



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**"Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 - junio 2009"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

**AUTOR**

Catherine Ruth FLORES SÁENZ

**ASESOR**

Domitila Estheher CANCHARI CANDELA

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Flores C. Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 - junio 2009 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

---

**A DIOS:**

Por ser mi padre creador, mi protector,

Por ser mi guía que me da la mano cuando me ve débil, para seguir adelante.

**A MIS PADRES:**

Con amor por el apoyo moral, económico y por la motivación que siempre me brindan.

**A LA Lic. ESTHER CANCHARI  
CANDELA:**

Por su orientación y apoyo en la  
realización de la presente  
investigación.

**A LAS COLEGAS:**

Que laboran en el Servicio de  
Emergencia en el Hospital Nacional  
Daniel Alcides Carrión. A la Jefa de  
Enfermeras Lic. Dora Briceño.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	viii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	xi
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	14
B. Formulación del Problema.....	17
C. Justificación.....	17
D. Objetivos.....	18
E. Propósito.....	19
F. Marco Teórico.....	20
F.1 Antecedentes.....	20
F.2 Base Teórica.....	24
G. Hipótesis.....	47
H. Definición Operacional de Términos.....	48
<b>CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO</b>	
A. Tipo, Nivel y Método.....	49
B. Sede de Estudio.....	49
C. Población y/o Muestra.....	50
D. Técnicas e Instrumentos de Recojo de Datos.....	50
E. Plan de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos	51
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....	52
G. Consideraciones Éticas.....	54

	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	55-66
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b>	
A. Conclusiones.....	67
B. Recomendaciones.....	69
C. Limitaciones.....	70
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
01	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según su edad en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	56
02	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades físicas en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	58
03	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades emocionales en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	59
04	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades espirituales en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	60
05	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	62



## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Pág.</b>
01	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según su edad en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 –Junio 2009.....	64
02	Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según tiempo de servicio en Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Junio 2008 – Junio 2009.....	65

## RESUMEN

La enfermera es el profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el paciente en estado terminal.

La muerte, que es el último acontecimiento importante de la vida, ha de ser de tal manera que sea digna de la persona humana.

Durante la labor de enfermería en los servicios de emergencia, con frecuencia nos encontramos con pacientes en estado terminal con necesidad de satisfacerle todas sus necesidades, pero lamentablemente en algunas ocasiones las enfermeras tienen una actitud de rechazo e indiferencia, por ello fue conveniente realizar un estudio sobre: ¿Cuál es la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Junio 2008 – Junio 2009?, teniendo como objetivos: Determinar la actitud de enfermería en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por las enfermeras del Servicio de Emergencia. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento la Escala de Lickert modificada.

Se encontró los siguientes hallazgos: El 86% de enfermeras tienen una actitud de aceptación en el cuidado del paciente terminal. Según las necesidades del paciente, el 72.8% tiene una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales.

**Palabras claves: Actitud de la enfermera, paciente terminal, cuidados de enfermería.**

## **SUMMARY**

The nurse is the professional of the health's team in constant contact with the patient in terminal condition. The death, is the last important event in the life, and should be worthy of the patient.

The nursing work in the emergency services frequently is realised in patients in terminal condition and she having to satisfy the patient's needs. Unfortunately, some nurses have an attitude of indifference, is for that reason that we realised the following study: ¿Which is the attitude of the nurse in the care of the terminal patient in the Emergency Service of the National Hospital Daniel Alcides Carrión, June, 2008 - June, 2009?, to determine the nursing attitude in the care of the terminal patient according to his physical, emotional, spiritual and social needs.

The study is of applicative level, quantitative type and descriptive method of cross section. The population was consisted for Emergency Service's nurses. The technique used was the interview and the instrument was Lickert's modified Scale

We found the following findings: 86% of nurses have an attitude of acceptance in the care of terminal patients. According to the needs of the patient, 72.8% have an attitude of indifference in the terminal patient care's according to their social needs.

**Keywords:** nursing attitude's, terminal patient, nursing care's

## INTRODUCCIÓN

Desde comienzos de la humanidad la muerte es además de un fenómeno biológico, una construcción social y cultural.

Los seres humanos, como ya decía Kant en el siglo XVIII tenemos dignidad y no precio. El hombre se mueve a lo largo de su existencia en un estado de salud, vigor y vida o bien en un estado y enfermedad, sufrimiento y muerte. La muerte, es el final natural de la vida, de lo que se desprende, tanto la persona sana como la enferma por patologías crónicas invalidantes o en estado terminal poseen cualidades que permanecen intactas, en toda la línea asistencial, desde el nacimiento hasta la muerte. (1)

La conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y el restablecimiento de la salud, están íntimamente relacionados con la enfermedad.

El cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, que implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. (2)

Por la naturaleza intrínseca de su trabajo, las enfermeras se encuentran con episodios de muerte de otras personas, con mayor frecuencia que la mayoría del resto de seres humanos, de tal manera que deberán estar preparadas y adoptar actitudes que demuestren en todo sentido la calidad del cuidado de enfermería aún en las etapas a fines de la muerte.

Asimismo, el Consejo Internacional de Enfermería señala que “Las enfermeras están formadas como expertas para gestionar el dolor, prestar cuidados paliativos y ayudar a personas a tratar el dolor y la muerte”. (3)

Durante la labor constante de la enfermera en los servicios de emergencia, con frecuencia nos encontramos con pacientes en estado terminal, con necesidad de recibir una muerte digna; pero lamentablemente en algunas ocasiones las enfermeras adoptan actitudes de rechazo, indiferencia, enojo o de mecanismos de defensa no sólo nocivos para la persona hospitalizada, sino para su familia, las cuales conllevan también a una realidad distinta de la expresada en la literatura. (4)

En tal sentido, el presente estudio titulado “Actitud de la enfermera en el cuidado del paciente Terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Junio 2008- Junio 2009”. Tiene como objetivo: Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente Terminal según las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente en el Servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión,

El propósito está orientado a ofrecer los resultados que se obtengan a las autoridades con la finalidad que elaboren estrategias que permitan fortalecer la función cuidadora hacia el paciente terminal, también se busca que la institución comprenda las necesidades humanas del personal que está frecuentemente en áreas donde ocurren situaciones de sufrimiento, dolor, stress, muerte y elaboren los respectivos programas de afrontamiento frente al trabajo.

El trabajo se encuentra organizado por capítulos: El **Capítulo I:** El Problema, presenta el planteamiento y formulación del problema, la justificación, los objetivos de estudio, el propósito, el marco teórico, la definición operacional de términos y la operacionalización de variables. El **Capítulo II:** Material y métodos, presenta el tipo, nivel y método de estudio, sede, población, técnicas e instrumentos de recolección de datos, plan de recojo, procesamiento y presentación de datos, así como también el plan de análisis e interpretación de datos y las consideraciones éticas. El **Capítulo III:** Resultados y Discusión. Y el **Capítulo IV:** Conclusiones, recomendaciones y limitaciones.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA**

En los últimos años ha venido tomando fuerza en Europa y América Latina la iniciativa de llamar la atención sobre el derecho que debe asistir a cualquier ser humano de morir con dignidad.

La muerte, que es el último acontecimiento importante de la vida, ha de ser de tal manera que sea digna de la persona humana. Es distinto ayudar a un enfermo a morir dignamente que provocarle la muerte (5).

La muerte es un proceso de vida, y como tal comprende fases hasta llegar a un final. La fase de agonía, es un proceso psicofisiológico que produce estrés y crisis y que a la postre termina con la muerte para el paciente terminal y en sufrimiento para las personas significativas que sobreviven. (7). En cualquiera de las formas, uno de los objetivos de la enfermera al ayudar al paciente terminal es ayudarlo a dejar la vida a su manera.

El personal de enfermería debe estar preparado y ser capaz de participar en la atención integral del paciente en cualquiera de las fases de la enfermedad avanzada, este cuidado se ofrecerá en el nivel físico, emocional y espiritual. De esta manera se estará ayudando al paciente a un buen morir. (6)

Al servicio de Emergencia llegan diariamente pacientes en estado crítico, que por la gravedad de su salud necesitan una atención especializada y minuciosa por el personal de enfermería, pudiendo encontrar pacientes con afecciones que degeneran su salud, inestable evolución e inclusive aquellos que fallecen durante la atención recibida, sobre todo en el área de trauma shock de los servicios de emergencia.

La conducta y la actitud que adopte la enfermera al brindar cuidados a un paciente terminal está influenciado por el aspecto sociocultural (antropológicos), así como también por la experiencia personal, la preparación en Pregrado, la experiencia profesional, la organización de la Unidad Clínica y la administración de la atención de enfermería, todos estos son factores que se conjugan para determinar en una situación concreta la calidad del cuidado de enfermería al paciente terminal.

Es necesario que la enfermera afronte esta situación con profesionalidad y sin perder la sensibilidad, pero es generalmente en estos momentos, donde la mayoría de ellas conoce como actuar, que hacer con un paciente terminal.

Según el estudio realizado por Elvira Barrios, Gabriel "Actitudes que adoptan las enfermeras que laboran en la Unidad de



Cuidados Intensivos hacia la atención de Enfermería del paciente moribundo en la Institución de las Fuerzas Armadas” el 54% de las enfermeras que laboran en la UCI de la Institución muestra una actitud de indiferencia hacia el paciente moribundo.

Ante esta situación y durante nuestra labor de enfermería en el servicio de emergencia se observó que algunas colegas se acercan a los pacientes en fase de agonía, para brindarles el cuidado correspondiente, sin embargo, muchas de ellas se alejan, por creer que “ya no hay nada que hacer”, “es en vano el sufrimiento al colocarle una sonda nasogástrica”, existiendo aquellas enfermeras que sólo cumplen con el tratamiento médico establecido y con actividades propias del cuidado (como la alimentación, baño, aspiración de secreciones, entre otros). Cabe resaltar que estas actividades, se delegan en muchas ocasiones al personal auxiliar de enfermería.

Es muy controversial observar como en las distintas fases del paciente terminal, nosotras profesionales de enfermería adoptamos diferentes actitudes y conductas frente al paciente moribundo. En esos momentos difíciles en el cual el paciente requiere de esa esencia de enfermería “el cuidado”, quizás ya no para recobrar la salud sino para tener una muerte digna, la enfermera debe ser capaz de actuar con profesionalidad, ética y valores. Frente a esta controversia me planteo las siguientes preguntas:

¿Estamos actualmente las enfermeras preparadas para acompañar al paciente Terminal y familia? ¿Brindamos los cuidados físicos, emocionales y espirituales al paciente Terminal tal como se nos enseñó en las aulas de Pregrado?

¿Consideramos al paciente terminal como un ser biopsicosocial durante sus últimos días de vida? ¿Cuál es nuestro grado de compromiso con el paciente terminal? ¿Cuáles son nuestras reacciones emocionales y sentimientos que se generan durante la atención que brindamos al paciente terminal y familia?

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Dada las consideraciones expuestas se propone el siguiente problema: ¿Cuál es la actitud de las enfermera en el cuidado al paciente terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Junio 2008- Junio 2009?

## **C. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

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

Realizar el presente trabajo es de suma importancia para enfermería y en particular a la enfermera especialista en emergencia ya que, actualmente en las instituciones hospitalarias,

especialmente en los servicios de emergencia se tiene descuido al paciente terminal, quien como ser humano merece y tiene derecho a recibir hasta el ultimo minuto de su existencia cuidados de enfermería que le permitan morir dignamente pero esto no se puede llevar a cabo mientras el personal de enfermería a cargo de su cuidado, no examine sus propios sentimientos acerca de todo el proceso de muerte.

El derecho a morir con dignidad, es la capacidad moral de exigir la inviolabilidad de la vida, la interioridad de los sentimientos (8) ;debe entenderse más como una exigencia ética que como un derecho, pues la ayuda y cuidado que se preste como personal de enfermería al paciente moribundo ha de ofrecer la mejor asistencia posible, aliviar sus sufrimientos, forman a su alrededor un ambiente de confianza y de calor humano, de tal manera que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su persona.

#### **D. OBJETIVOS**

- **Objetivo General**

Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Junio 2008- Junio 2009.

- **Objetivos Específicos**

- Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según edad y tiempo de servicio en emergencia.
- Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente Terminal según sus necesidades físicas.

- Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades emocionales.
- Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades espirituales.
- Determinar la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales.

#### **E. PROPÓSITO**

La calidad del cuidado de enfermería en la atención al paciente Terminal demanda hoy en día una interpretación humanística y el respeto por la integridad funcional de los seres humanos.

Es necesario conocer y comprender la actitud de la enfermera frente al paciente terminal en el Servicio de Emergencia, para que en base a ese conocimiento se promueva la reflexión personal o grupal, fomentando una actitud de aceptación frente al cuidado del paciente terminal, de tal manera que aborden un enfoque holístico en la función cuidadora de enfermería.

