente en cada caso por circunstancias que se derivan de todos los factores enumerados anteriormente. Es evidente que solo es posible hablar de una serie de orientaciones que ha de realizar el equipo de salud, y que por demás, las consideramos indispensables:

- Valorar si la familia puede desde el punto de vista emocional y práctico atender al enfermo o colaborar adecuadamente en su cuidado. Si puede, debe decidir con qué grado de implicación lo va asumir; y si no puede, que valore la ayuda de la comunidad o de familiares más distantes, o que busque ayuda a otro nivel de la salud.
- Identificar entre los familiares a la persona que sea más adecuada para llevar el peso de la atención. El equipo de salud intensificará sobre esta persona el soporte psicoafectivo de la situación.
- El equipo debe planificar la integración de la familia, para que, con las orientaciones médicas-psicológicas de él emanadas, pueda participar en aspectos de la asistencia, como es la alimentación, la higiene, los cuidados directos al enfermo, los cambios posturales, el hábito de

vacunación, las curas elementales, el humedecimiento de las mucosas, etcétera.

- Si la atención es en el hogar, independientemente de que se pueda realizar un ingreso en él, hay que encargar una persona adecuada que debe hacerse asumir la administración de fármacos cuya pauta debe ser facilitada siempre por escrito.
- La familia debe ser instruida en pautas de actuación ante la aparición de crisis, agitación y agonía, con el fin de que tenga asumida la presentación de un hecho esperado con el de paliar posturalmente algunas situaciones (para evitar estertores, laterización como ejemplo).
- Esa educación o instrucción debe ser selectiva y clara sobre las pautas de comunicación con el enfermo, que siempre será receptiva y comprensiva de sus deseos.
- El equipo de salud es el soporte práctico para la contención emocional del enfermo y la familia.
- Para la prevención y tratamiento del duelo, el equipo debe constituirse como el sustrato dinamizado de la rehabilitación y recompensación de la familia(21)

b) Síntomas por alteración del funcionamiento familiar con un paciente terminal

• Patrones rígidos de funcionamiento

Descripción del síntoma

La enfermedad terminal supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia. Suele ser frecuente que ésta se cierre en cuanto a su distribución de roles: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca (el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y

entidades, laborales económicas) estando favorecida por la sobreprotección al enfermo, al que la enfermedad terminal no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y control. El cuidador primario familiar se asigna (por patrones culturales en nuestro medio casi invariablemente a una mujer: cónyuge, hija, nuera) y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge) lo que motiva aparición de culpabilizaciones, problemas de pareja y disfunción familiar. El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación será más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento.

Intervención en el síntoma

El objetivo respecto a este síntoma familiar sería evitar la adhesión a un patrón excesivamente rígido de funcionamiento para la que pueden ser útiles las siguientes medidas:

- Favorecer la comunicación efectiva con el enfermo y entre los familiares entre sí.
- Realizar una transición progresiva hacia los nuevos roles, sin anular las capacidades del enfermo.
- Dar importancia al cuidador familiar primario, facilitando que se identifique con su rol, que tenga ciertos momentos de respiro y que la enfermedad no suponga una carga física y/o psicológica.
- Evitar el aislamiento social; las familias con paciente terminal suelen tener poco tiempo para las relaciones sociales, igualmente los amigos no saben exactamente cómo actuar ya que las relaciones pueden resultar incómodas por lo que disminuyen los contactos precisamente cuando se necesita un mayor apoyo emocional.

- **Alteraciones del ciclo vital familiar**

Descripción del síntoma

La enfermedad obliga a un momento de transición en la familia que lleva a adaptarse a las necesidades que impone, a la pérdida y a la muerte. En gran medida la muerte es de toda la familia y marca un antes y un después en el ciclo vital familiar. Sus posibilidades de adaptarse serán las que le ayuden a sobreponerse a estos problemas. La familia tiene que compatibilizar su propia tarea evolutiva con el cuidado del enfermo, pudiéndose dar con frecuencia reacciones de incompatibilidades con el peligro que esto conlleva de la negación de la enfermedad o bien con la detención del momento evolutivo. Este efecto es mayor si el moribundo es «pieza clave» en el funcionamiento familiar, bien por su rol previo (una madre joven por ejemplo) o bien por sus cualidades y características personales (efecto dinamizador, carácter autoritario y acaparador, etc.).

Valoración del síntoma Debe investigarse expresamente el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad terminal sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y el posicionamiento de los miembros de la familia. Es recomendable utilizar un método estandarizado de valoración del ciclo vital familiar, para lo que puede ser de utilidad el modelo de la OMS modificado.

Intervención en el síntoma El objetivo es conseguir que la familia siga realizando, aunque sea parcialmente, las tareas del momento del ciclo vital familiar en que se encuentra, evitando la detención de éste, que planteará una situación de difícil salida una vez producida la muerte del enfermo por tener que afrontar las tareas de duelo más las tareas interrumpidas y los nuevos roles producidos por el fallecimiento.

Pueden considerarse intervenciones orientadas a este objetivo:

➤ Asignar tareas en los cuidados del enfermo a todos los miembros de la familia, lo cual repercute positivamente en el cuidador y favorece considerar el enfermo de todos y, por tanto, la muerte de todos. Es frecuente excluir a los miembros más jóvenes de la familia y en especial a los niños de todo cuanto se relacione con la enfermedad y con la muerte previsible. Esta actitud no consigue sino excluirles de la posibilidad de expresar sus sentimientos y miedos respecto a lo que están viviendo y favorecer la aparición de reacciones emocionales disfuncionales después del fallecimiento.

➤ Evitar que la enfermedad terminal invada toda la vida familiar. Se deben mantener costumbres familiares (comer juntos, reunirse, charlar, mantener aficiones comunes) interrumpidas la mayoría de las veces no por imposibilidad real de ejecutarlas sino por una mal entendida implicación con la enfermedad: la familia se niega a sí misma el derecho a relacionarse, realizar actividades que considera inoportunas e incluso frívolas «estando el enfermo como está». Es conveniente explicar, sobre todo al cuidador, que mantener una rutina familiar es necesaria y beneficiosa también para el paciente, que tendrá la oportunidad de participar en ella mientras le sea posible.