Se pretende que con los resultados de la investigación las autoridades revaloren las necesidades humanas del personal que se encuentra frecuentemente en áreas donde se atienden a pacientes terminales y elaboren los respectivos programas de afrontamiento a fin de reconciliar y exteriorizar los sentimientos generados durante el cuidado a dichos pacientes y resolver las inquietudes y el temor que muchas enfermeras tienen hacia la muerte.

## **F. MARCO TEÓRICO**

### **F.1 ANTECEDENTES**

Al buscar y revisar algunos estudios relacionados al tema de investigación, se encontraron dentro del ámbito nacional los siguientes:

**CATHERINE DEL ROSARIO MERA CARDENAS, 2007** realizó un trabajo titulado “El Cuidado Humanizado de Enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007”. El objetivo fue describir como es el cuidado humanizado de enfermería al paciente moribundo y la familia, las consideraciones finales fueron:

*“El cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente”.*

*“El cuidado humanizado debería basarse en la integralidad de la persona y en la relación de dos seres que se reconocen como humanos mutuamente”. (9)*

**JULIA ELENA MALLMA COTRADO, 2005** realizó un trabajo también titulado “Vivencias de las enfermeras en el cuidado al paciente moribundo en la UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Agosto 2004 – Enero 2005”. Los objetivos fueron describir, analizar e interpretar las vivencias de las enfermeras en la atención al paciente moribundo y las consideraciones finales fueron:

*“El personal de Enfermería que participó en el estudio le da a la muerte un significado estrictamente biológico, consideran el proceso de muerte como un evento doloroso, optan por*

*brindarle a un paciente moribundo sedad e inconsciente solo cuidados físicos, pero consideran necesario brindarle apoyo espiritual y muestran una actitud de alejamiento hacia la familia, lo cual impide brindarle al paciente moribundo un cuidado integral desde el enfoque holístico". (10)*

**LAURA BARRIOS GABRIEL**, realizó en el año 1983, el trabajo titulado: "Actitudes que adoptan las enfermeras que laboran en UCI hacia la atención de Enfermería del paciente moribundo en una Institución de las Fuerzas Armadas" siendo la conclusión principal del trabajo:

*"El 54% de las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Institución muestra una actitud de indiferencia hacia el paciente moribundo"(11)*

Se revisaron también trabajos de investigación relacionados con el tema, que pertenecen al ámbito internacional, tal como a continuación se exponen:

Estudio realizado por **LUZ RIVERA ALVAREZ y ALVARO TRIANA-2007**, Universidad Nacional de Colombia, estudio llevado a cabo en la Clínica del Country – Bogotá durante el período Marzo 2006 – Mayo 2007, lleva como título: "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country". Este es un estudio descriptivo explorativo con abordaje cuantitativo, obteniéndose como resultados:

- *"El 86.7% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería; el 12.04% de las personas casi siempre*

*percibieron dicho cuidado y el 1.09% de las personas hospitalizadas sólo algunas veces percibieron dicho cuidado”. (12)*

- *“Los comportamientos del cuidado que fueron percibidos en menor medida por el usuario fueron la empatía (77.7%), el apoyo emocional (79.6%), la proactividad (80.5%) y la disponibilidad para la atención (85.4%)”*

Estudio realizado por **FLOR GÓMEZ, VIVIANA RINCÓN, ELIANA ROMERO y ROSITA DAZA**, 2002-Colombia, en tres unidades de cuidados intensivos de tres hospitales de Bogotá durante el 2º semestre del año 2002, estudio de tipo fenomenológico en el cual se analizaron nueve vivencias sobre el cuidado de enfermería brindado a las familias de los pacientes que murieron en la UCI. El objetivo del estudio fue identificar los sentimientos, experiencias y sensaciones del familiar acerca de la comunicación, compañía y respeto ofrecidos por la enfermera y por último conocer las sugerencias del familiar con relación al cuidado de enfermería durante la muerte del paciente en la UCI, a partir de su vivencia, para lo cual se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada, se obtuvo como resultados:

- *“Importante es la calidad humana que se brinda y el apoyo emocional, pues demuestran la sensibilidad frente a la pérdida de un ser querido”.*
- *“Los familiares sugieren la necesidad de contar con una enfermera que tenga gran manejo de situaciones difíciles, como lo es la muerte, compañía y respeto efectivo, para ser esta situación menos dolorosa y más llevadera”. (13)*

Estudio realizado por **LAIDES LUNA VÁSQUEZ, MARIELA VALIENTE y JOSÉ MIGUEL GODERICH**, 1999-Cuba, de origen retrospectivo y transversal, realizado en el Servicio de Cuidados Intermedios del Hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Ambrosio Grillo Portuendo” de Santiago de Cuba (1999) con el objetivo de analizar la aplicación de la Bioética frente al paciente moribundo, obteniéndose como resultado el análisis del cumplimiento de los principios bioéticos que en todos los casos se actuó con beneficencia y justicia, respetando la autonomía del moribundo, llegando a la conclusión de que el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad constituyen el centro de atención y el deber ineludible de cualquier personal de enfermería que se respete como ser social, ciudadano y profesional.

Existe un estudio realizado en Santiago de Chile, titulado “Opiniones de las enfermeras con respecto al morir, la muerte y las acciones de enfermería frente al paciente moribundo adulto. 2002”, cuyos autores son Reyes Docentes Senler Carolina, Trevisiol Rivas Carla, enfermeros de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El estudio tuvo como resultado:

- *“El profesional considera la muerte como un descanso, cree que puede identificar y satisfacer las necesidades del paciente moribundo a pesar de la falta de tiempo en los servicios del Hospital”.*
- *“Las enfermeras ven la muerte como “un paso” de obligado cumplimiento. Algunos profesionales refieren que si tuvieran más tiempo durante sus labores lo dedicarían a simplemente “estar” con los moribundos, sobre todo en momentos claves como los últimos momentos de vida”.*

(14)



Por lo expuesto se evidencia que se han realizado estudios de investigación relacionados al cuidado de enfermería en el paciente moribundo en los servicios de cuidados intensivos. Sin embargo también es necesario realizar estudios que determinen la actitud de la enfermera en el cuidado al paciente terminal en el Servicio de Emergencia.

## **F.2 BASE TEÓRICA**

A Continuación se presenta el marco teórico que permite sustentar los hallazgos:

### **1. GENERALIDADES SOBRE LA MUERTE**

En la vida de toda persona, hay felicidad, alegría, dolor, sufrimiento y muerte. La muerte es algo importante en la vida.

La muerte humana es un fenómeno multifacético que afecta la vida, en la actualidad no es aceptado, ni asumida como un suceso natural, se ha convertido en una problemática personal, social y familiar.

La muerte puede causarnos miedo, rebelión, temor, pero no puede causarnos duda. Es el destino temporal más cierto del hombre y su aceptación es prueba de madurez del ser humano.

#### **1.1 La Tanatología y su relación con el personal de Enfermería**

La Tanatología es la disciplina que se encarga del estudio integral e interdisciplinario de la muerte.

La tanatología, es un estudio integral e interdisciplinario, que reúne en su quehacer elementos sociales, que influyen en cada individuo y busca resolver las situaciones conflictivas

que existen en torno a la muerte, como la eutanasia, el suicidio, el abandono de enfermos terminales y ancianos, etc.

La tanatología estudia los sentimientos y los efectos que la muerte provoca, a los familiares o personas involucradas afectivamente con el paciente, es difícil aceptar la muerte de un ser querido como algo natural.

Apoya también al equipo sanitario en la liberación de las emociones que el trabajo constante con la enfermedad, el dolor y la muerte conllevan.

Para el profesional de la salud que lidia constantemente con la realidad de la muerte, la tanatología brinda una enorme contribución, especialmente en el trato con pacientes terminales; ya que la gran mayoría de estos profesionales al igual que otras personas formadas en nuestra cultura no tienen resuelto sus problemas con relación a la muerte; muy por el contrario... viven negándola y rechazan hablar y/o escuchar sobre la misma.

Admitir la realidad de la muerte, aceptándola como venga permite al hombre, como tal, vivir a plenitud y al profesional de la salud una mejor comprensión a los pacientes terminales, proporcionándoles los medios necesarios para asistirlo de la manera más completa de acuerdo a sus necesidades físicas y psicoemocionales; es más sin generar en el propio profesional, las angustias tan comunes en estas circunstancias.

Tenemos un compromiso ético con cada uno de nuestros pacientes, el no abandonarlos y acompañarlos aliviando los síntomas adversos durante el trayecto de su enfermedad,

respetando sus autonomías, permitiéndolos partir rodeados de sus seres queridos en un ambiente cálido y de amor.

## **1.2 Calidad de muerte y enfermería**

La muerte, que es el último acontecimiento importante de la vida, ha de ser de tal manera que sea digna de la persona humana. Es distinto ayudar a un enfermo a morir dignamente que provocarle la muerte.

El profesional de enfermería y el equipo de salud deben asumir como su responsabilidad el ofrecer buena calidad de muerte.

Una buena muerte, es una meta, un desafío y comprende tareas tales como velar porque la dignidad del ser humano no se pierda en ningún momento y respetar siempre al paciente su derecho a conocer las opciones disponibles y a participar activamente en las decisiones que se tomen acerca de su final, reteniendo así una valiosa porción de control sobre su vida (15).

Es parte de la labor de un buen equipo de atención a pacientes terminales, descubrir tras los comportamientos o síntomas que lo enmascaran, el sufrimiento de un paciente: abordarlo, explorarlo, ponerle un nombre y trabajar en conjunto para buscarle soluciones.

## **1.3 La enfermera ante el paciente terminal**

*"El concepto de muerte adecuada implica la extinción gradual de la vida humana en forma tal que la declinación biológica es relativamente armoniosa, y el equilibrio psicológico y la dignidad personal se mantienen, lográndose el consenso entre enfermera y paciente, de que todo lo posible ha sido hecho en beneficio del enfermo, pero la muerte luce inevitable...es un ideal al cual todos aspiramos, pero que muy pocos logramos.*

Verwoerd

La enfermera es la profesional del equipo de salud, que más contacto tiene con el enfermo. Dedicar su tiempo, su preocupación, su responsabilidad y sus conocimientos para cuidar a sus pacientes.

La enfermera es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

No obstante, puede haber ocasiones en las que la enfermera es compelida a aliviar la frustración y a recibir apoyo, en vez de ser ella la encargada de darlo. (16)

La relación enfermera - paciente es el "eslabón humano" que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente, la coloca en calidad de "salvadora" de una muerte indigna. Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Es una combinación de conocimientos científicos con un interés personal acerca del acto de agonizar y morir. Una mezcla de "agua y aceite", entre la aplicación fría de un tratamiento científico y el complejo e intenso manejo de los aspectos humanos.

Así lo expresa el escritor Jorge Orgaz: "Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma al hombre y el médico (enfermera) deben ser humanos sobretodo".

### **1.3.1 Bases de la relación Enfermera – Paciente según Peplau**

Las bases de esta relación enfermera-paciente moribundo son:

1. Observación de su comportamiento para reconocer el verdadero significado de las actuaciones y necesidades del paciente.
2. La comunicación con el paciente y su familia para llegar a conocerla y comprenderla.

Un cuidado deficiente deteriora y empeora la calidad de vida en los días que le quedan a nuestros pacientes haciéndolos intolerantes en lugar de ser intensos, plenos, llenos de alegría y amor.

Debemos ser muy sensibles a la comunicación verbal y no verbal tanto del paciente como de su familia, con el fin de brindar una máxima ayuda ante la enorme necesidad del momento. Nosotros debemos comprender, conocer y justificar las relaciones emocionales del ser que está muriendo.

Nuestro principal y primordial objetivo en nuestra relación enfermera-paciente es respetar la autonomía del paciente en su capacidad de decisión y actuación. "El mejor servicio que

se puede prestar a un enfermo es ser una persona amable, atenta, cariñosa y sensible”. Elizabeth Kübler Ross.

### **1.3.2 Las Necesidades Humanas básicas según Virginia Henderson**

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre si, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

- **Necesidad de respirar normalmente:** Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación.

- **Necesidad de comer y beber adecuadamente:** La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos etc...
- **Necesidad de eliminar por todas las vías:** La enfermera deberá observar si la eliminación es normal. Incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.
- **Necesidad de moverse y mantener la debida postura:** Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito, e incluye la rehabilitación.
- **Necesidad de dormir y descansar:** Hace referencia al dolor y al uso indiscriminado de somníferos.
- **Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse:** Es importante reducir al mínimo la interrupción de costumbres establecidas y el uso de ropas que lo hagan sentir un miembro activo de la comunidad.
- **Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, por medio de ropas adecuadas y la modificación de la temperatura ambiente:** Hace referencia también al control de

insectos, prevención de la polución de las aguas y la contaminación de la comida.