- **Sobreprotección del enfermo**

Descripción del síntoma

Es frecuente observar la sobreprotección del enfermo, anulándole cualquier tipo de esfuerzo, tratándole como a un minusválido físico y mental, infantilizándolo y tratándolo como un incapacitado total antes de serlo. Las actitudes que acompañan a este síntoma son la falta de comunicación (se intenta erróneamente proteger al enfermo de su diagnóstico), la sobrecarga del cuidador y el aislamiento del paciente.

Valoración del síntoma

Se debe de evaluar al inicio y periódicamente cómo es la actitud de la familia hacia el paciente. Se propone realizar entrevista dirigida que esclarezca el papel asignado al enfermo: ¿Quién se ocupa de la medicación? ¿Le preguntan su opinión sobre tal o cual asunto? ¿Colabora en su autocuidado?

Intervención en el síntoma

La información real al paciente acerca de la enfermedad, de sus características y de su pronóstico es fundamental para evitar la sobreprotección: el médico puede favorecer ésta al privar al enfermo de saber lo que está pasando y lo que va a pasar, delegando la responsabilidad sobre su vida a sus familiares.

- **Síndrome del cuidador**

El cuidador del enfermo terminal es figura clave en todo el proceso de atención del que se ocupa la medicina paliativa. El perfil del cuidador en nuestro medio es mujer en torno a los 50 años, con nivel de estudio primarios o medio, esposa o hija del paciente. La asignación de la cuidadora no se hace sino en base a una fuerte determinación social hacia la definición del papel de la mujer como principal proveedora de cuidados informales.

Los cuidados familiares hacen posible que los enfermos terminales permanezcan en domicilio y mueran en él. Sin embargo, esto no ocurre sin unos costes derivados de las consecuencias para la familia, y en especial para el cuidador, a nivel de repercusiones físicas, psíquicas y sociales, que se han englobado en el llamado «Síndrome del cuidador (22).

Estado terminal

a)La muerte

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir. Se considera a la muerte como una situación límite íntimamente relacionada con la personal trayectoria biográfica y las actitudes ante la vida que se hayan tenido. Estas actitudes marcarán sus vivencias y orientarán el comportamiento que se manifiesta en la denominada fase terminal, cuando la hay, que no siempre así acontece. La atención al enfermo en esta fase terminal constituye una de las funciones más importantes e ineludibles del personal sanitario, que inician un nuevo tipo de asistencia, cuya meta ya no es liberar al paciente de su enfermedad, sino ayudarlo a morir en paz o, más bien, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte. Las características de esta asistencia, así como los dilemas éticos que se plantean en esta situación terminal, se muestran desarrollados a lo largo de esta comunicación, que pretende arrojar una luz en la previsión de estas dos situaciones personales y únicas propias de cada existencia: la fase terminal de la vida y el afrontamiento de la propia muerte (23).

b)La ética y el término de la vida humana:

La Medicina Paliativa: La respuesta bioética a la situación terminal.

Primeramente, se enunciarán determinados elementos éticos que pone de relieve la Medicina Paliativa, para posteriormente hacer una reflexión sobre dos corrientes contrapuestas que existen actualmente para afrontar los cuidados del moribundo: la Eutanasia frente a los cuidados Paliativos.

Elementos éticos en la Medicina Paliativa:

- Protección de la debilidad: el enfermo terminal pierde progresivamente vigor, facultades, vida... es el más débil; la medicina paliativa comprende que los débiles son importantes.
- Reconocimiento de la dignidad de la persona: la enfermedad tiende a eclipsar la dignidad, la oculta e incluso la destruye. La medicina paliativa reconoce en la humanidad acabada de un enfermo terminal toda la dignidad del hombre.
- Relación personal: la relación terapéutica establecida es de persona a persona, considerando al enfermo en todas sus facetas desde una óptica integral y respetando su autonomía.
- Relación con la familia: la relación con la paciente abarca a la familia que forma parte de la unidad de cuidados.
- Comunicación veraz: la comunicación es uno de los ejes de la medicina paliativa; permitiendo que sea el paciente quien regule la cantidad de información que desea recibir. Manifestar la verdad supone el compromiso previo de ayudar a asimilarla, siendo importante mantener siempre la esperanza que ayude a mantener la comunicación interpersonal.
- Disponibilidad del cuidado: la asistencia siempre disponible: 24h, 7 días.
- Respeto a la vida y respeto a la muerte: no se adoptan medidas que acorten la vida, pero sí aquellas que aporten calidad de vida o bienestar. No se adoptan medias que prolonguen la muerte, pero sí se actúa con medios proporcionados ante las complicaciones y con racionalidad en las medidas de soporte vital.
- Respeto a los demás en el equipo de cuidados: es el fundamento del equipo terapéutico. Éste es garantía de calidad en la atención y evita individualismos que entorpecen el cuidado.
- 9. Profesionalidad: equipos específicos, investigaciones, publicaciones y reuniones científicas para la formación del personal.