- **Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel:** Tiene en cuenta el valor psicológico, aparte del fisiológico. El número de baños completos deben determinarse de acuerdo con la necesidad física y la voluntad del paciente.
- **Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas:** Hace referencia a la prevención de accidentes y a la protección de si mismo y de las personas que le rodean. La autoestima. También introduce el conocimiento sobre esterilización.
- **Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”:** En la medida en que fomenta las buenas relaciones del paciente, promueve el bienestar del mismo. Ayuda a la persona a comprenderse así mismo y cambiar ciertas condiciones, que son las que lo han convertido en enfermo y aceptar aquello que no puede ser cambiado.
- **Necesidad de practicar su religión:** Respeto y tolerancia a la raza, color, religión, creencias y valores. Secreto profesional.
- **Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad:** Aceptación del rol de cada uno.



- **Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo:** Puede ser un estímulo y un medio de hacer ejercicio. La enfermera puede ayudar a los familiares y amigos del paciente a que atiendan las necesidades recreativas del mismo.
- **Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud:** La orientación, el adiestramiento o la educación forman parte de los cuidados básicos de la mayoría de las personas. La enfermera tiene una función docente.

## **2. ACTITUDES**

El término “actitud” ha sido del definido como una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proporción abstracto o concreto designable.(17)

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por que sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la

evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.

## **2.1 Naturaleza de las actitudes y sus componentes**

- Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales, Esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar que clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.
- Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual.
  - Componente cognitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto.
  - Componentes afectivos: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.
  - Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto.

- Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social.
- Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Estas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

## 2.2 Formación de las actitudes

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

- **Teoría del aprendizaje:** esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.
- **Teoría de la consistencia cognitiva:** esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.
- **Teoría de la disonancia cognitiva:** esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto,

porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

### **2.3 Características de las actitudes**

Las actitudes pueden ser:

- Adquiridas.- pues no constituyen elementos innatos que se van aprendiendo en base al diario interactuar en la medida que el sujeto se socializa.
- Son socialmente condicionadas.- vale decir que respondan a las características estructuradas y organizadoras propias de la sociedad en que se conforman.
- Son relativamente permanentes.- al ser adquiridas por vía del aprendizaje social, las actitudes, una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su aparato psíquico. En consecuencia el cambio no se dará en ningún caso por generación espontánea, sino que se requerirá de una presión que será tanto más intensa en la medida que la actitud sea más vigorosa.
- Están relacionadas con objetos sociales, individuos, grupos, y manifestaciones culturales así como instituciones y hasta objetos abstractos. Por ejemplo: quien tiene un respeto muy marcado por los hábitos correctos durante la comida poseerá una actitud de concordancia con estos.
- Forman un patrón evolutivo, ya que son elementos que sirven como marco de referencia para nuestra

percepción de la realidad, implicando la formación de categorías que pueden ser complejas ya que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales es que intervienen.

## **2.4 Tipos de Actitudes**

### **2.4.1. Actitud de aceptación o acercamiento**

Cuando se organiza la propia conducta en pro de establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, la estimulación, el apoyo, ayuda y la cooperación. El sentido de comprensión viene a ser la predisposición para la comunicación y para la interacción humana-positiva. La actitud de comprensión recíproca es condicionalmente innecesaria para el establecimiento de una intercomunicación cabal, siendo posible la aceptación y la adhesión del grupo para fines comunes orientados por la prudencia, el respeto de la dignidad de las personas y el conocimiento de las reglas formales de interacción humana reconocidos por el grupo como corrector.

### **2.4.2 Actitud de indiferencia**

La indiferencia es un error básico de la mente y conduce a la insensibilidad, la anestesia afectiva, la frialdad emocional y el insano despegó psíquico. La indiferencia, en el sentido en el que utilizamos coloquialmente este término, es una actitud de insensibilidad y puede, intensificada, conducir a la alienación de uno mismo y la paralización de las más hermosas potencias de crecimiento interior y autorrealización. La indiferencia endurece psicológicamente, impide la identificación con las cuitas ajenas, frustra las

potencialidades de afecto y compasión, acoraza el yo e invita al aislacionismo interior, por mucho que la persona en lo exterior resulte muy sociable o incluso simpática. Hay buen número de personas que impregnan sus relaciones de empatía y encanto y, empero, son totalmente indiferentes en sus sentimientos hacia los demás.

### **2.4.3 Actitud de rechazo**

Cuando una actitud es negativa, se presenta el recelo que aleja a las personas y las predisponen contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismos de defensa con que responde la persona que se encuentra en tensión.

Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la ansiedad provocada por un estímulo frustrante.

## **3. PACIENTE TERMINAL**

La palabra **terminal** es imprecisa y ambigua y los enfermos en esta condición son ubicados en una situación de inferioridad, con muy poca o sin capacidad de decisión. Los enfermos terminales tienen en cierto modo pérdida de su humanidad y aparece el miedo a la muerte, miedo al dolor, pérdida de la capacidad de ordenar su vida; por tanto se vuelven dependientes, vulnerables y pueden ser explotables.

Se entiende por paciente terminal al ser humano que sufre una enfermedad progresiva y deteriorante para curar, la cual

ya han sido agotados todos los recursos disponibles y con una prospección de vida no mayor de seis meses.

El paciente terminal sufre: experimenta a diario micro-muertes o micro-pérdidas de partes suyas físicas o psicológicas, del futuro de las expectativas, de roles previos, de la sensación de ser importante y útil a la sociedad, que preceden y anticipan su muerte y final biológica. (18)

La asistencia al paciente moribundo tiene como objetivo reconfortarlo física y emocionalmente, estas personas necesitan apoyo físico, intensivo cuando aparecen los signos de muerte intermitente. (19)

### **3.1 Derechos del paciente terminal**

- Derecho a ser tratado como ser humano vivo hasta el momento de su muerte.
- Derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea esta.
- Derecho de expresar a mi manera los sentimientos y emociones por lo que respecta al acercamiento de mi muerte.
- Derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- Derecho de no morir sólo.
- Derecho de ser liberado del dolor.
- Derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera sea la pregunta.
- Derecho de no ser engañado
- Derecho de recibir ayuda de mi familia y para mi familia en la aceptación de mi muerte.

- Derecho de morir en paz y con dignidad.
- Derecho de conservar mi individualidad y de no ser juzgado por mis decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.
- Derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender mis necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándome a enfrentarme con la muerte.
- Derecho de que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

### **3.2 Cambios que experimenta el paciente terminal**

El paciente Terminal durante su proceso de muerte experimenta una serie de cambios, tanto fisiológica como psicológica. Es necesario conocer estos cambios ya que cada una de estos tiene sus individualidades los cuales van a contribuir con la comprensión de comportamientos y actitudes que se generan en los pacientes durante su proceso de muerte y en gran medida a orientar el cuidado de enfermería.

#### **3.2.1 Cambios fisiológicos**

La agonía es un proceso en el cual se producen cambios fisiológicos, estos cambios fisiológicos se inician con una falla progresiva de los mecanismos de homeostasis del cuerpo. A medida que el individuo se torna más débil como consecuencia de una disminución en el aporte de oxígeno tisular se van desarrollando los siguientes cambios:



**Pérdida del tono muscular:** La pérdida del tono muscular se va manifestando en el paciente con la disminución progresiva del movimiento e incapacidad para conservar su posición en la cama sin apoyo, hay una relajación espontánea de los esfínteres rectal y vesical resultando una micción y defecación involuntaria, la pérdida del tono muscular también genera una incapacidad para deglutir, por lo que el moco tiende a acumularse en la garganta y como resultado el aire que pasa a través de ella causa un sonido típico de gorgoteo, el llamado "estertor de la muerte".

**Cese Progresivo del Peristaltismo:** En el paciente terminal hay una disminución progresiva del peristaltismo del tubo gastrointestinal, acumulándose aire en el estómago y los intestinos, que suele distender el abdomen y causar náuseas.

**Lentitud de la Circulación Sanguínea:** La Circulación sanguínea se hace más lenta, lo cual disminuye la perfusión sanguínea de los miembros distales observándose la piel grisácea, pálida o cianótica y al tacto frías y pegajosas. Cuando la circulación ha disminuido considerablemente, se reduce la eficacia de los analgésicos, la presión arterial disminuye y como respuesta compensatoria la frecuencia cardíaca aumenta manifestándose muchas veces con un pulso irregular y débil, se genera también deficiencia en el abastecimiento de oxígeno a nivel cerebral, lo cual conlleva a una alteración en el estado de conciencia y la vigilia, el paciente progresa desde un estado irritable, agitado, inquieto a un estado de confusión, desorientación, somnolencia y

muchas veces inconsciencia y coma. Es posible que el paciente siga consciente y racional hasta el momento de su muerte o quizá pierda el conocimiento y tenga confusión varios días incluso hasta semanas antes de morir.

**Respiración Difícil:** En cuanto a la Función Respiratoria, suele observarse respiraciones ruidosas, un incremento de la frecuencia y profundidad con periodos de apnea breve “respiraciones de Chayne Stokes”.

**Pérdida de los sentidos:** En el paciente terminal también se alteran los sentidos; se va perdiendo la sensibilidad en un comienzo en las extremidades, la visión puede hacerse borrosa y los ojos pueden tomarse secos o con tendencia a la acumulación de secreciones. Se considera que la audición es el último sentido que desaparece, en consecuencia aunque el paciente no pueda responder, suele comprender lo que dicen otras personas.

**Incremento de la Temperatura Corporal:** Quizá el paciente terminal experimente una febrícula que preceda la muerte y probablemente el paciente perciba que el calor y su temperatura corporal sea mayor de lo normal.

### **3.2.2 Cambios psicológicos**

La Doctora Elizabeth Kubler Ross (1969) describe cinco etapas psicológicas por las que atraviesan la mayoría de los pacientes en proceso de muerte. Estas son:

1. **Etapas de Negación:** cuando el paciente se entera que tiene una enfermedad mortal. Es un mecanismo de autodefensa y piensan que el diagnóstico puede

ser erróneo, es temporal y luego es sustituido por la aceptación parcial de la propia realidad.

2. **Etapa de Ira:** cuando no sigue manteniendo su negación, aparece ira, rabia, agresividad, resentimiento. El enfermo es intolerante, reivindicativo y acusa a los demás de su situación. Se proyecta en todas las direcciones del campo que rodea al paciente.
3. **Etapa de Negociación:** cuando el paciente ofrece contrapartidas si se le ofrecen deseos. Es el intento de negociar con la muerte, tener más tiempo, pasar menos dolor y menos días. Esta situación de pacto se relaciona con un sentido religioso, en un intento de posponerla.
4. **Etapa de Depresión:** cuando se da cuenta de su enfermedad y sufre sensación de pérdida, reacción depresiva de lo que forma parte del dolor preparatorio por el que ha de pasar. Los problemas personales, familiares de orden económico suelen contribuir a esa respuesta depresiva. Se acompaña de miedo, soledad, tristeza, silencios prolongados y se suele dar debilidad física por lo que hay pérdida de capacidad de lucha.
5. **Fase de Adaptación o Resignación:** Cuando el paciente se prepara digna y serenamente para la muerte. Es como si el dolor no existiera y la lucha hubiese terminado, es cuando se afronta el final. El interés por lo que le rodea disminuye y cesea estar

solo. Aquí predomina una comunicación no verbal. En esta fase quien necesita de más apoyo y ayuda es la familia.

Estas fases no se dan seguidas ni por este orden. Se dan reacciones de falta de higiene, replegamiento unido a introversión, angustia y ansiedad. Las reacciones en pacientes moribundos son reacciones psicológicas, actitudes infantiles y falta de higiene.

#### **4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL**

*“La FELICIDAD que proporciona el cuidar al moribundo en el trayecto final de su camino, es algo que merece la pena experimentar”*

##### **4.1 Satisfacción de necesidades físicas**

El paciente terminal necesita una cuidadosa atención a su bienestar físico y a menos que la muerte ocurra de manera repentina la enfermera desempeña un papel de fundamental importancia para la satisfacción de estas necesidades.

El paciente terminal suele mostrar poco interés por los alimentos. El hecho de comer o beber le resulta un esfuerzo físico extenuante, esto que va acompañado muchas veces de náuseas y vómitos interfieren con el consumo de los alimentos.

La nutrición deficiente conduce a agotamiento, infecciones y otras complicaciones como la aparición de úlceras por presión.

Puede requerirse el uso de la terapia intravenosa, la hiperalimentación o la alimentación por sonda nasogástrica en caso de que el paciente no se encuentre en condiciones de consumir líquidos y alimentos por vía oral preservando de esta manera un nivel de nutrición y un consumo de líquidos apropiados.

Como la actividad gastrointestinal se encuentra disminuida, es necesario administrar la dieta de manera fraccionada para evitar la distensión abdominal y molestias adicionales. Al acercarse la muerte se necesita un cuidado adicional de la boca, hay que eliminar el moco que no se pueda deglutir o expectorar.

La boca debe ser limpiada con una gasa o en todo caso será necesario aspirárselo para extraer el moco que quede como residuo, o colocar al individuo en decúbito lateral para eliminar el moco acumulado en la boca y garganta.

Es necesario mantener al paciente limpio y seco para evitar infecciones, laceraciones de piel, micosis, etc.

Ante la proximidad de la muerte, la temperatura del paciente suele elevarse, pero a medida que decrece la actividad circulatoria la piel se siente fría al tacto y el paciente con frecuencia transpira profusamente. Limpiarlo y mantenerlo seco nos sirve a menudo para favorecer la relajación y un buen sueño.

La micción y defecación involuntaria predisponen al paciente a la formación de úlceras por decúbito, para evitar esta complicación es necesario mantener al paciente limpio, seco y cambiarlo de posición con regularidad.

Algunos pacientes presentan problemas de retención de heces y para ello es necesario la aplicación de enemas de

limpieza que pueden ser de una cantidad de 100 a 200cc ya que hay que recordar que el individuo ingiere pocos alimentos y tendrá pocas heces en el intestino.

Al relajarse los esfínteres rectal y vesical hay una micción y defecación involuntarias, por lo que se requiere colocar al paciente una sonda foley permanente y pañal.

Los ojos del paciente terminal requieren atención especial ya que con frecuencia tienden a reunirse secreciones que deben retirarse con algodón absorbente mojado en solución salina para evitar costras. Si embargo, a veces los ojos se secan y es necesario instilar algún ungüento oftálmico estéril en las conjuntivas inferiores para conservarlos lubricados.

El sujeto en fase terminal de su enfermedad esta inquieto, y en esta situación conviene emplear barandas laterales en su cama, no es aconsejable sujetar a los pacientes con bandas o correas, aunque algunas veces es necesario, lo más recomendable es pedir la colaboración de los parientes para que cuiden al paciente pero sin dejar de vigilar constantemente.

#### **4.2 Satisfacción de necesidades emocionales**

Además del tratamiento de los síntomas físicos y del cuidado corporal es necesario ocuparse del nivel emocional:

- Brindarle compañía, favorecer la relación interpersonal con quienes lo cuidan, entre ellos la familia los amigos, los miembros del equipo de salud y otros enfermos.
- Mejorar la calidad de su vida emocional y mejorar su productividad y ayudarlo a poner sus cosas en orden y a prepararse para partir.
- Facilitar la expresión de los distintos sentimientos que

se generan a lo largo del proceso de muerte, guiarlo y afirmarlo para que pueda despedirse de las personas queridas.

- Ayudarlo y acompañarlo en situaciones de crisis y de mucha ansiedad.
- Ayudar al paciente y familia alentando esperanzas realistas, comprendiendo temores naturales, propiciando la comunicación y ayudando a los familiares a aceptar la realidad. Rogers dice que el hecho de escuchar a una persona, es una forma importante de actuar, siendo el camino más efectivo escuchar los sentimientos de la persona porque lo ponen en contacto con ella misma. (Rogers, 1989).

#### **4.3 Satisfacción de necesidades espirituales**

Muchos pacientes terminales encuentran consuelo, apoyo, valor y fuerzas para afrontar su proceso de muerte, en su religión y el apoyo que recibe de sus creencias religiosas.

Con frecuencia, los enfermos y su familiares buscan apoyo de los representantes de su fe, incluso quienes no creen en algún ser superior, pueden encontrar reconfortantes las visitas de un capellán.

La enfermera es uno de los miembros del personal que ayuda al enfermo a enfrentarse y superar la fase terminal de su vida; en algunos casos puede sugerir la intervención de un sacerdote cuando el paciente o su familia no ha expresado el deseo de llamar a uno, esta situación debe ser resuelta con mucho tacto y criterio para que no genere miedo.

#### **4.4 Satisfacción de necesidades sociales**

La familia y los amigos al formar parte de nuestra vida social también juegan un papel importante en el cuidado del paciente terminal, pues pueden ser los mejores colaboradores en el cuidado del enfermo. Hay que explicarles la situación con claridad, con términos sencillos, respondiendo con paciencia a sus dudas e incluso, intentar adelantarnos a posibles complicaciones venideras. En ese momento les ofreceremos a los familiares la posibilidad de HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO como alternativa a un ingreso hospitalario convencional, haciendo hincapié en el interés de que el paciente fallezca en su domicilio, ya que por muy cuidadoso que sea el tratamiento en el hospital éste no puede reemplazar la calidad de vida que el enfermo recibe en su casa. La decisión se hará de acuerdo a principios morales y religiosos en la mayor parte de los casos. Muchas veces los miembros de la familia son heterogéneos en sus creencias en tanto que son seres humanos únicos.

#### **G. HIPÓTESIS**

**Hi :** Los enfermeros especialistas en emergencia tienen una actitud de aceptación en el cuidado del paciente terminal, tanto en sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.

**Ho :** Los enfermeros especialistas en emergencia tienen una actitud de rechazo en el cuidado del paciente terminal, tanto en sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.



## **H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINO**

### **Paciente terminal**

Es aquel individuo en proceso de muerte y que atraviesa por una serie de cambios fisiológicos y psicológicos antes del término de su vida.

### **Actitud de la enfermera frente al paciente terminal**

Es el acercamiento, rechazo o indiferencia que tienen las enfermeras del Servicio de Emergencia hacia los cuidados del paciente terminal.

### **Cuidados de enfermería al paciente terminal**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera, orientados a promover la calidad de vida, dignidad y autonomía de los pacientes en proceso de muerte, considerando sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.

## **I. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE**

Se cuenta con una sola variable de naturaleza cualitativa: “Actitud de la enfermera en el cuidado de paciente terminal en el Servicio de Emergencia” (**ANEXO A**).

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO**

El presente estudio fue de tipo cuantitativo porque se obtuvo datos apoyados en escalas numéricas, permitiendo un tratamiento estadístico y enfatizando el razonamiento deductivo, las reglas de la lógica y los atributos mesurables de la experiencia humana; fue de nivel aplicativo, pues su finalidad aportó a la práctica profesional. Se empleó el método descriptivo, de corte transversal, porque la variable se estudió en un determinado período de tiempo.

#### **B. SEDE DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión; en los ambientes de Medicina, Cirugía, Shock Trauma y Sala de Observación.

El mayor número de pacientes hospitalizados se encuentran en la sala de observación, pues dicho ambiente consta de 10 camas. Shock trauma es un ambiente donde se atiende al paciente en situación. Dicho lugar consta de cuatro camillas disponibles para los pacientes que lo requieran.

En los ambientes de tópicos de Medicina y Cirugía se encuentran pacientes de distintos grados de dependencia; es en sala de observación donde se encuentran pacientes de grado de dependencia 3, inconscientes, intubados, con enfermedades crónicas – degenerativas y en fase terminal. Los diagnósticos médicos más frecuentes son traumatismo encéfalo craneal, insuficiencia renal aguda, crisis metabólica, edema pulmonar, hepatopatías, insuficiencias respiratorias.

En el Servicio de Emergencia laboran 22 enfermeras: 01 enfermera supervisora, 01 enfermera jefe y 20 enfermeras con labor asistencial. Tanto en el turno mañana y noche laboran 04 enfermeras asistenciales, una en cada ambiente del servicio.

#### **C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA**

Se consideró el 100% de la población total de las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia, empleando una muestra por conveniencia de las distintas áreas del servicio.

##### **Criterios de Inclusión:**

- Enfermeras del servicio de emergencia que hayan tenido experiencia en el cuidado del paciente Terminal.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Enfermeras del servicio de emergencia que no estén de acuerdo en participar con el estudio.

#### **D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizó como técnica aplicar la entrevista, y el instrumento fue la Escala de Lickert modificada, por ser la más adecuada para cumplir con los objetivos del estudio, pudiendo identificar así las

actitudes que adoptan las enfermeras en el cuidado al paciente terminal.

El instrumento cuenta con una introducción, seguido de datos generales, información específica sobre la forma de responder y 36 enunciados entre negativos y positivos. **(ANEXO C)**

El instrumento fue sometido a la validez **(ANEXO E)** y confiabilidad del contenido **(ANEXO F)** mediante el juicio de experto y el coeficiente alfa de Cronbach, con un total de 8 personas, luego se aplicó el grado de concordancia entre los jueces según la Prueba Binomial **(ANEXO D)**.

#### **E. PLAN DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

Para la elaboración de dicho plan se siguieron los siguientes pasos:

1. Se solicitó primero el permiso correspondiente a través de documentos emitidos por el Departamento de Post Grado, Oficinas de Segunda Especialización en Enfermería de la UNMSM al Director del Hospital Daniel Alcides Carrión.
2. Se realizó una entrevista con la Jefa de Servicio de Emergencia para darle a conocer los objetivos, así como también el instrumento y el tiempo que se empleará para su aplicación **(ANEXO B)**.
3. Luego se entrevistó a cada enfermera asistencial de turno, y se aplicará el instrumento, teniendo el tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para su aplicación, agradeciéndoles anticipadamente por su participación en el estudio.
4. La recolección de datos se realizó según el cronograma establecido.

5. Una vez recolectados los datos se procesaron mediante el programa de Excel, previa elaboración del Libro de Códigos (**ANEXO I**), la Tabla de Codificación (**ANEXO J**), la Matriz General (**ANEXO K**) y la Matriz según dimensiones (**ANEXO L**), la para que los resultados puedan ser presentados en cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

#### **F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

Luego de procesar y presentar los datos en base a la escala ordinal se procedió a analizar cada uno de los enunciados, de la siguiente manera:

- En caso positivo:

Totalmente de acuerdo	(TA)	=	5 puntos
De acuerdo	(A)	=	4 puntos
Indeciso	(I)	=	3 puntos
En desacuerdo	(D)	=	2 puntos
Totalmente en desacuerdo	(TD)	=	1 punto
  
- En caso negativo:

Totalmente de acuerdo	(TA)	=	1 punto
De acuerdo	(A)	=	2 puntos
Indeciso	(I)	=	3 puntos
En desacuerdo	(D)	=	4 puntos
Totalmente en desacuerdo	(TD)	=	5 puntos

Para la interpretación se tabuló y clasificó los datos en forma manual, luego se vaciaron en hojas de codificación. Una vez tabulados se procesaron e interpretaron de acuerdo a la medición de la variable de estudio; para lo cual se consideró 3 categorías:

- Actitud de aceptación : 132 – 180.
- Actitud de indiferencia : 84 – 131
- Actitud de rechazo : 36 – 83

Para determinar la dirección de los resultados se obtuvo la media aritmética siendo así que todos los valores ubicados a la izquierda tuvieron dirección negativa y en caso contrario la dirección fue positiva. Los valores comprendidos entre 36 y 131 tuvieron una dirección negativa y los valores comprendidos entre 132 a 180 tuvieron dirección positiva (**ANEXO G**).

La actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según:

- **Sus necesidades técnicas**
  - Actitud de aceptación 71 - 95
  - Actitud de indiferencia 45 - 70
  - Actitud de rechazo 19 - 44
- **Sus necesidades emocionales**
  - Actitud de aceptación 38 - 50
  - Actitud de indiferencia 24 - 37
  - Actitud de rechazo 10 - 23
- **Sus necesidades espirituales**
  - Actitud de aceptación 08 - 10
  - Actitud de indiferencia 05 - 07
  - Actitud de rechazo 02 - 04

- **Sus necesidades sociales**
  - Actitud de aceptación 16 - 20
  - Actitud de indiferencia 10 - 15
  - Actitud de rechazo 04 - 09

## **G. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Las consideraciones éticas para la elaboración y ejecución del estudio se tuvieron en cuenta en todo momento. Para ello se tramitó previamente la autorización de la aplicación del Proyecto, en el Comité de la Institución en la que se llevará a cabo. Así como también se contó con el consentimiento informado de los sujetos de estudio (**ANEXO H**) antes de la aplicación del instrumento.

### **CAPÍTULO III**

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de ser sometidos al análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que del 100% (22) enfermeros; el 59.1% (13) se encuentra entre 31 y 40 años de edad, el 27.3% (06) son mayores de 40 años y el 13.6% (03) entre 20 y 30 años **(Anexo M)**. El 95.5% (21) son mujeres y sólo el 4.5% (01) son varones **(Anexo N)**.