- Actitud ante el dolor: se reconoce y combate el dolor en todos sus aspectos: físico, psíquico y moral (dolor total) (24).

c) Morir con dignidad:

La fórmula “morir con dignidad” implica que hay maneras más o menos dignas de morir. Si las peticiones a favor de una muerte digna están aumentando, es porque cada vez hay más gente que ve cómo otros mueren de un modo menos digno y temen que les ocurra lo mismo a ellos o a sus seres queridos. Ante lo dicho anteriormente cabe la siguiente pregunta: ¿realmente los moribundos desean morir antes. La verdad es que rara vez piden la eutanasia, sino más bien tiempo para vivir, en particular si tanto ellos como sus familiares reciben apoyo de carácter integral. Actuar con la intención de quitar la vida del paciente a partir de su requerimiento, no es ético y se califica en el Código Penal como homicidio, porque es un acto de matar y por lo tanto moralmente equivocado y demasiado peligrosos para tenerlo legalmente establecido. De todos modos, cuando el paciente sí solicita la eutanasia, hay que discernir lo que en realidad está solicitando: apoyo, ayuda o un trato humano por parte del personal sanitario. Según varios autores, la verdadera eutanasia (“buena muerte”) se realiza cuando se atiende al paciente siguiendo las anteriores orientaciones y con todo el buen arte médico de un buen profesional. Admitir la posibilidad de acabar con la vida del paciente es la suprema negación de toda ética médica porque la eutanasia repugna frontalmente el sentido de nuestra profesión. Nunca podríamos tener una relación auténtica con una persona si tuviéramos la potestad de acabar con su vida. Frente a la eutanasia existen otras soluciones positivas. Todas ellas se pueden considerar “soluciones médicas”. Contribuyen realmente a que el enfermo se sienta persona durante la enfermedad terminal y, de este modo, tenga una muerte digna.

En conjunto constituyen las líneas éticas del cuidado terminal: son, en definitiva, las establecidas en los cuidados Paliativos. (25).

Paciente en estado terminal

Para la Dra. Cicely Saunders, constituye aquél que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo.

Por otra parte, Calman (1980), establece que la fase terminal en los pacientes cancerosos se da cuando se les ha diagnosticado con exactitud, la muerte no parece demasiado lejana y el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo.

Para Gil y cols. (1988), la fase terminal, mejor enunciada como síndrome terminal de enfermedad, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles. (26)

➤ **Dimensiones del estado terminal**

Fases por las que atraviesa el paciente

Las siguientes son las fases más comunes por las que atraviesa todo ser humano que se enfrenta al hecho inminente de su muerte. Aunque aparecen enumeradas en forma lógica, cronológicamente no se viven en este orden; además, se puede volver a sufrir varias veces una etapa ya vivida. En todo lo largo del proceso, se deben tener en cuenta los cambios de carácter que sufre el paciente, cambios duros, fuertes y explosivos que pueden herir la susceptibilidad de quienes lo acompañen, pero estas mismas variaciones las sufren de igual manera, los familiares, y los miembros de salud comprometidos.

Negación y aislamiento

La primera reacción es negar el hecho con una resistencia natural “no, yo no, no puede ser cierto”. El tanatólogo debe saber esto, porque el diálogo con el enfermo dependerá de lo que éste quiera hablar y comunicar. Algunos enfermos hacen uso de la negación con algunos miembros del equipo de salud y con sus familiares. Escogen a la gente con la que pueden hablar de su enfermedad y fingen mejoría con los que parece que no pueden aceptar su fallecimiento.

Rabia

La pregunta lógica que surge es: ¿Por qué yo? ¿Por qué a mí? Esta fase es muy difícil de afrontar pues la ira se proyecta contra todo y contra todos. El tanatólogo debe saber esto para no tomar la ira irracional del paciente en forma personal y poder ayudarle a superar esta fase, para que vuelva a sentirse de nuevo un ser humano valioso.

Regateo

El enfermo cuando se sabe desahuciado lo que más desea es que se le prolongue la vida con el menor dolor posible; por lo mismo empieza a diferir los acontecimientos y a regatear con el tiempo. Esto incluye el “vencimiento” impuesto por el mismo enfermo, “vivir hasta la boda de mi hijo etc.”, a cambio de ello se hacen promesas, la mayoría se hacen con Dios, es importante que el tanatólogo identifique esta fase para librar al enfermo de sus temores irracionales o inconscientes de castigo si no cumple con lo prometido.

Depresión

Cuando el enfermo ya no puede seguir negando su enfermedad, ni sosteniendo su rabia, empieza a tener la sensación de una gran pérdida de todo lo que tiene y ama, esto se traduce en depresión, en este punto el

tanatólogo debe permitir y facilitarle que exprese su dolor para que le sea más fácil llegar a la aceptación final y pueda morir en paz.

Aceptación

Si un paciente tuvo tiempo suficiente y se le ayudó en todas las fases anteriores, llegará a la aceptación de su muerte ya no le deprimirá ni tampoco lo enojará. Para lograr esto, es importante que el tanatólogo ayude a que se expresen todas las fases anteriores de dolor, llanto, frustración, depresión, miedos y fantasías para llegar finalmente a esta aceptación de paz y dignidad. No es que se abandone a ella resignadamente sino existe como una vaciedad de sentimientos se alcanza la tranquilidad, es el descanso final antes del largo viaje. En este punto se dan grandes momentos de silencio, pero es aquí dónde algunas comunicaciones están más llenas de sentido, la comunicación pasa de verbal a no verbal. (27)

➤ **Indicadores**

Cuidados de la piel

Sabiendo que la piel que cumple una función importante, mantener la piel en buenas condiciones es esencial, en toda etapa de la vida sobretodo en pacientes en riesgo de morir, éste es uno de los problemas más difíciles que presentan los pacientes postrados en cama, y por falta de movilización, hay perdida de agua y está más propensa a sufrir ingreso de microorganismos. Uno de estos grandes problemas son las úlceras por compresión (también llamadas escaras) comúnmente aparecen en pacientes que permanecen en cama durante un tiempo prolongado, con compromiso físico al que se agrega la desnutrición, poca hidratación y falta de cambios posturales. Las escaras ocurren en áreas óseas del cuerpo.

Verifica el estado de hidratación del paciente

Tratar aquellos procesos que puedan influir en la evolución de las úlceras por presión: respiratorios, circulatorios y metabólicos. Mantener una buena hidratación, valorar la capacidad del paciente para colaborar con sus cuidadores en el programa de prevención.

Cambio de posición del paciente

Deberá enseñarse a todos enfermos, a su familia y colaboradores la postura y mecánica corporal apropiadas; el mejor método es el buen ejemplo de la enfermera a medida que lleva a cabo sus actividades diarias. Si la familia se encarga del cuidado del paciente encamado en casa, la enfermera debe de explicar y demostrar los principios de la mecánica corporal apropiada al cambiar de posición y movilizar al paciente permitirá que un miembro de la familia demuestre que comprende estos principios. La frecuencia de los cambios posturales: cada dos horas, por la noche cada tres - cuatro horas. Debe conocer el cuidador el material necesario: almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos, colchones consistentes.