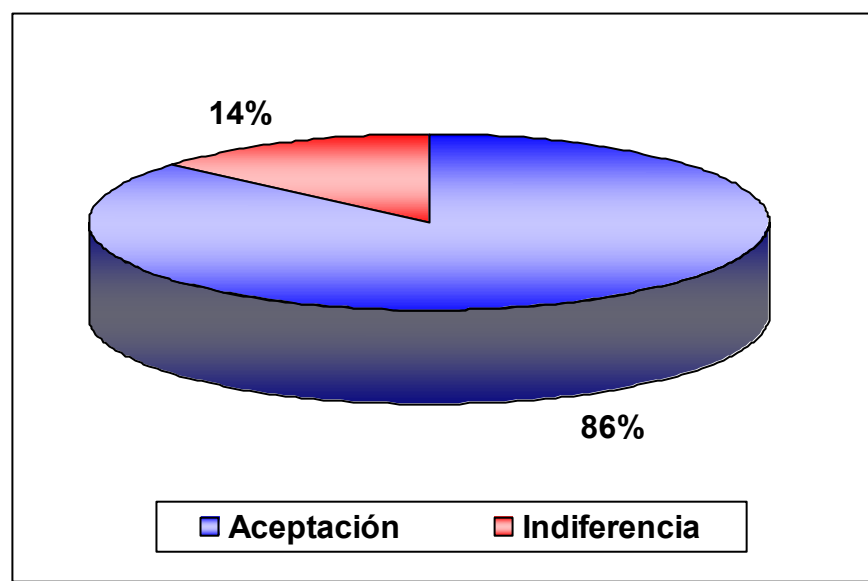
En cuanto al tiempo de servicio el 31.8% tienen entre 06 y 10 años laborando, el 27.3% (06) entre 01 y 05 años, el 22.7% (05) tienen más de 10 años de servicio y el 18.2% (04) tienen menos de 01 laborando **(Anexo O)**.

El 72.7% (16) de enfermeras no tienen estudios de postgrado, el 22.7% sigue estudios de especialización en Emergencia y el 4.6% (01) tiene estudio de Maestría **(Anexo P)**.

En cuanto a la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal en el Servicio de Emergencia del 100% (22), el 86% (19) tienen una actitud de aceptación frente al paciente en estado terminal, el 14% (03) tienen una actitud de indiferencia. (GRAFICO N<sup>a</sup> 1)



**GRÁFICO N° 01**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL**  
**HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.**  
**JUNIO 2008 – JUNIO 2009**



**FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de  
Emergencia del HNDAC 2009**

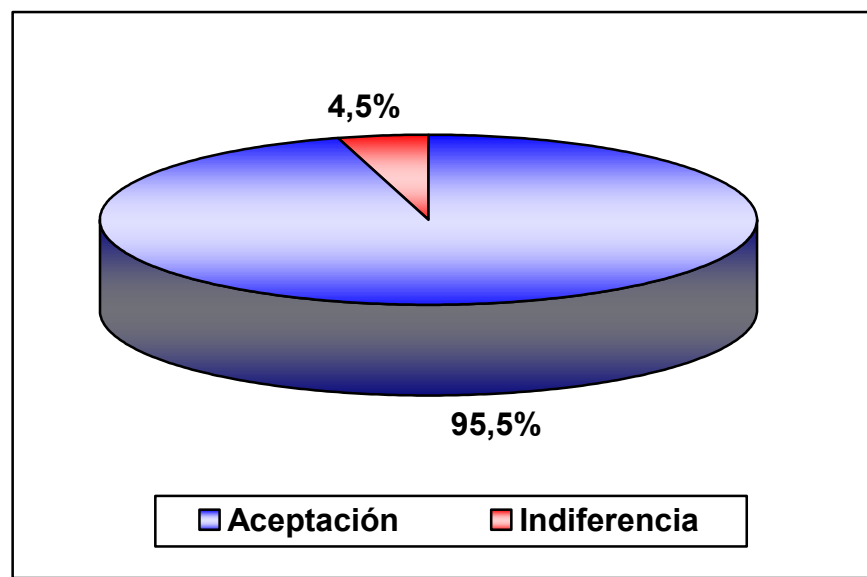
La actitud de aceptación está orientada a satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales del paciente en estado terminal, es decir, que consideran necesario una valoración física detallada, el control de signos vitales, la aspiración de secreciones, la administración de medicamentos, la colocación de sonda nasogástrica y vesical, el cambio de posición, entre otras actividades destinadas a satisfacer las necesidad físicas del paciente terminal, la aceptación frente a las necesidades emocionales están relacionadas con comunicación verbal y no verbal, el acompañamiento activo, el resto a los derechos, la información necesaria y completa al paciente en estado terminal, en cuanto a la actitud de aceptación frente a las

necesidades espirituales son considerados el respeto por las creencias religiosas, el acceder al uso de elementos religiosos y las visitas de guías espirituales según petición del paciente o familia, la aceptación frente a las necesidades sociales del paciente terminal están dadas por la participación de los familiares y amigos y compañeros del trabajo en el cuidado y visita al paciente.

La actitud de aceptación abarca la conducta de las enfermeras destinados a promover los cuidados integrales frente a las distintas necesidades del paciente en estado terminal.

Por lo que podemos deducir que existe un 86% de enfermeras que tienen una actitud de aceptación en el cuidado de paciente terminal, promoviendo así la calidad de vida en las últimas etapas del ser humano en fase terminal. Así mismo, el 14% del total de la población tiene una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal, considerando poco necesario las necesidades físicas, emocionales y sociales.

**GRÁFICO N° 02**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN SUS NECESIDADES FÍSICAS EN EL**  
**SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**DANIEL ALCIDES CARRIÓN.**  
**JUNIO 2008- JUNIO 2009**



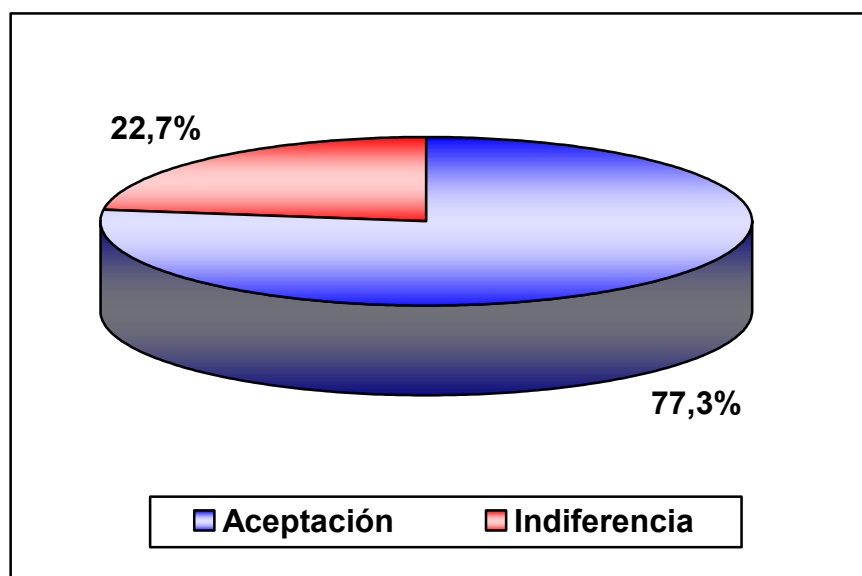
**FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de  
Emergencia del HNDAC 2009**

Acerca de la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades físicas se puede observar en el gráfico que el 95.5% (21) de enfermeras tiene una actitud de aceptación, mientras que el 4.5% (01) tiene una actitud de indiferencia.

Las necesidades físicas del paciente en estado terminal abarcan la valoración neurológica y física detallada, el control de signos vitales, el cambio de posición, la higiene diaria, la aspiración de secreciones, la colocación de sonda nasogástrica y vesical, la administración de medicamentos según horario, la colocación de barandillas, entre otras actividades destinadas a satisfacer el bienestar físico.

Por lo que podemos deducir que las enfermeras del Servicio de Emergencia consideran necesario realizar actividades orientadas a satisfacer mayormente necesidades físicas de un paciente un estado terminal.

**GRÁFICO N° 03**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN SUS NECESIDADES EMOCIONALES**  
**EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL**  
**HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2008- JUNIO 2009**



**FUENTE:** Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Emergencia del HNDAC 2009

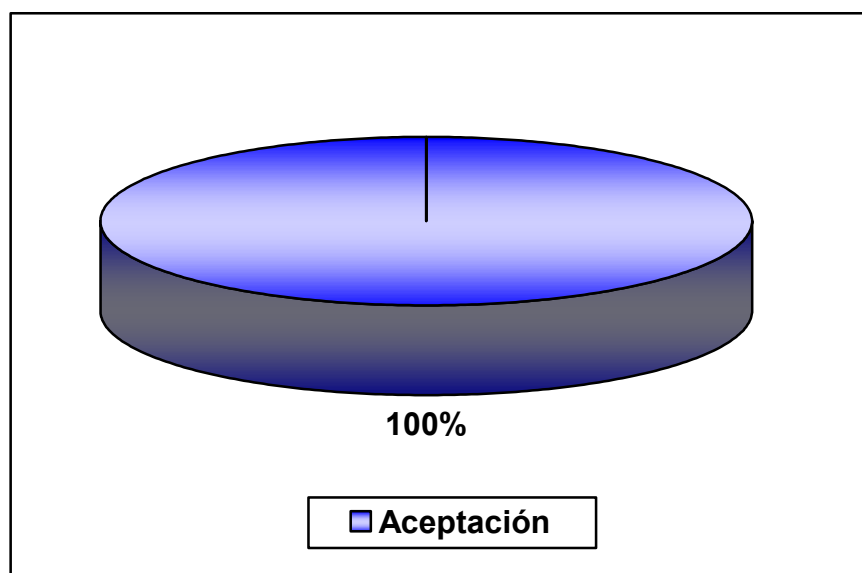
Acerca de la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades emocionales se observa en el gráfico que el 77.3% (17) tienen una actitud de aceptación, mientras que el 22.7% (05) muestran una actitud indiferencial.

Las necesidades emocionales del paciente en estado terminal abarcan el llamarlo por su nombre, la comunicación verbal y no verbal, el

acompañamiento activo, la empatía, el respeto a los derechos del paciente, el brindarle información completa y necesaria, el permitirle expresar sus sentimientos y emociones, el escucharlo atentamente. Además de los síntomas físicos y del cuidado corporal que se debe brindar al paciente terminal, es necesario que la enfermera se ocupe del nivel emocional.

Se puede deducir que el 77.3% del total de la población considera necesario las necesidades emocionales en el cuidado al paciente en estado terminal.

**GRÁFICO N° 04**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN SUS NECESIDADES ESPIRITUALES EN**  
**EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2008- JUNIO 2009**



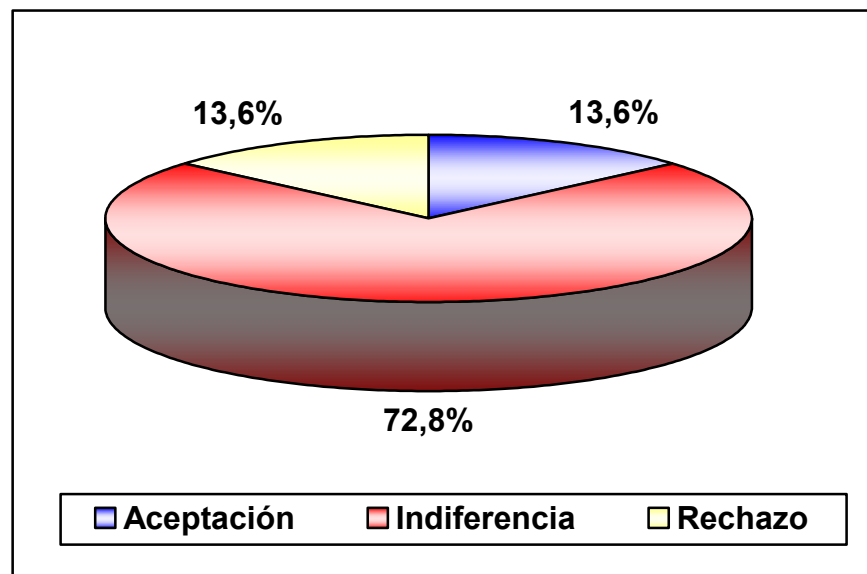
**FUENTE:** Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Emergencia del HNDAC 2009

Acerca de la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades espirituales se observa que el 100% de la población (22) tiene una actitud de aceptación.

Las necesidades espirituales del paciente en estado terminal abarcan la consideración y respeto por las creencias religiosas, el permitir el uso de elementos religiosos, el verificar el registro de un guía espiritual. Recordemos que el paciente terminal muchas veces encuentra consuelo, apoyo, valor y fuerzas para afrontar su proceso de muerte en su religión; por lo tanto la enfermera se convierte en un eje, importante y necesario para la satisfacción de dichas necesidades.

Se puede deducir que la totalidad de enfermeras del Servicio de Emergencia tiene una actitud de aceptación frente a las necesidades espirituales, del paciente terminal, ayudándolo de esta manera a enfrentarse y superar las últimas fases de su vida.

**GRÁFICO N° 05**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN SUS NECESIDADES SOCIALES EN EL**  
**SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2008- JUNIO 2009**



**FUENTE:** Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Emergencia del HNDAC 2009

Acerca de la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales se observa en el gráfico que el 72.8% (16) tienen una actitud de indiferencia, el 13.6% (03) una actitud de aceptación y el 13.6% (03) restante tiene una actitud de rechazo.

Las necesidades sociales están relacionadas con la presencia de la familia en el ambiente del paciente terminal, su participación en el cuidado, la presencia de los amigos íntimos y compañeros de trabajo, el permitir en estancia en el hogar cuando resulta en vano todo esfuerzo para su recuperación.

La familia y los amigos al formar parte de nuestra vida social también juegan un papel importante en el cuidado de del paciente terminal.

Podemos deducir que del total de enfermeras en el Servicio de Emergencia el 72.8% tiene una actitud de indiferencia, es decir que no identifican la necesidad de satisfacer el aspecto social del paciente en estado terminal, pudiendo o no considerar adecuado la participación y compañía de los familiares, amigos íntimos y compañeros de trabajo.

Por otro lado existe un 13.6% de la población de enfermeras que tienen una actitud de rechazo, es decir no consideran necesario la participación de los amigos íntimos y/o compañeros de trabajo durante las últimas fases de vida, pues refieren que el paciente terminal necesita conservar su privacidad y que la presencia de muchos familiares obstaculiza la atención de enfermería.

Llama la atención dichos resultados, puesto que la enfermera debe velar por el acompañamiento de estos pacientes, por lo menos con las personas de mayor cercanía afectiva.

Sin embargo, existe otro 13.6% que tiene una actitud de aceptación, de reconocimiento a la importancia de satisfacer las necesidades sociales del paciente en estado terminal.



**CUADRO N° 01**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN SU EDAD EN EL SERVICIO**  
**DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2008- JUNIO 2009**

ACTITUD	EDAD						TOTAL	
	20 - 30 años		31 - 40 años		> 40 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Aceptación	03	13.6	11	50.0	05	22.8	19	86
Indiferencia	--	--	02	9.1	01	4.5	03	14
Rechazo	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>13.6</b>	<b>13</b>	<b>59.1</b>	<b>06</b>	<b>27.3</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de  
Emergencia del HNDAC 2009

En relación a la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según edad de la población, la mayoría tiene una actitud de aceptación (86%), grupo que comprende en mayor parte las edades de 31 a 40 años (50%)

Existe también un porcentaje significativo de enfermera (13.6%) comprendidas entre 31 años a más que tienen una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal.

En este mismo grupo etáreo se observa que el 9% (02) de la población tiene una actitud de indiferencia existiendo de esta manera discrepancias en el cuidado de enfermería y en la consideración que se tenga a la satisfacción de todas las necesidades del paciente en estado terminal.

**CUADRO N° 02**  
**ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE**  
**TERMINAL SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO EN EMERGENCIA**  
**DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN.**  
**JUNIO 2008 - JUNIO 2009**

Actitud	< 1 año		1-5 años		6-10 años		> 10 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceptación	04	18.2	06	27.3	05	22.7	04	18.2	19	86.4
Indiferencia	--	--	--	--	02	9.1	01	4.5	03	13.6
Rechazo	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>04</b>	<b>18.2</b>	<b>06</b>	<b>27.3</b>	<b>07</b>	<b>31.8</b>	<b>05</b>	<b>22.7</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de  
**Emergencia del HNDAC 2009**

En el presente cuadro sobre la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según tiempo de servicio en Emergencia, se observó que de las 22 enfermeras (100%), el 86.4% (19) presentó una actitud de aceptación, de los cuales el 27.3% tiene entre 01 y 05 años de labor asistencial, el 22.7% entre 06 y 10 años de servicio y el 18.2% menos de 01 año, siendo igual el porcentaje en las enfermeras con más de 10 años de servicio.

Existe un porcentaje significativo de enfermeras (13.6%), que tiene una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal, cuyo tiempo de servicio oscila entre los 06 años a más.

Considerando al tiempo de servicio como un factor predisponente en la actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente terminal, se puede deducir por los resultados obtenidos que los años de experiencia laboral hacen que la enfermera considere necesario cada vez más brindar una atención holística al paciente en estado terminal, satisfaciendo no sólo sus necesidades físicas, sino también sus necesidades emocionales, espirituales y sociales.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

1. La actitud de aceptación abarca la conducta de las enfermeras destinadas a promover los cuidados integrales frente a las distintas necesidades del paciente en estado terminal.
2. Existe un 86% de enfermeras que tienen una actitud de aceptación en el cuidado del paciente terminal, promoviendo así la calidad de vida en las últimas etapas del ser humano en fase terminal.
3. El 14% del total de la población tiene una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal considerando poco necesario las necesidades físicas, emocionales y sociales.
4. El 95.5% de enfermeras del Servicio de Emergencia tiene una actitud de aceptación, en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades físicas, pues consideran

necesario realizar mayormente actividades orientadas a lograr el bienestar físico del paciente.

5. La satisfacción de las necesidades emocionales del paciente en estado terminal son consideradas importantes para las enfermeras del Servicio de Emergencia, pues el 77.3% del total de la población tiene una actitud de aceptación en el cuidado del paciente hacia dichas necesidades, sin embargo es necesario resaltar que también existe un porcentaje significativo de enfermeras (22.7%) que tienen una actitud de indiferencia.
6. La totalidad de enfermeras del Servicio de Emergencia (100%) tiene una actitud de aceptación frente a las necesidades espirituales del paciente terminal, ayudándolo de esta manera a enfrentarse y superar las últimas fases de su vida.
7. El 72.8% del total de enfermeras tiene una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales, pudiendo de esta manera considerar o no adecuada la participación y compañía de los familiares, amigos íntimos y compañeros de trabajo.
8. En relación a la actitud de la enfermera en el cuidado del paciente terminal según edad de la población, la mayoría tiene una actitud de aceptación (86%), grupo que comprende en mayor parte las edades de 31 a 40 años (50%). Sin embargo el 14% tiene actitud de indiferencia comprendiendo a las enfermeras mayores de 30 años de edad.

9. Considerando al tiempo de servicio como un factor predisponente en la actitud de la enfermera frente al cuidado del paciente terminal, podemos decir que el 36.4% de la población tiene una actitud de aceptación; encontrándose un mayor porcentaje (27.3%) en las enfermeras que tienen de 01 a 05 años de servicio. Mientras que las enfermeras que laboran mas de 6 años en el hospital demuestran una actitud de indiferencia (9.1%)

## **B. RECOMENDACIONES**

1. Al evidenciarse en los resultados que existe también una actitud de indiferencia en el cuidado del paciente terminal según las necesidades físicas, emocionales y sociales, surge la necesidad que se elaboren los respectivos programas de afrontamiento a fin de reconciliar y exteriorizar los sentimientos generados durante el cuidado a dichos pacientes.
2. Es necesario promover la sensibilización , análisis y reflexión personal y grupal en las enfermeras fomentando una actitud de aceptación frente al cuidado del paciente terminal según sus necesidades sociales; esto abarca el permitir mayor tiempo la estancia de familiares en el ambiente del paciente terminal, así como considerar necesario la participación y compañía de los amigos últimos y compañeros de trabajo de tal manera que aborden un enfoque holístico en la función cuidadora de enfermería.

3. La actitud de aceptación que tienen las enfermeras en el cuidado del paciente terminal según sus distintas necesidades debe prevalecer siempre, independientemente del tiempo de servicio que las enfermeras puedan tener, siendo necesario resolver las inquietudes y el temor que algún profesional de enfermería tenga hacia la muerte.

### **C. LIMITACIONES**

1. El permiso para la ejecución del presente trabajo en el Servicio de Emergencia tuvo algunos contratiempos por parte de la Oficina de Capacitación del Hospital, ocasionando demora en la recolección de datos.
2. Los resultados encontrados en el presente estudio no pueden ser generalizados a una población diferente ya que se circunscribe al área donde se realizó el estudio, de tal manera que sólo son válidos para las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **MAG. Luz HOSPITAL IBAÑEZ** "Humanización y Tecnología Sanitaria" Enfermeras del hospital universitario "Miguel Servet". España.2003
- (2)(4) **GRUPO DE CUIDADO.** Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogota. Colombia. Ed. Unilibros.2000, p.193
- (3) **CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.** Declaración de posición.200,p.1
- (5)(8)(15) **2do CONGRESO DE BIOÉTICA DE AMERICA LATINA Y DEL CARIBE.** Memorias. CENALBE. FELAIBE. VI Encuesta. VI Asamblea General de Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética.1998,p.,276-277
- (6) **GRUPO DE CUIDADOS.** "Cuidados y Practicas de Enfermería" Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogota.2007,p.228
- (7) **AMADO GONZALES** "El Medico, la muerte y el morir".En revista internacional del desarrollo sanitario,1983,vol.4,p.10
- (9) **CATHERINE MERA CÁRDENAS** " El Cuidado Humanizado de Enfermería a la Familia y Paciente Moribundo: Una Perspectiva de los Internos de Enfermería UNMSM" 2007
- (10) **JULIA MALLMA COTRADO** "Vivencias de las Enfermeras en el Cuidado al Paciente Moribundo en la unidad de UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Agosto2004 –Enero 2005



- (11) **LAURA BARRIOS CORRALES** “Actitudes que adoptan las enfermeras que laboran en la UCI hacia la atención del paciente moribundo en una Institución de las FF.AA”1989
- (12) **LUZ RIVERA ÁLVAREZ Y ALVARO TRIANA**” Percepción de comportamientos del cuidado humanizado de enfermería en la clínica del country-Bogota” Colombia. Marzo 2006-Mayo 2007
- (13) **FLOR GOMEZ, VIVIANA RINCON, ELIANA ROMERO** “Vivencias sobre el cuidado de enfermería brindado a los familiares de los pacientes que murieron en UCI 2002”.Bogota. Colombia
- (14) **SENLER REYES DOCENTES Y CARLA TREVISIOL RIVAS** ”Opiniones de las enfermeras con respecto al morir ,la muerte y las acciones de enfermería frente al paciente moribundo adulto2002” Pontificia Universidad Católica de Chile
- (16) **FRANCISCO LEAL QUEVEDO.** “Plan hacia una Medicina mas Humana”.1era edición. Editorial Médica Interamericana Lta. Bogota. Colombia 1997,p. 239-240
- (17) **LUVERME.**”Fundamentos de Enfermería”. 4ta edición. Ed. Harla. Colombia 1998,p.1044-1053
- (18) **JAMES WITHAKER** Psicología. 3era edición. Nueva Editorial Interamericana. S.A Mexico1981,p.623-624
- (19) **BURKEWASLSH.** ”Enfermería Gerontológica” 2da edición. Nueva Editorial. Hacourt. Brance. España 1998,p.545-553

## BIBLIOGRAFÍA

- **BARRIOS GABRIEL LAURA.** “Actitudes que adoptan las enfermeras que laboran en la UCI hacia la atención del paciente moribundo en una Institución de las FF.AA”1989
- **BRUNNER.** “Enfermería Medico Quirúrgico”Ed.McGraw -Hill Interamericana.8va edición. España.2001
- **BURKEWASLSH.** “Enfermería Gerontológico”2da edición. Ed Harcourt. Brance. España.1998
- **CORELLA CALATAYUD, I.M MAS VILA T.** Rev. Cuidados de Enfermería al Paciente Moribundo 2000 N°998,p.34-40
- **2do CONGRESO DE BIOÉTICA DE AMÉRICA LATINA Y DEL CARIBE.** Memorias. CENALBE. FELAIBE. VI Encuesta. VI Asamblea General de Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética.1998
- **DUGAS BEVERLY.** “Tratado de Enfermería Practica”4ta edición. Editorial Mc Graw –Hill Interamericana. México 2000
- **GONZALES AMADO.** “El Medico, la Muerte y el Morir”.En Revista Internacional del Desarrollo Sanitario,1983,vol.4
- **GRUPO DE CUIDADOS.** ”Cuidados y Practicas de Enfermería” Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogota.2007
- **MAG. HOSPITAL IBÁÑEZ Luz.** ”Humanización y Tecnología Sanitaria ”Enfermeras del hospital universitario “Miguel Servet”. España.2003
- **IYER.**”Proceso y Diagnostico de Enfermería”.7ma edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana .España1997
- **KOZIER EMB-BLAIS WILKINSON.** “Fundamentos de Enfermería, Conceptos Procesos y Practicas”. 5ta edición. Editorial Interamericana. México. 1999

- **LEAL QUEVEDO FRANCISCO.** “Plan hacia una Medicina mas Humana”.1era edición. Editorial Medica Interamericana Lta. Bogota. Colombia 1997
- **LUVERME.** “Fundamentos de Enfermería“ 4ta edición. Editorial Harla. Colombia 1998
- **MALLMA COTRADO Julia.** “Vivencias de las Enfermeras en el Cuidado al Paciente Mortibundo en la unidad de UCI del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Agosto2004 –Enero 2005
- **MERA CARDENAS Catherine.** ”El Cuidado Humanizado de Enfermería a la Familia y Paciente Moribundo: Una Perspectiva de los Internos de Enfermería UNMSM“ 2007
- **TINAJERO FONTAN Teresa.** Instituto Mexicano de Tanatologia.A.C. Enlace Expresiones de la Sociedad Civil.
- **WHITTAKER JAMES.** Psicología.3era edición .Nueva Editorial Interamericana. S.A Mexico1981