Higiene

Si los cuidados relacionados con la necesidad de higiene se realizan con el fin favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento y sus beneficios hacia la revisión de una visión teórica que la fundamente. Al respecto, la teoría de la comodidad propuesta por Kolcaba indica que los profesionales de enfermería deben demostrar el resultado de técnicas simples o cuidados básicos sobre la comodidad de los pacientes. Kolcaba definió la comodidad como "la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que

surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes”. Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables. (28)

Alimentación

Respecto a la alimentación, se puede considerar que requiere cuidado mínimo, pero no necesariamente de cualquier modo. Sería un cuidado ordinario alimentar por sonda nasogástrica y si se espera una supervivencia razonable podría también incluirse la alimentación por gastrostomía. Sin embargo, la alimentación parenteral de hidratos de carbono, lípidos y proteínas, habitualmente se puede considerar como un cuidado extraordinario, pues plantea mayores problemas de aplicación, su costo es elevado, el paciente ha de estar hospitalizado, debe ser controlada por personal médico y no está exenta de riesgo.

En la situación de enfermedad terminal es frecuente que enfermos y familiares refieran problemas relacionados con la alimentación. Se debe conseguir entre todos, que el acto de comer no suponga de ningún modo un problema añadido a su ya delicada situación, sino, por el contrario, un beneficio para su estado, la nutrición e hidratación de dichos pacientes no van a ser tratados como objetivos en sí mismos, sobre todo, cuando la desnutrición está relacionada con la progresión de una enfermedad sistémica, no susceptible de respuesta a un tratamiento específico. Las recomendaciones que brindan las nutricionistas, son: Reconocer los deseos del paciente, sabiendo y aceptando que está en su derecho de decidir si quiere o no comer, sin obligación, críticas o deseos de disuadirle. Es recomendable fraccionar la dieta en 6 - 7 tomas, y flexibilizar mucho los horarios según los requerimientos y deseos del paciente.(29)

2.2.3. Teórico-conceptual

a. Rol de la enfermera en la atención del paciente terminal

La atención de enfermería con el paciente paliativo. La enfermera(o) debe brindar la mejor atención posible al paciente y los familiares. Para esto el personal de la salud deberá conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que pasa el enfermo terminal. Desde el punto de vista psicológico cuando el paciente se le diagnostica o imagina una enfermedad maligna transcurre por diferentes fases de la agonía: negación, rebelión, negociación, depresión y aceptación. El cuerpo experimenta dolor mientras el "yo" sufre. El sufrimiento ataca la integridad y totalidad del individuo dominando su auto percepción y produciendo agonía permanente. La atención de enfermería en cuanto al aspecto emocional va encaminado a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

La comunicación con estos pacientes debe centrarse en realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, aunque en ocasiones es innecesario decirle toda la verdad, pero lo que se diga debe corresponderse con ella. Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumenten los sufrimientos, no invadir su espacio físico, actuar con cautela y respeto. La muerte no debe centrarse como único tema de conversación, considerar lenguaje verbal y no verbal. Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil. No perder el orden del relato, estimular a continuar tema. Interpretar cuando sea necesario, asistir a asuntos concretos.. Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos, no negarlos. Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia. Brindarles esperanzas sin evadir su realidad de enfermo terminal. Hablar al lado del paciente con voz normal sin susurros .

La comunicación juega un rol importante en el profesional de enfermería ya que es constante con los pacientes, personal de apoyo, diferentes profesionales y agentes de la comunidad. Mediante su rol comunicador la enfermera identifica los problemas que aquejan al usuario y de ello, lo lleva a los demás miembros del equipo de diferente manera.

Por ende, la calidad de comunicación por parte de la enfermera es el pilar para el ejercicio de sus cuidados, por lo que debe tener la capacidad de ejercerla de forma precisa y clara para asistir a la atención requerida por su paciente y el entorno que lo rodea, en este caso su familiar (30).

2.3. Definición de términos básicos

a) Paciente terminal: Persona con diagnóstico de enfermedad en fase terminal sin posibilidades de recuperación.

b) Intervención: Actividades realizadas por el personal de enfermería dirigidas a los pacientes.

c) Familia: Grupo de personas unidos por vínculos de sangre o afinidad que comparten el mismo espacio.

d) Unidad de cuidados intensivos: es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Dado que el presenta trabajo de investigación es descriptivo, carece de hipótesis de investigación (31).

3.2.1. Definición conceptual de las variables

3.2.2. Variable 1

Nivel de Intervención de la enfermera

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente para beneficiar al paciente de un modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la investigación

El presente trabajo de investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal ya que el instrumento fue tomado en un momento dado.

El diseño estuvo dado por:

M ⇒ O X

Dónde:

- M: Es la muestra
- O: Observación
- X: Intervención al familiar del paciente en estado terminal.

4.2. Población y muestra

La población y muestra estuvo conformada por treinta familiares de los pacientes en estado terminal del servicio de Cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud entre los meses de Agosto y Setiembre del 2018.

Se utilizó la estadística no probabilística y se trabajó con toda la población bajo el criterio por conveniencia.

4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información documental

Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento se aplicó un cuestionario tipo escala Likert conformado por doce preguntas de opciones múltiples.

En dónde se consideró

- Siempre :3
- A veces:2
- Nunca:1

Para medir el nivel de intervención de las enfermeras se consideró los siguientes puntajes:

- Adecuado:29-36 puntos
- Medianamente adecuado:21-28 puntos
- Inadecuado:12-19 puntos

Para medir el nivel de intervención en la dimensión afectiva se consideró

- Adecuado:15-18 puntos.
- Medianamente adecuado :10-14 puntos.
- Inadecuado: 6-9 puntos.