#### **INTERNET**

- <http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/vol6m2/6-2-4.pdf>. El Cuidado Humano como valores en el ejercicio de los Profesionales de la Salud
- <http://redalyc.vaemex.mx/redalyc/pdf/264/26400101pdf>. Cuidado y Practica de Enfermería
- <http://www.paciente terminal /tanato1>
- <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/5302.enfermeria.htm>.
- <http://www.muertedigna.org/textos/ente240.htm>

**ANEXOS**

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>	<b>Pág.</b>
A. Operacionalización de la Variable.....	I
B. Matriz de la operacionalización de la variable.....	V
C. Instrumento.....	VI
D. Tabla de concordancia entre los jueces según la prueba binomial.....	XI
E. Determinación de la validez del instrumento.....	XII
F. Determinación de la confiabilidad del instrumento.....	XIV
G. Medición de la actitud de la enfermera en el cuidado al paciente terminal en el servicio de Emergencia.....	XV
H. Formulación de consentimiento informado.....	XVIII
I. Libro de código.....	XX
J. Tabla de codificación de las enfermeras que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión según edad, sexo, tiempo de servicio y estudio de postgrado. Junio 2009.....	XXI
K. Matriz General.....	XXII
L. Matriz de la actitud de la enfermera en el cuidado al paciente terminal según necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.....	XXIII
M. Número y porcentaje de enfermeras en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión según edad. Junio 2009.....	XXIV

<b>ANEXO</b>	<b>Pág.</b>
N. Número y porcentaje de enfermeras en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión según sexo. Junio 2009.....	XXV
O. Número y porcentaje de enfermeras en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión según tiempo de servicio. Junio 2009.....	XXVI
P. Número y porcentaje de enfermeras en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión según Estudio de Postgrado. Junio 2009.....	XXVII

## ANEXO "A"

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Actitud de la enfermera en el cuidado al paciente terminal	Predisposición a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia los cambios físicos, emocionales, espirituales y sociales que preceden y anticipan la muerte y final biológico del ser humano	Satisfacción de las necesidades físicas del paciente terminal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración neurológica adecuada.</li> <li>• Valoración física detallada por sistema corporal.</li> <li>• Control de signos vitales con frecuencia horaria.</li> <li>• Higiene diaria</li> <li>• Cuidado de oxigenoterapia.</li> <li>• Cumplimiento de las nebulizaciones indicadas.</li> <li>• Cambio de Posición c/2horas</li> <li>• Aspiración de secreciones.</li> <li>• Administración de líquido y dieta indicada.</li> <li>• Cuidado de la SNG o CVC para nutrición parenteral.</li> <li>• Cumplimiento de la administración de medicamentos según horario establecido.</li> </ul>	<p>Reacción de acercamiento o rechazo que adoptan las enfermeras en el conjunto de actividades que realizan para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales que presenta el ser humano en proceso de muerte.</p> <p>Reacciones que adoptarán el valor final de aceptación, indiferencia y rechazo, medidas a través de la aplicación de una escala de Lickert modificada.</p>	<p>Aceptación o acercamiento</p> <p>Indiferencia.</p> <p>Rechazo</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del patrón de eliminación.</li> <li>• Control de diuresis, balance hídrico</li> <li>• Cuidado y colocación de sonda Foley.</li> <li>• Administración de enema de limpieza.</li> <li>• Cambios de posición cada dos horas.</li> <li>• Realización de ejercicios pasivos y activos.</li> <li>• Incentivo del reposo y sueño conservado.</li> <li>• Cambio de ropa de cama y bata según sea necesario.</li> <li>• Vigilancia de temperatura corporal.</li> <li>• Realizar higiene diaria.</li> <li>• Cuidado de los ojos aplicando ungüento oftálmico.</li> <li>• Colocación de barandillas laterales en su cama.</li> </ul>		



VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
		<p>Satisfacción de las necesidades emocionales del paciente terminal</p> <p>Satisfacción de las necesidades espirituales del paciente terminal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llamarlo por su nombre.</li> <li>• Comunicación empleada. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbal / No verbal.</li> <li>- Lenguaje / escucha activa.</li> </ul> </li> <li>• Acompañamiento activo.</li> <li>• Empatía.</li> <li>• Respeto a los derechos del paciente terminal.</li> <li>• Darle información necesaria.</li> <li>• Permitirle expresar sus sentimientos y emociones.</li> <li>• Permitir la visita de un guía espiritual según petición del paciente o familia.</li> <li>• Consideración y respeto por las creencias religiosas.</li> <li>• Verificación del registro de unción de los enfermos, en caso de pacientes católicos creyentes.</li> <li>• Permitir el uso de elementos religiosos (rosarios, estampas, Biblia, etc.) según creencias.</li> </ul>		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
		Satisfacción de las necesidades sociales del paciente terminal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitirle acercamiento y cuidado continuo de sus familiares y amigos</li> <li>• Brindarle todo el tiempo necesario a la familia para la comunicación con su paciente</li> <li>• Motivar la participación de los amigos y familia en el cuidado del paciente</li> <li>• Brindarle la información concreta sobre los trámites necesarios que la familia deba realizar de acuerdo a la evolución de su salud y el tiempo disponible(hospitalización a domicilio ,testamento vital,duelo)</li> </ul>		

## ANEXO "B"

### MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VALOR FINAL QUE APORTARÁ LA VARIABLE	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTO PARA LA MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN																		
<p>El valor final será:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aceptación.</li> <li>- Indiferencia.</li> <li>- Rechazo</li> </ul>	<p>La medición se los resultados se obtendrá mediante la siguiente puntuación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Proposiciones</th> <th style="text-align: center;">Positivo</th> <th style="text-align: center;">Negativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Totalmente de acuerdo (TA)</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>De acuerdo (D)</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Indeciso (I)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Totalmente en desacuerdo (TD)</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>En desacuerdo (D)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Proposiciones	Positivo	Negativo	Totalmente de acuerdo (TA)	5	1	De acuerdo (D)	4	2	Indeciso (I)	3	3	Totalmente en desacuerdo (TD)	2	4	En desacuerdo (D)	1	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorización del Director y Comité de Investigación de la institución en que se realizará el estudio.</li> <li>- Coordinación con la jefa de enfermeras.</li> <li>- Aplicación del instrumento a las enfermeras asistenciales.</li> </ul> <p>Tiempo aproximado: 15-20 minutos.</p> <p>Lunes – Jueves: 2pm-8pm. Domingo: 8am-2pm.</p>	<p>La técnica será la entrevista y el instrumento la escala de Lickert modificada.</p>	<p>Ordinal</p>
Proposiciones	Positivo	Negativo																				
Totalmente de acuerdo (TA)	5	1																				
De acuerdo (D)	4	2																				
Indeciso (I)	3	3																				
Totalmente en desacuerdo (TD)	2	4																				
En desacuerdo (D)	1	5																				

**ANEXO “C”**  
**INSTRUMENTO**  
**ESCALA DE LICKERT**

**I. INTRODUCCIÓN**

Estimada(o) Licenciada (o) soy egresada de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **“Actitud de la enfermera en el Cuidado del Paciente Terminal”**, con el objetivo de ampliar los conocimientos relacionados a mejorar la calidad de atención de los pacientes en fase terminal.

Le agradeceré responder la totalidad de enunciado con veracidad ya que son de carácter anónimo y su aporte servirá para cumplir el objetivo antes mencionado.

**III. INSTRUCCIONES**

A continuación se le presentará una serie de enunciados con alternativas de respuesta. Lea cuidadosamente y marque con un aspa (X) en el recuadro correspondiente de acuerdo a su consideración. Para ello tenga en cuenta las claves que se presentan antes de marca las alternativas.

**CLAVES**

- Totalmente de acuerdo (TA)
- De acuerdo (A)
- Indeciso (I)
- En desacuerdo (D)
- Totalmente en desacuerdo (TD)

**A. DATOS GENERALES**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: (F) (M)

**Estudios de Postgrado:**

Tiempo de servicio: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Área de Trabajo: \_\_\_\_\_ Maestría: \_\_\_\_\_

Doctorado: \_\_\_\_\_

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
1. Considero innecesario el control de signos vitales con frecuencia horaria (c/2 horas) en el paciente terminal.					
2. Pienso que realizar un examen físico detallado, riguroso según patrón funcional en el paciente terminal es pérdida de tiempo.					
3. Debería valorarse primero el nivel de conciencia aplicando la escala de Glasgow solo a los pacientes terminales con problemas neurológicos.					
4. Dado el estado terminal del paciente la aspiración de secreciones resulta innecesaria.					
5. Resulta necesario en el paciente terminal la administración de medicamentos según horario indicado.					
6. La colocación de sonda nasogástrica por indicación médica es necesaria en el paciente terminal.					
7. Pienso que la dieta que se brinda al paciente terminal debe tener consideraciones especiales.					

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
8. Los pacientes terminales deberían tener solo los cuidados prioritarios que lo hagan más fácil recibir su muerte.					
9. Considero de suma importancia la higiene personal diaria del paciente.					
10. Pienso que es necesario ejecutar las acciones de enfermería aún cuando el paciente terminal prefiera dormir.					
11. Todo paciente terminal debería permanecer en un ambiente privado.					
12. Considero muy importante escuchar con atención al paciente terminal que quiera hablar sobre la proximidad de su muerte.					
13. Pienso que la presencia de la familia en el ambiente del paciente terminal obstaculiza la atención de enfermería.					
14. Dado la condición del paciente terminal el cambio de ropa debería ser opcional.					
15. Considero necesaria que la presencia de un guía espiritual es muy importante en la etapa de agonía del paciente terminal.					
16. La atención del paciente terminal debería causar mucha tristeza.					
17. Debería brindarse todo el tiempo necesario para favorecer la comunicación con el paciente terminal.					
18. Dado el estado terminal de un paciente resulta innecesario considerar las medidas de seguridad física(sujeción).					

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
19. Pienso que el control de signos vitales se debe realizar sólo en caso de ser necesario.					
20. Considero que la aspiración de secreciones, mejora el patrón respiratorio aún en el paciente terminal.					
21. Resulta innecesario el cumplimiento del tratamiento médico según horario indicado.					
22. Considero innecesaria la colocación de SNG en el paciente terminal pues agrava su sufrimiento.					
23. Pienso que dado el estado terminal del paciente toda consideración en su dieta resulta innecesaria.					
24. La higiene corporal diaria en el paciente terminal es una acción de enfermería poco prioritaria.					
25. Resulta necesario efectuar el cambio de posición constante del paciente terminal.					
26. Debería brindarse todo el tiempo necesario a la familia del paciente terminal para la comunicación con los mismos.					
27. Las fases por la que pasa un paciente terminal es un hecho desagradable que dificulta la comunicación con ellos.					
28. Los amigos íntimos del paciente terminal deberían participar en su atención.					
29. Las enfermeras que dedican mayor tiempo al atender al paciente terminal pierden su tiempo.					

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
30. Resulta innecesario la presencia de los amigos junto al paciente terminal.					
31. Pienso que los pacientes en estado terminal deberían permanecer en el hospital hasta el momento de su muerte.					
32. Considero innecesaria la colocación de un biombo para la atención del paciente terminal.					
33. El empleo de la comunicación no verbal (gestos, abrazo, caricias) al paciente terminal se considera una pérdida de tiempo.					
34. La muerte es un hecho natural de la vida, por lo tanto no causa frustración.					
35. Resulta molesto la presencia de elementos espirituales (estampas, cuadros, rosarios, Biblia, etc.) en el ambiente del paciente en estado terminal.					
36. Los pacientes terminales deberían morir en su hogar cuando resulta en vano todo esfuerzo para su recuperación.					

***Gracias por su colaboración***



## ANEXO “D”

### TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

Nº DE PREGUNTAS	Nº DE JUECES EXPERTOS								PUNTAJE
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

Se ha considerado:

**1** : Si la respuesta es positiva

**0** : Si la respuesta es negativa

$$\frac{\sum p}{N^{\circ} \text{ items}} = \frac{0.214}{8} = 0.02675$$

Si  $p \leq 0.05$  es considerado válido

Si  $p \geq 0.05$  es considerado no válido

El resultado obtenido de la prueba binomial da como valor:

Lo que significa que el grado de concordancia es significativo.

## ANEXO "E"

### DETERMINACIÓN DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez además de solicitar la opinión de los Jueces Expertos, se aplicó el coeficiente de correlación – Pearson, a cada uno de los ítems, obteniéndose:

$$r = \frac{N\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{N\sum x^2 - (\sum x)^2} \cdot \sqrt{N\sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Donde:

x : Puntajes obtenidos para cada pregunta es los N individuos

y : Puntaje total del individuo.