Para medir el nivel de intervención en la dimensión espiritual se consideró:

- Adecuado:15-18 puntos.
- Medianamente adecuado :10-14 puntos.
- Inadecuado: 6-9 puntos.

Validez y confiabilidad del instrumento

Para medir la validez del instrumento se realizó un juicio de expertos, conformado por seis especialistas en el tema en donde el resultado final fue de 0.01, lo cual hace considerar a este instrumento como válido.

Para poder medir la consistencia interna entre los ítems se llevó a cabo la prueba de alfa de Crombach, obteniendo un valor de 0.882, el cual denotó un instrumento confiable.

4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo

Para poder recolectar los datos se envió una solicitud al Gerente de la Red prestacional Almenara Irigoyen Essalud el médico Jorge Enrique Amoros Castañeda con copia a la jefa del departamento de enfermería la licenciada Silas Alvarado Rivadeneyra.

El instrumento fue aplicado durante dos semanas a cada una de las integrantes de las muestras al término o inicio del turno de cada una para no alterar sus funciones dentro del nosocomio.

4.5. Análisis y procesamiento de datos.

Una vez tomado los datos y teniendo los resultados se realizó el procesamiento de estos mediante el programa de Excel 2010 y el paquete estadístico SPSS versión 25, posteriormente se realizó el análisis con la ayuda de los gráficos y las tablas para consolidar toda la información y obtener lo deseado en para los objetivos de este estudio

CAPÍTULO V: RESULTADOS

CUADRO 5.1

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA COMPRENSIÓN DE SENTIMIENTOS SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

COMPRENSIÓN DE SENTIMIENTOS	N°	%
NUNCA	9	30.0
A VECES	17	56.7
SIEMPRE	4	13.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera. -2018

Análisis e interpretación:

Del cuadro se puede observar que del 100% (30) de familiares de los pacientes en estado terminal el 56,7% manifiestan a veces sentirse comprendido por la enfermera, mientras que el 30%(9) manifestó nunca sentirse comprendido y sólo el 13.3%(04), si se siente comprendido.

CUADRO 5.2

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA INTERROGACIÓN SOBRE LOS SENTIMIENTOS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

INTERROGANTE	N°	%
NUNCA	13	43.3
A VECES	17	56.7
SIEMPRE	0	0
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se observa que del 100 % de los familiares de los pacientes en estado terminal el 56.7%(17) manifiesta que a veces la enfermera le pregunta sobre sus sentimientos, mientras que el 43,3% (13) manifestó que nunca lo hace.

CUADRO 5.3

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA REDUCCIÓN DE MIEDOS Y TEMORES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

MIEDOS Y TEMORES	N°	%
NUNCA	12	40.0
A VECES	16	53.3
SIEMPRE	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 53.3%(16), percibe que a veces la enfermera le ayuda en la reducción de sus miedos y temores, mientras que el 40%(12) manifiesta que nunca lo hace, y sólo el 6.7%(2) considera que siempre lo hace.

CUADRO 5.4

**INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA RESPUESTA DE
DUDAS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL
DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.**

DUDAS	N°	%
NUNCA	15	50.0
A VECES	15	50.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 50%(15) manifiesta que la enfermera nunca responde sus dudas, mientras que el otro 50%(15) manifiesta que sólo a veces lo hace.

CUADRO 5.5

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD DEL FAMILIAR FRENTE A LA MUERTE DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

ANSIEDAD	N°	%
NUNCA	7	23.3
A VECES	20	66.7
SIEMPRE	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 66.7%(20) manifiesta que la enfermera a veces ayuda a reducir su ansiedad frente a la muerte de su familiar , el 23.3%(7) manifiesta que nunca lo hace y sólo el 10% (3) manifestó que siempre lo hace.

CUADRO 5.6

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA MOTIVACIÓN EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

MOTIVACIÓN	N°	%
NUNCA	13	43.3
A VECES	14	46.7
SIEMPRE	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 46.7% (14) considera que la enfermera los motiva a veces en los momentos difíciles por los que atraviesa , mientras que el 43.3%(13) siente que nunca lo hace y sólo el 10%(3),considera que siempre lo realiza.

CUADRO 5.7

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA IMPARTICIÓN DE ESPERANZA AL FAMILIAR TRAS LA MUERTE DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

ESPERANZA	N°	%
NUNCA	10	33.3
A VECES	19	63.3
SIEMPRE	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 63.3% (19) considera que la enfermera les imparte a veces esperanzas tras la muerte pronta de su familiar, mientras que el 33.3%(10) considera que nunca lo hace y sólo el 3.3%(1) manifiesta que lo realiza siempre.

CUADRO 5.8

INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ESCUCHA AL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

ESCUCHA	N°	%
NUNCA	7	23.3
A VECES	22	73.3
SIEMPRE	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 73.3% a veces se siente escuchado por la enfermera en cualquier momento, mientras que el 23.3% manifiesta que nunca se siente escuchado y sólo el 3.3%(1) considera que siempre lo escuchan.

CUADRO 5.9

SENTIMIENTO DE COMPRENSIÓN POR PARTE DE LA ENFERMERA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

COMPRENSIÓN	N°	%
NUNCA	5	16.7
A VECES	24	80.0
SIEMPRE	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro N°9 se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 80% a veces se sienten comprendido por las enfermeras, mientras que el 16.7%(5) y finalmente sólo el 3.3%(1).

CUADRO 5.10

SENTIMIENTO DE COMPAÑÍA POR PARTE DE LA ENFERMERA EN LOS MOMENTOS TRISTES SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

COMPAÑÍA	N°	%
NUNCA	13	43.3
A VECES	16	53.3
SIEMPRE	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro N°10 se puede observar que del 100%(30) de los familiares de los pacientes terminales el 53.3%(16) siente que sólo a veces la enfermera lo acompaña en los momentos tristes, mientras que el 43.3%(13) nunca sienten dicha compañía, y sólo el 3.3%(1) manifiesta sentirlo siempre.

CUADRO 5.11

CONOCIMIENTO SOBRE EL CREDO RELIGIOSO QUE PROFESAN SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

CREDO RELIGIOSO	N°	%
NUNCA	4	13.3
A VECES	24	80.0
SIEMPRE	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro N°11 se puede observar que del total de familiares de los pacientes en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud agosto - setiembre 2018, el 80%(24) manifiesta que sólo a veces la enfermera conoce el credo religioso que profesa tanto el paciente terminal como el familiar, mientras que el 13.3%(4) manifiesta que nunca lo conoce y finalmente el 6.7%(2) manifestó que siempre lo es conocido por la enfermera.

CUADRO 5.12

RESPETO AL CREDO RELIGIOSO POR PARTE DE LA ENFERMERA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.

RESPETO POR RELIGIÓN	N°	%
A VECES	3	10.0
SIEMPRE	27	90.0
NUNCA	0	0
Total	30	100.0

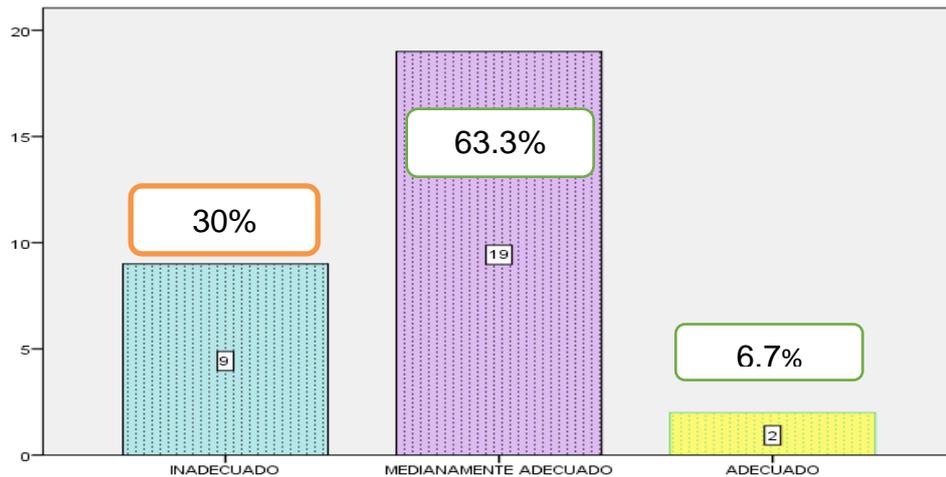
Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el cuadro N°12 se puede observar que del total de familiares de los pacientes en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud, el 90%(27) manifiesta que la enfermera siempre respeta su religión y el de su familiar, mientras que el 10%(3) considera que lo respeta sólo a veces.

GRÁFICO 5.1

NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS FRENTE AL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.



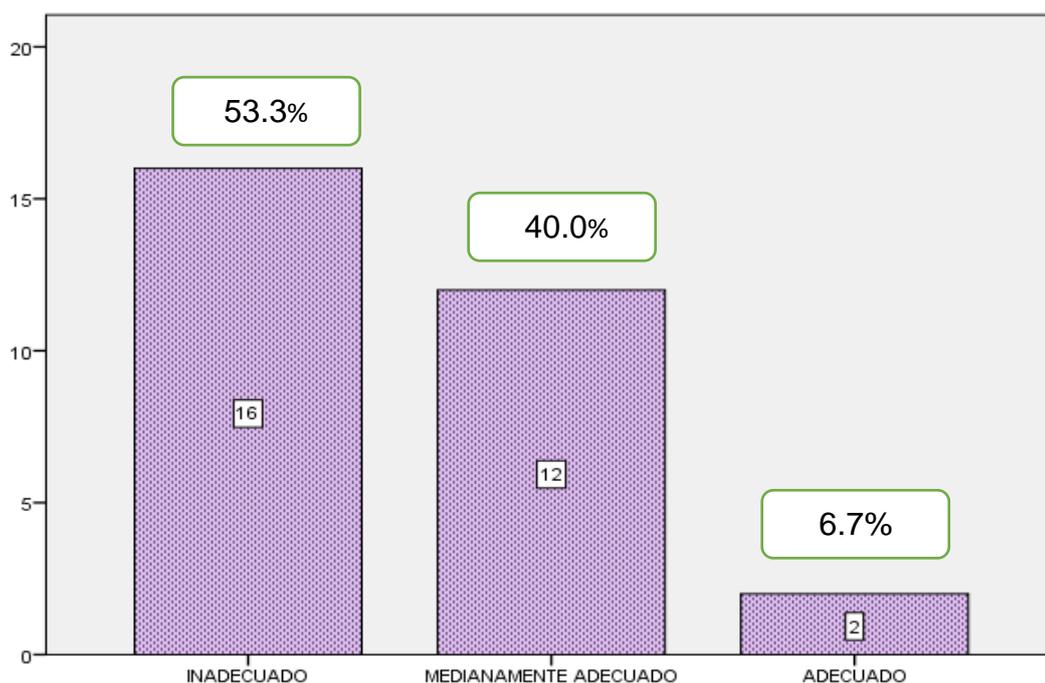
Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el gráfico se puede observar que el nivel de intervención de las enfermeras de unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud Agosto - Setiembre 2018 prioritariamente es medianamente adecuado en un 63.3%(19),mientras que el 30 % (9) de los familiares manifestaron que es inadecuado y sólo un 6.7% lo consideró adecuado, lo que conlleva a mejorar las estrategias para poder asistir a los familiares en momentos trascendentales como es la pérdida próxima de una familiar.

GRÁFICO 5.2

NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA DIMENSIÓN AFECTIVA FRENTE AL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018.