Ítem 1	:	r	=	0.2
Ítems 2	:	r	=	0.2
Ítems 3	:	r	=	0.4
Ítems 4	:	r	=	0.4
Ítems 5	:	r	=	0.5
Ítems 6	:	r	=	0.7
Ítems 7	:	r	=	0.6
Ítems 8	:	r	=	0.6
Ítems 9	:	r	=	0.9
Ítems 10	:	r	=	0.7
Ítems 11	:	r	=	0.5
Ítems 12	:	r	=	0.3
Ítems 13	:	r	=	0.5
Ítems 14	:	r	=	0.6
Ítems 15	:	r	=	0.4
Ítems 16	:	r	=	0.7

Ítems 17 :	r = 0.7
Ítems 18 :	r = 0.4
Ítems 19 :	r = 0.6
Ítems 20 :	r = 0.5
Ítems 21 :	r = 0.6
Ítems 22 :	r = 0.9
Ítems 23 :	r = 0.7
Ítems 24 :	r = 0.3
Ítems 25 :	r = -0 (*)
Ítems 26 :	r = 0.6
Ítems 27 :	r = 0.9
Ítems 28 :	r = 0.2
Ítems 29 :	r = 0.4
Ítems 30 :	r = 0.7
Ítems 31 :	r = -0 (*)
Ítems 32 :	r = 0.4
Ítems 33 :	r = 0.5
Ítems 34 :	r = 0.5
Ítems 35 :	r = 0.3
Ítems 36 :	r = -0 (*)

(\*) Si  $r > 0.20$ , el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems, 25, 31 y 36 de los cuales se conservará los tres ítems por su grado de importancia.

## ANEXO "F"

### DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística del coeficiente Alfa de Crombach ( $\alpha$ )

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

Donde:

$\sum Si^2$  : Sumatoria de las varianzas de cada ítem.

$St^2$  : Varianza de los totales

K : Número de ítems (válidos)

$$\alpha = \frac{33}{33} \left[ 1 - \frac{17.3}{172} \right]$$

$$\alpha = 1.031 [1 - 0.10058]$$

$$\alpha = 1.031 [0.8994]$$

$$\alpha = 0.927$$

## ANEXO “G”

### MEDICIÓN DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO AL PACIENTE TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

Para la medición de la variable en forma general, fue necesario clasificarla en 3 categorías:

- Actitud de aceptación : 132 – 180.
- Actitud de indiferencia : 84 – 131
- Actitud de rechazo : 36 – 83

- Primero se obtiene el menor y mayor puntaje de las respuestas considerando el número total de preguntas (36) y el valor de la escala (5) según criterios (TA, A, I, TD, D)

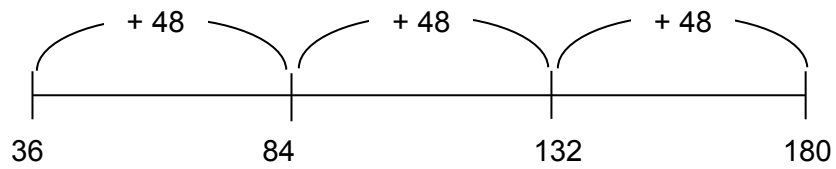
Así tenemos:



- Segundo, se restaron ambos puntajes y luego se dividió entre el número de categorías consideradas para el trabajo:

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{Puntaje mínimo}}{\text{N}^\circ \text{ de categorías}} = \frac{180 - 36}{3} = 48$$

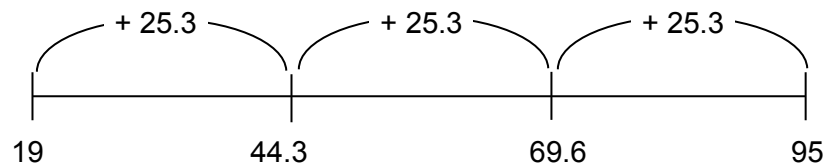
- Tercero, se añade el valor anterior al puntaje mínimo y así sucesivamente hasta llegar al máximo puntaje, clasificándolo según categoría.



Se realizó el mismo procedimiento para obtener los puntajes según cada velocidad del paciente terminal, así tenemos:

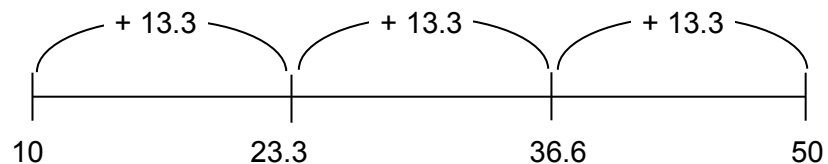
- **Necesidades físicas (19)**

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{Puntaje mínimo}}{\text{Nº de valores de escala}} = \frac{95 - 19}{3} = 25.3$$



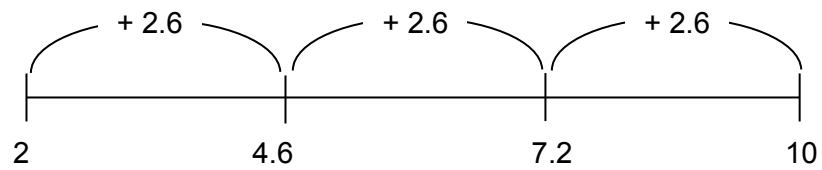
- **Necesidades emocionales (10)**

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{Puntaje mínimo}}{\text{Nº de valores de escala}} = \frac{50 - 10}{3} = 13.3$$



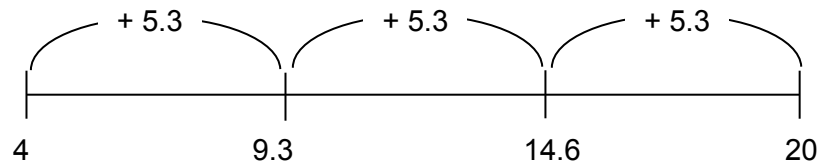
- **Necesidades espirituales (02)**

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{Puntaje mínimo}}{\text{Nº de valores de escala}} = \frac{10 - 2}{3} = 2.6$$



- **Necesidades sociales (04)**

$$\frac{\text{Puntaje máximo} - \text{Puntaje mínimo}}{\text{Nº de valores de escala}} = \frac{20 - 4}{3} = 5.3$$



## ANEXO "H"

### FORMULACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ..... Hora: .....

Por la presente:

Yo....., con DNI N°..... voluntariamente deseo colaborar en el estudio que vine ejecutando la Lic. de Enfermería Catherine Flores Sáenz, participando para ello en la aplicación del instrumento como parte de la investigación titulada: **ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE TERMINAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRIÓN", JUNIO 2008-ENERO 2009.**

Certifico que he leído el consentimiento anterior para la actividad a realizar y que las explicaciones requeridas fueron claras y precisas por parte de la investigadora.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA LICENCIADA (O)

DNI N°.....

\_\_\_\_\_  
FECHA



## **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

**Estimada (o) colega :**

La investigación del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente,

---

**Lic. Catherine Flores Saenz**  
**CEP. 44975**

**ANEXO “I”**  
**LIBRO DE CÓDIGO**

**VALORACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE  
EMERGENCIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN SEGÚN EDAD, SEXO,  
TIEMPO DE SERVICIO Y ESTUDIOS  
DE POSTGRADO**

**DATOS GENERALES:**

➤ **Edad**

- 20 – 30 años → 1
- 31 – 40 años → 2
- > 40 años → 3

➤ **Sexo**

- Femenino → 1
- Masculino → 2

➤ **Tiempo de Servicio**

- < 1 año → 1
- 1 – 5 años → 2
- 6 – 10 años → 3
- > 10 años → 4

➤ **Estudio de Postgrado**

- Especialidad (E) → 1
- Maestría → 2
- Doctorado → 3

## ANEXO "J"

**TABLA DE CODIFICACIÓN DE LAS ENFERMERAS QUE LABORAN  
EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN SEGÚN  
EDAD, SEXO, TIEMPO DE SERVICIO Y  
ESTUDIO DE POSTGRADO  
ENERO 2009.**

<b>Nº DE ENFERMERA</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>ESTUDIO DE POSTGRADO</b>
01	26	01	01	02
02	51	01	04	01
03	39	01	03	02
04	37	01	03	01
05	43	01	04	01
06	36	01	03	02
07	35	01	02	01
08	27	01	01	01
09	41	01	03	03
10	37	01	03	01
11	37	01	02	01
12	38	01	02	01
13	45	01	04	01
14	34	01	03	01
15	33	01	03	01
16	29	01	01	01
17	32	01	02	02
18	32	02	02	01
19	50	01	04	01
20	31	01	02	01
21	33	01	01	02
22	42	01	04	01

**ANEXO “K”  
MATRIZ GENERAL**

Nº de enfermeras	ÍTEMS																																				Σ		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
01	5	5	4	5	5	4	4	3	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	3	2	4	3	5	5	4	3	5	3	155	
02	5	4	4	5	5	5	3	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	3	148	
03	4	5	4	5	5	5	2	4	5	3	3	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	4	2	4	3	4	4	5	4	4	4	4	144	
04	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	4	4	5	4	5	4	4	4	4	150	
05	5	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	4	1	4	4	3	2	2	2	4	4	2	4	4	5	2	2	4	4	3	5	5	3	3	4	4	4	121	
06	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	160	
07	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	3	158	
08	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	5	5	3	3	4	4	137	
09	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	4	5	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	2	156
10	4	5	5	5	4	4	2	4	5	3	2	4	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	2	148	
11	5	4	4	4	5	4	4	4	5	3	2	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	2	5	3	5	4	3	4	4	3	151	
12	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	2	4	4	5	4	4	4	4	5	154	
13	5	4	4	5	5	4	2	4	5	4	3	4	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	154	
14	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	4	1	4	4	3	2	3	2	4	4	2	4	5	5	3	2	2	4	3	5	4	3	3	3	4	4	116	
15	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	3	4	1	4	4	3	2	3	2	4	4	2	4	4	5	3	2	2	4	3	5	4	5	5	5	5	3	124	
16	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	161	
17	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	4	4	5	5	4	4	4	4	163	
18	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	4	5	2	2	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	3	152	
19	4	5	4	4	4	4	3	3	5	4	5	5	4	5	4	4	3	2	2	4	5	4	4	4	4	4	2	3	3	4	3	5	4	3	3	4	4	138	
20	5	5	4	5	5	4	3	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5	4	2	5	5	5	4	4	4	2	3	3	4	4	5	5	3	5	5	4	151		
21	4	4	5	5	4	4	4	4	5	2	2	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	4	4	4	5	5	5	4	2	152		
22	4	4	4	5	5	5	2	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	161	

## ANEXO "L"

### MATRIZ DE LA ACTITUD DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO AL PACIENTE TERMINAL SEGÚN NECESIDADES FÍSICAS, EMOCIONALES, ESPIRITUALES Y SOCIALES

Nº de enfermeras	Necesidades físicas	Necesidades emocionales	Necesidades espirituales	Necesidades sociales
01	100	37	09	09
02	83	42	08	15
03	85	40	08	11
04	85	42	09	14
05	71	30	08	12
06	90	44	09	17
07	90	43	10	15
08	78	38	08	13
09	85	47	09	15
10	86	40	08	14
11	88	42	09	12
12	89	42	08	15
13	89	42	09	14
14	67	31	08	10
15	70	36	09	09
16	90	45	09	17
17	100	41	08	14
18	85	44	08	15
19	79	37	08	14
20	87	39	10	15
21	91	43	09	09
22	92	43	10	16

**ANEXO “M”**  
**ENFERMERAS SEGÚN EDAD QUE LABORAN EN EL SERVICIO**  
**DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES**  
**CARRIÓN**  
**JUNIO 2009**

<b>EDAD</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
20 – 30 años	03	13.6
31 – 40 años	13	59.1
> 40 años	06	27.3
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**ANEXO “N”**  
**PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN SEXO QUE LABORAN EN**  
**EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES**  
**CARRIÓN**  
**JUNIO 2009**

<b>GÉNERO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Femenino	21	95.5
Masculino	01	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

**ANEXO “O”**  
**ENFERMERAS SEGÚN TIEMPO DE SERVICIO QUE LABORAN**  
**EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL DANIEL**  
**ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2009**

<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 1 año	04	18.2
1 – 5 años	06	27.3
6 – 10 años	07	31.8
> 10 años	05	22.7
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>



**ANEXO “P”**  
**ENFERMERAS SEGÚN ESTUDIO DE POSTGRADO QUE**  
**LABORAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**JUNIO 2009**

<b>ESTUDIO DE POSTGRADO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Ninguno	16	72.7
Especialidad	05	22.7
Maestría	01	4.6
Doctorado	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>