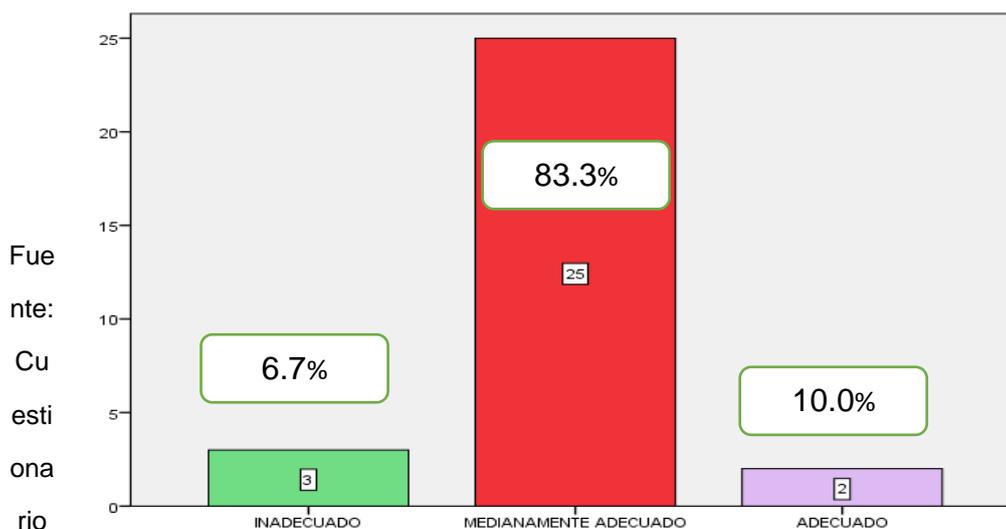
Fuente: Cuestionario intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el gráfico se puede observar que el 53.3%(16) de las enfermeras tienen un nivel de intervención inadecuado en la dimensión afectiva, mientras que el 40%(12) ofrece un nivel de intervención medianamente adecuado y sólo un 6.7%(2) lo hace de forma adecuada, lo cual es alarmante ya que el profesional de enfermería es el personal de salud que más comparte tiempo tanto con el paciente como con sus familiares.

GRÁFICO 5.3

NIVEL DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL FRENTE AL FAMILIAR DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD – 2018



Intervención de la enfermera-2018

Análisis e interpretación:

En el gráfico N°3 se puede observar que el 83.3% (25) de las enfermeras tienen un nivel de intervención medianamente adecuado en la dimensión espiritual, mientras que el 10%(3) ofrece un nivel de intervención inadecuado y sólo un 6.7% lo hace de forma adecuada, lo cual es alarmante ya que el profesional de enfermería es el personal de salud que más comparte tiempo tanto con el paciente como con sus familiares, por lo que se debe mejorar dicho aspecto.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

Debido a que el trabajo es de tipo descriptivo carece de hipótesis.

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares.

En la presente investigación titulado Nivel de intervención de las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018 se encontró que dicho nivel prioritariamente es medianamente adecuado en un 63.3%(19) mientras que el 30 % (9) es inadecuado y sólo un 6.7% es considerado adecuado, resultados que difieren a lo encontrado por Palomino (2017) en su investigación titulada “Percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y actitud de enfermería frente al paciente terminal en Padomi del hospital Félix Torrealva Gutierrez, Ica - octubre 2016” quien obtuvo que la percepción del familiar sobre la atención domiciliaria es adecuada con 75%(15) mientras que la cuarta parte de la muestra 25%(5) sostuvieron que fue inadecuado.

Lo evidenciado nos alerta sobre la importancia que tiene el mejorar la intervención al grupo familiar y más aun tratándose del paciente en estado terminal, ya que dicho grupo comienza a travesar las etapas de duelo correspondiente y el estado de susceptibilidad es más alto.

Por otro lado se encontró que el 53.3%(16) de las enfermeras tienen un nivel de intervención inadecuado en la dimensión afectiva ,lo cual es similar a lo dicho por Gutiérrez (2018) en su trabajo titulado “Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia Hospital Sergio Bernal, quien en el componente afectivo presentó en el 56.3% de las enfermeras eran indiferentes a la muerte del paciente en estado terminal.

Esta hallazgo indica que es de suma urgencia mejorar este nivel de intervención, puesto que se debe considerar a la familia como eje fundamental en el contexto del paciente en estado terminal y trabajar con conjunto con ellos ,plasmando la empatía a ese nivel, mejorando los sistemas de escucha y brindando el apoyo emocional pertinente y perenne.

Finalmente se obtuvo que sólo un 6.7% de las enfermeras del Hospital Guillermo Almenara, realiza la intervención espiritual frente al paciente en estado terminal de forma adecuada, resultado que difiere de lo visto por Espinoza (2016) en Ecuador en su trabajo titulado “Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, enero-febrero 2016”,quién obtuvo que el 23% de enfermería brindó la atención espiritual en nivel general a los pacientes.

Alguno de los factores que suma a ello se podría concebir como la falta de formación en ese campo ,la carga laboral administrativa, la rutina y falta de tiempo en el cuidado de la fase terminal, por lo que se concluye en que los enfermeros no satisfacen los cuidados espirituales del usuario terminal, por lo que se recomendó tomar las medidas con premura de tiempo para brindar el cuidado holístico paliativo.

6.3. Responsabilidad ética

El trabajo de investigación consideró la parte ética como la solicitud del espacio para llevar cabo la recolección de datos a los jefes en primera instancia, se salvaguardó la identidad de cada uno de los participantes, se brindó el consentimiento informado previo y se respetó la participación voluntaria de cada familiar.

CONCLUSIONES

1. El nivel de intervención de las enfermeras de la Unidad de cuidados intensivos frente al familiar del paciente en estado terminal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Essalud - 2018 prioritariamente es medianamente adecuado en un 63.3%(19) mientras que el 30 % (9) de los familiares manifestaron que es inadecuado y sólo un 6.7% lo consideró adecuado.
2. En la dimensión afectiva el 53.3%(16) de las enfermeras tienen un nivel de intervención inadecuado, mientras que el 40%(12) ofrece un nivel de intervención medianamente adecuado y sólo un 6.7%(2) lo hace de forma adecuada.
3. En la dimensión espiritual el 83.3% (25) de las enfermeras tienen un nivel de intervención medianamente adecuado mientras que el 10%(3) ofrece un nivel de intervención inadecuado y sólo un 6.7% lo hace de forma adecuada.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda implementar estrategias debidamente organizadas con la finalidad de mejorar el nivel de intervención de las enfermeras, considerando a la familia de cada paciente en estado terminal.
2. Se recomienda fortalecer la dimensión afectiva en cuanto a la intervención en el familiar del paciente en estado terminal, mediante talleres dirigidos al personal de enfermería.
3. Se sugiere continuar con la mejora del nivel de intervención de la enfermera a nivel espiritual en cuanto al manejo del familiar del paciente en estado terminal para así subir el nivel de aceptación frente a ello, considerando a la parte espiritual como un eje determinante en ese contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francisco Buigues Mengual. Paciente terminal. Guía de actuación clínica en a. p.España.2013.
2. Jesús Antonio Fernández Fernández, Lidia García Martínez, María Luisa García García-Bueno, Ana Isabel Fernández Grand. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería”. Universidad de Leòn. México. 2018.
3. David Jahel García-Avedaño, Cristina Ochoa Estrada, Isaías Iván Briceño-Rodríguez. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Internacional de Ciencias de la Salud, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 281-293, mayo 2018.
4. Teresa Del Niño Jesús Pulliquitín Jurado. Actitud del personal de salud frente a la muerte y su relación con la atención al paciente al final de la vida en el Hospital General Dr. Enrique Garcés. Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 87 p. 2014.
5. María Patricia Espinoza Villalta.Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, enero-febrero 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2016.
6. Gutierrez Condezo, C. P. Actitud del profesional de enfermería frente a la muerte de pacientes atendidos en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia Hospital Sergio Bernales. Comas Universidad César Vallejo. 2018.

7. Palomino Palomino, I. A.. Percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y actitud de enfermería frente al paciente terminal en Padomi del Hospital Felix Torrealva Gutierrez, Ica - octubre 2016. Universidad Privada San Juan Bautista. 2017.
8. Farroñan Santamaría, J. Y. Actitud de la enfermera en el cuidado al final de la vida en los pacientes adultos del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2012. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014.
9. Vizcarra Oros, A. P. Factores asociados a la actitud del personal de enfermería ante la muerte de los pacientes en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2012. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2013.
10. Flores Cayo, T. M. Actitud del Profesional de Enfermería Frente al Paciente Terminal del Hospital Nacional Sergio Bernales, Comas – 2018. Universidad César Vallejo. 2018.
11. Jhonatan Glen Limachi Mamani. Efectividad del Programa “Cuidando para dar esperanza” para mejorar actitudes hacia el paciente terminal en estudiantes del tercer año de la E.P. de Enfermería de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca – 2016. Universidad Peruana Unión. 2017.
12. Henderson V. Teorías de Enfermería. Edit mosby. España. 2005. Revisado el 02 de noviembre del 2018. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

13. Alicia Zamora Calvo. *El enfermo terminal y la muerte*. Publicado en la Revista Bioética y Ciencias de la Salud. Vol5 N°2
14. Martha Hamill de Correo. El paciente en estado terminal .2018. Revisado el 19 de noviembre del 2018. Recuperado de: <http://es.catholic.net/op/articulos/20922/el-paciente-en-estado-terminal.html#modal>
15. Palomino Palomino Iliana. Percepción del familiar sobre la atención domiciliaria y actitud de enfermería frente al paciente terminal en Padomi del hospital Felix TorrealvaGutierrez, Ica .octubre 2016 . Revisado el 09 d enoviembre del 2018. Recuperado de: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1409/t-ple-iliiana%20andrea%20palomino%20palomino.pdf?sequence=1&isallowed=y>
16. Enfermera en la atención del paciente terminal [En línea] [Fecha de acceso 26 de agosto de 2018]. URL disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3938/FuentesFernandezL.pdf?sequence=1>
17. Alberto Redaelli. La asistencia espiritual con los enfermos terminales. Recuperado el 01 de setiembre del 2018 de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8510/Documento_completo.pdf?sequence=1
18. Alicia Zamora Calvo. Enfermo terminal y la muerte. Recuperado el 15 de agosto del 2018 de: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf

19. Muñoz Cobos . La familia en la enfermedad terminal. Recuperado el 12 de agosto del 2018 en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n3/07.pdf>
20. Borcia Goyanes JJ. El viejo y su futuro. En: Hayflectz I, Barcia D, Miguel J. ,eds. *Aspectos actuales de la muerte* . Madrid: Ela SL 2001, 413.
21. Florez Lozano JA. *Aspectos psicológicos de la muerte*. Medicina Integral 1995.
22. Polaino Yorente A. La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. Tratado de medicina paliativa. Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A. 2002.
23. Sanz Ortiz J. *Eutanasia sí, eutanasia no*. Med. Clin. (Barcelona) 1999; 100 (suppl): 17-9.
24. Sanz Ortiz J. *Cuidados paliativos*. Madrid. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
25. Alejandro Sergio Fabián. *Actitud de enfermería frente al paciente terminal*. Recuperado el 15 de julio del 2018 de: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_sergio.pdf
26. Mindfulness. Necesidades espirituales en los pacientes terminales. Revisado el 28 de julio del 2018 recuperado de: <https://turedelajacion.wordpress.com/2014/09/23/necesidades-espirituales-en-los-pacientes-terminales/>

27. Enfermera en la atención del paciente terminal [En línea] [Fecha de acceso 26 de agosto de 2018]. URL disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3938/FuentesFernandezL.pdf?sequence=1>
28. Alberto Redaelli. La asistencia espiritual con los enfermos terminales. Recuperado el 01 de setiembre del 2018 de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8510/Documento_completo.pdf?sequence=1
29. Rogers. *Los efectos terapéuticos de la escucha*. Recuperado el 5 de julio del 2018 de : <http://www.cuidatusaludemocional.com/escucha-activa.html>
30. Kozier. Fundamentos de enfermería, Revisado el 7 de noviembre del 2018. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/33436235/KOZIER-FUNDAMENTOS-CAP1>
31. Hernández Fernández. Metodología de la investigación. 6ta edición. Mc Grill. Pág:125

